

En busca de resultados

Jorge Fernández Moya
y colaboradores

En busca de resultados

Una introducción a las Terapias Sistémicas



Editorial de la
Universidad del Aconcagua

Fernández Moya, Jorge

En busca de resultados : una introducción a las terapias sistémicas -
2a ed. - Mendoza : Universidad del Aconcagua, 2006.
591 p. + DVD ; 21x16 cm.

ISBN 987-20306-7-7

1. Terapia Familiar. 2. Terapias Sistémicas. I. Título
CDD 150.198

Diagramación y diseño de tapa Arq. Gustavo Cadile.

Copyright by Editorial de la Universidad del Aconcagua

Catamarca 147 (M5500CKC) Mendoza

Teléfono (0261) 5201681

e-mail: editorial@uda.edu.ar

Queda hecho el depósito que marca la ley 11723.

Impreso en Argentina

Primera Edición: Mayo de 2000

I.S.B.N. 987-9449-17-7

Segunda Edición: Julio de 2006

I.S.B.N.: 987-20306-7-7 (I.S.B.N.13: 978-987-20306-7-4)

Reservados todos los derechos. No está permitido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir ninguna parte de esta publicación, cualquiera sea el medio empleado – electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.-, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

*Sembremos, que en algún lugar
nos alcanzará la lluvia.*

Autor desconocido.

Sirva este trabajo como un homenaje a mis padres.

Sirva este trabajo como el reconocimiento:

A mi esposa, Mónica.

A mis hijos o “casi”, Santiago y Valeria, Soledad y Sebastián, Nicolás y Julieta.

A mi nieta Valentina.

A mis hermanos Horacio y Elba, Pochi y Julio.

A mis sobrinos y ahijados.

A mis amigos.

Todos son parte de algunos de los “resultados” de mi vida.

Agradecimientos de la primera edición

Deseo agradecer a muchas personas su apoyo, su aliento y el reconocimiento a la tarea realizada.

A Hugo Hirsch y Hector Barrios, en Buenos Aires, a Ruth Casabianca en Santa Fe y con ellos al Centro Privado de Psicoterapias.

A Estrella Joselevich, Wanda Santi y Lino Guevara.

A Carlos Sluzki.

A Beatriz Sabah, Marcela Elizalde y Viviana Labay, quienes de diferentes maneras colaboraron en este trabajo.

A Gabriela Mardones en la era de la máquina de escribir, y a Analía Castañer en etapas más recientes y procesador de textos mediante, que contribuyeron a darle forma a estos escritos.

A Hugo Alberto Lupiañez, Decano de la Facultad de Psicología, por su apoyo incondicional al cambio, en el marco de la institución que dirige.

A las autoridades de la Universidad del Aconcagua.

A todos los alumnos que han leído la mayoría de estos conceptos. A los que los puedan leer.

Agradecimiento de la segunda edición

A Hugo Hirsch y Hector Barrios, en Buenos Aires, a Ruth Casabianca en Santa Fe y con ellos al Centro Privado de Psicoterapias.

A Estrella Joselevich, Wanda Santi y Lino Guevara.

A Carlos Sluzki.

A Beatriz Sabah, Marcela Elizalde, Ruth Goldfarb, Federico Richard-Palmero, Mariela Vargas, Mariela Grimalt en Mendoza.

A todos los que, con sus preguntas, con sus críticas, gatillaron nuevas reflexiones y han posibilitado realizar muchos cambios de la presente edición.

Por último, a todos aquellos que lo puedan leer y criticar de manera de seguir corrigiendo (no olvidarse de leer la última página).

Agradezco a Hugo Hirsch que sigue marcando la huella, ojalá que en nuestra próxima reedición podamos cumplir con su desafío.

ÍNDICE

Prólogo	15
Introducción	21
Capítulo 1 Terapia familiar sistémica	27
Capítulo 2 Teoría General de los Sistemas	71
Capítulo 3 Constructivismo	113
Capítulo 4 La Narrativa	123
Capítulo 5 La familia a través de la historia	141
Capítulo 6 La Familia	175
Capítulo 7 El ciclo vital de la familia	227
Capítulo 8 Familia disfuncional	259
Capítulo 9 Terapia Estratégica	279
Capítulo 10 Terapia centrada en las solución	359
Capítulo 11 Intervenciones o maniobras estratégicas	367
Capítulo 12 La Terapia Estructural y sus intervenciones	437
Capítulo 13 La mística del resultado	475
Capítulo 14 La ética en la psicoterapia	485

Capítulo 15 Casos Clínicos:	511
David	513
Roberto	540
Glosario de términos empleados	561
Bibliografía	577
Palabras finales	589

PRÓLOGO

PRÓLOGO

DE LA PRIMERA EDICIÓN

Es un lugar común decir que vivimos en una época de cambios más rápidos que los que jamás vivió la humanidad en el pasado. En todos los campos los científicos, pensadores y profesionales realizan ingentes esfuerzos para mantenerse al día con ese ritmo y aportar sus dosis de novedad.

El estudiante o estudioso suele sentirse involucrado en una maratón fútil, donde recoge fragmentos inconexos de conocimientos e ideas, sin tiempo ni esquemas conceptuales para ordenarlos.

Allí es donde reaparece el manual, ese pariente supuestamente pobre de las publicaciones, obra destinada a exponer lo que ya se sabe. Es curioso el poco aprecio de que goza el manual. El propio Jorge Fernández Moya comentaba sobre este texto que es “poco original, una guía para estudiantes”.

A riesgo de quedar infinitamente encasillado entre la gente con escasa creatividad, debo confesar mi admiración por los buenos manuales. Libros como *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis* de Otto Fenichel, *La Personalidad*, de Filloux, *Psicología de las Organizaciones*, de E. Schein y *Manual de Psicoterapia de Grupos* de I. Yalom, me permitieron entender los conceptos fundamentales de diversas disciplinas.

Se necesita inteligencia e información para escribir un buen manual, donde esté lo realmente importante. Y si está, su lectura deberá repetirse, puesto que los diferentes niveles de experiencia llevan a diferentes niveles de comprensión.

Abordé la lectura de este libro, como es inevitable, desde mi perspectiva actual. Por eso estoy en condiciones de apreciar el nivel de información y el esfuerzo

de síntesis que supone. En sus páginas encuentran cabida la teoría y la técnica, la historia y la actualidad de la perspectiva sistémica. Con esta guía, el lector tiene una orientación conceptual y bibliográfica sobre la mayoría de los temas de la especialidad.

Revisar sus distintas secciones me produce además el regocijo de encontrarme ante un producto familiar, en el sentido de producto de una familia. Lazos de consanguinidad y afecto han tejido una trama que sirve para que novicios y no tanto puedan recorrer el sendero interpersonal hacia enfoques terapéuticos útiles y ricos.

Es agradable sentir que, en su momento, contribuí un poco a la germinación de lo que ahora es fruto.

Hugo T. Hirsch

Marzo de 2000

PRÓLOGO DE LA SEGUNDA EDICIÓN

En el prólogo a la primera edición de este libro dije que era un manual y expresé mi gusto por los manuales bien hechos. Es difícil escribirlos, o por lo menos escribirlos bien, en el sentido que sean legibles, sistemáticos y abarquen los aspectos centrales de la disciplina a la que se refieren.

Hasta hace un par de décadas, los autores de un buen manual podían descansar un tiempo después de terminarlo; su obra seguiría vigente durante bastantes años sin grandes modificaciones. Esos tiempos felices terminaron. Determinar qué sigue vigente, qué parte de la historia de la disciplina debe seguir contándose para tener una perspectiva sobre el pensamiento actual, y qué nuevos desarrollos deben incorporarse sin que la totalidad de la obra se vuelva abrumadora, es una tarea ardua que debe ser repetida cada vez más de prisa. Se requiere, además de talento, una enorme dedicación. El contexto de nuestro país, que lleva a dispersarse en múltiples actividades para sobrevivir y no ofrece aliciente alguno para el autor académico, hace esa dedicación todavía más difícil. Que en este contexto Jorge Fernández Moya y sus colaboradores hayan producido esta segunda edición me parece admirable.

Los capítulos que añadieron describen conceptos imprescindibles en un panorama actual de las terapias sistémicas. Narrativa, construccionismo y modelos estructurales no podían faltar. El texto ha ganado en claridad y coherencia

Quedará sin duda para la tercera edición una síntesis de la relación actual entre las terapias sistémicas y las no sistémicas, junto con un índice temático que permita encontrar y ordenar la riquísima variedad de conceptos que aparecen en el texto.

Entretanto el estudiante tiene el privilegio de detenerse en cualquier página de este texto y decirse a sí mismo: “Cómo puedo aplicar esto a mi próximo caso? El texto le responderá, siempre y cuando aplique su raciocinio.

Ojalá que muchos buenos estudiantes lean este libro. Si alguien les tomase examen después de haberlo leído acuciosamente, descubrirían cuantas ideas nuevas han obtenido, junto con sugerencias sobre como aplicarlas.

La tarea de escribir algo que merezca un lector me parece cada vez más difícil. Que mis colegas y amigos la hayan abordado y continúen perseverando en ella me produce admiración. Ojalá los lectores aprecien el denodado esfuerzo por poner a su alcance las ideas de tres generaciones de clínicos y pensadores. Ojalá algunos puedan usarlo después para construir el próximo peldaño, el de la generación siguiente.

Hugo T. Hirsch

Abril de 2005

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En 1.984 el Dr. Aquiles Tornabene ingresó como Profesor Titular de la Cátedra de Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua y me invitó a trabajar como Profesor Adjunto, para desarrollar un programa que incluyera la terapia familiar. Algún tiempo después, me comentó de la conveniencia de hacer un texto para los alumnos. El programa era generoso y por lo tanto la bibliografía muy extensa.

La idea me pareció buena, pero la acción a emprender, me pareció titánica. En principio la descarté como posible. Años después creí que era posible y necesario hacer un texto que facilitara la lectura y el estudio de quien se acercara a pensar en la familia como unidad de abordaje, fueran estudiantes o egresados de psicología, de medicina, de trabajo social, apto para médicos residentes de psiquiatría o de medicina familiar. Para cualquiera que pensara abordar a sus pacientes, con nuevos enfoques, que aprovecharan los recursos de quienes consultan y que mostrara eficiencia en los resultados.

La semilla comenzó a germinar y un verano surgió un capítulo, luego otro y cuando me di cuenta de que el camino por recorrer era menor que la senda transitada, sólo pensé en llegar.

Al año siguiente, la nueva lectura posibilitó nuevas ideas, y el intentar explicar y fundamentar mejor los conceptos planteados, lo mismo en el siguiente ciclo lectivo y así durante todos estos años. De esta forma se fue gestando esto que ahora tendrá forma de libro. Lo que se inició como una forma de facilitar el estudio por las dificultades para obtener la bibliografía se transformó en un trabajo de selección del material para estudiar y adquirir los conocimientos básicos.

Han pasado muchos años. Mis hijos eran estudiantes secundarios. Santiago pensó en estudiar Psicología, cuando escribía pensaba en él, imaginaba cuánto y cómo lo aprovecharía, también pensaba en Soledad y Nicolás, y el significado que pudiera tener para ellos.

Mónica me ayudó, con su estilo, con su experiencia y con permanentes charlas que mantenemos sobre nuestro trabajo. Así pasó tanto tiempo, que Santiago participó en forma activa en la etapa final de este libro y se transformó en activo co-autor.

Son muchos los que han participado, y no los puedo mencionar, los alumnos con sus planteos y con sus preguntas, los pacientes que me dieron la oportunidad de adentrarme en sus vidas y entonces me proveyeron del material y la experiencia clínica.

Algunos colegas participaron en este trabajo, de diferentes formas. Beatriz Sabah, como colaboradora de la Cátedra, mostró su disponibilidad para el trabajo con los alumnos y su compromiso con la tarea, ofrecieron un modelo de dedicación y lucha en defensa de aquello que compartimos. También Marcela Elizalde, desde su época de Docente Adscripta, ha colaborado siempre en forma eficiente e incondicional.

Haber participado como docente invitado en algunas de nuestras Universidades, en Mendoza, en otras provincias argentinas, y en Lima, Perú, por invitación de Lisle Sobrino Chunga, me hicieron llegar a la convicción de que un libro que contuviera las ideas básicas era útil.

Jorge Fernández Moya

CONTINUACIÓN

Con la convicción de que el libro ha resultado de utilidad para los estudiantes de grado y de postgrado, las patadas han sido muchas, hemos encarado la revisión y ampliación del mismo, muchos han sido los aportes realizados por los lectores que han permitido este intento de mejorar y/o ampliar las explicaciones de los conceptos desarrollados, como así también la posibilidad de incluir algunos otros, por ejemplo un Capítulo sobre Terapia Estructural, sobre Narrativas y sobre Construccinismo.

La he llamado Continuación porque sólo deseo incluir más comentarios que le dan sentido a esta nueva Edición. En este nuevo milenio se ha extendido el uso de este libro. Lo empleamos en la Cátedra de Psicoterapias, de la Facultad de Humanidades, Carrera de Psicología de la Universidad Católica de Santa Fe. Conocemos por comentarios de los alumnos que también se lo emplea en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de San Juan.

CAPÍTULO 1

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

CAPITULO 1

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Nacimiento de la Terapia Familiar Sistémica

Es conocida como tal desde la década de 1980, ya que previamente se la había llamado Terapia familiar, Terapia interaccional, Terapia comunicacional. La idea común que sustentaban era la necesidad de ver y tomar para el proceso del cambio, a la familia como **unidad**. Las teorías que la sustentaban eran diversas, ya que provenían de diferentes líneas de pensamiento, tenían orígenes distintos y de éstos tomaban el nombre.

En 1925 Ludwing von Bertalanffy presentó en su Tesis de Doctorado, el Programa Organísmico (ver Glosario) para la biología teórica, que habría de ser germen de la moderna Teoría de los Sistemas.

La propuesta era esencialmente simple, y hasta podría parecer trivial. Sin embargo, representó el nacimiento de un nuevo paradigma en la historia de las ciencias. En efecto, propuso abordar científicamente los problemas relacionados con el dictum aristotélico (*El todo es más que la suma de sus partes*) tales como el orden y la intencionalidad de los sistemas vivientes.

La ciencia matemática - positivista o galileana (ver Glosario) hasta ahora había soslayado estos problemas, dejándolos librados a la superstición antropomórfica o a la especulación filosófica, al centrar su interés en la descripción de los hechos dispuestos según leyes causales y matemáticas. El método de trabajo fue anunciado por Descartes: *Fragmentar todo problema en tantos elementos simples y separados como sea posible*. Este método da resultados excelentes cuando los hechos observados pueden reducirse a relaciones entre dos o pocas variables.

Pero cuando la investigación se relaciona con *totalidades complejas*, organizadas desde el átomo, pasando por los sistemas sociales, para llegar al sistema planetario, se requiere de una nueva **epistemología**. (ver Glosario) La Teoría General de los Sistemas fue formulada en la década del '30 como una teoría lógico-matemática que se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicables a todos los sistemas. Estos principios generales aparecen como leyes formalmente idénticas en fenómenos totalmente distintos y que son estudiados por disciplinas diferentes. Por lo que la teoría es desde su origen y por su misma naturaleza, *interdisciplinaria*. Un sistema es un modelo general, es decir, una representación conceptual de ciertos caracteres universales de las entidades observadas. Puede definirse como: *un conjunto de elementos relacionados entre sí y con el medio*. Consiste en una interacción y ello implica un lapso, ya que tiene que tener lugar un proceso secuencial de acción y reacción para que podamos describir cualquier cambio de estado.

Acontecimientos históricos y sociales que favorecieron su desarrollo

En la década del '40 y comienzos de los '50, E.E.U.U atravesaba por los finales de la Segunda Guerra Mundial, la guerra de Corea y la bomba atómica y con ellos vivía el desmembramiento de un número significativo de familias.

Un principio derivado del psicoanálisis influyó en la época. Era el que imponía reglas para salvaguardar la privacidad personal en la relación con el paciente y para prevenir la contaminación de la transferencia por contacto de los parientes del paciente. Había terapeutas para abordar problemas intrapsíquicos, otros para tomar los asuntos reales y procedimientos administrativos y una asistente social para hablar con la familia. Sólo se consideraba aceptable ver a las *familias* en el contexto de la investigación. La terapia de la familia se desarrolló a partir del abordaje de dos cuadros nosológicos a los que las terapias del momento no respondían con éxito: la esquizofrenia y los trastornos de conducta graves y/o delincuencia juvenil.

Aquellas investigaciones que se realizaron con familias que tenían entre sus integrantes, un miembro diagnosticado como esquizofrénico, fueron el objeto de estudio de los pioneros de éstas investigaciones que pensaban en la familia como unidad de abordaje.

- En California: Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley y John Weakland.
- En Washington: Murray Bowen.
- En Baltimore y luego en New Haven: Theodore Lidz.
- En Atlanta, en la Clínica Menninger: Carl Whitaker y Thomas Malone.
- En Philadelphia: Albert Scheflen y James Birdwhistle.

Por otra parte, en 1960, Salvador Minuchin trabajó en el proyecto Wiltwyck, proyecto dedicado a estudiar las familias de los niños delincuentes, en las que dos de sus miembros habían tenido problemas con la ley y donde todo se realizaba bajo la sombra protectora de la investigación.

Paul Watzlawick contó en 1969, durante una visita a nuestro país, tres hechos curiosos:

- Sobre el primero de ellos, relató que el Dr. Grotjahn, analista didáctico de Los Ángeles, trataba de mantener alejadas a las esposas de sus pacientes. En una oportunidad no pudo dejar de entrevistarse con una de estas esposas y ante las insistencias, Grotjahn accedió y comprobó una nueva perspectiva. En 1960 publicó un libro sobre neurosis familiar.
- Contó también que cuando Don Jackson llegó a Palo Alto, por ser esta una ciudad pequeña le fue imposible evitar el contacto con los familiares de los pacientes, por ello empezó a realizar entrevistas conjuntas.
- Reseñó además que John Bell, de Palo Alto, se encontraba en la Tavistock Clinic, en Londres, en 1953, cuando le comentaron que Bolwby incluía a toda la familia en la psicoterapia. En EE.UU., comenzó a realizar sesiones conjuntas, descubriendo tiempo después que la tarea de Bolwby consistía en que cada miembro de la familia tuviera psicoterapia individual con distintos terapeutas individuales.

Desde 1950 hasta 1954, el movimiento fue más o menos oculto y el trabajo fue aislado y desconectado. No se publicó, ni se presentó trabajo alguno en la literatura profesional y tampoco en ninguna conferencia nacional. En esa época Gregory Bateson y Murray Bowen trabajaban en sus propios proyectos.

Relación con otras ciencias

Después de la Segunda Guerra Mundial, la Teoría General de los Sistemas entró en interacción con el *movimiento cibernético* (ver Glosario), inspirado en los trabajos de Wiener, que coincidía en su desafío con la concepción mecanicista y en su interés por los problemas de organización y conducta teleológica. Este movimiento aportó el modelo de *causalidad circular o de circuitos de retroalimentación* (ver Glosario) que resultó fundamental en el estudio de los sistemas.

En la misma época se desarrollaron otras disciplinas que participan también de los planteos agrupables como problemas de sistemas. Ellas son las Teorías de:

- la Información (ver Glosario)
- los Conjuntos, Grafos y Redes (ver Glosario)
- las Matemáticas Relacionales,
- del Juego y de la Decisión (ver Glosario)
- las Computadoras,
- la Simulación, etc.

Von Bertalanffy señala¹: “Siendo el sistema un nuevo paradigma que se opone a los planteamientos y concepciones predominantes, no sorprende que se hayan desarrollado una serie de enfoques que difieren en estilo, centro de interés, técnicas matemáticas, y otras cosas. Esta diversidad es un producto de sano desarrollo en un campo nuevo que se expande, e indica presumiblemente aspectos necesarios y complementarios del problema”.

La expansión de la Teoría General de los Sistemas y las disciplinas afines mencionadas, coincidió con la tendencia de las ciencias humanas en E.E.U.U. a superar la fragmentación interdisciplinaria, y a recuperar un acercamiento holístico a los problemas. Nuevas ciencias, como la antropología y la psicología, contribuyeron significativamente al conocimiento de los contextos en los que el individuo vive, en particular, al estudio de las influencias que las relaciones y la organización familiar parecen jugar en el desarrollo de la personalidad. En el campo de la psicología y la

¹ Von Bertalanffy, L. Teoría General de los Sistemas.

psiquiatría se evidenció un desplazamiento del interés desde los factores intrapsíquicos del individuo hacia los fenómenos interpersonales.

Esta nueva orientación se expresó en el grupo de autores llamados neofreudianos y se basa sobre el reconocimiento de que el individuo existe y se determina como un ser social inserto en una amplia red de relaciones interpersonales. Pero si bien estos autores reevaluaron el peso de los factores socioculturales, no provocaron una revolución científica, porque permanecieron fieles a la teoría y lenguaje psicoanalíticos, centrados en el individuo.

En 1951 apareció la obra de Ruesch y Bateson, *Comunicación, la matriz social de la psiquiatría*, que propone la comunicación como un nuevo modelo unificador capaz de superar la tradicional separación entre las ciencias humanísticas y abordar comprensivamente al individuo, al grupo y a la sociedad. Al redefinir a la psiquiatría y a la psicología en términos de análisis de la comunicación, entendida en su sentido pragmático como “todas aquellas operaciones mediante las cuales las personas se influyen recíprocamente”, realizamos un pasaje del individuo aislado, a la interacción entre personas, y del concepto de energía, al concepto de intercambio de información.

Desde otra perspectiva, la enfermedad adquiere un nuevo significado ya que es concebida como un lenguaje cuya inteligibilidad remite al sistema de codificación y decodificación en el cual aparece. Entre todos los sistemas comunicacionales en los que las personas participan, el más influyente y duradero, es sin duda la familia. Esta hipótesis de trabajo dio lugar, por otro lado, al nacimiento de la terapia familiar, que se inició como un intento de resolver dos patologías que el psicoanálisis de esa época no podía abordar con éxito, la esquizofrenia y la delincuencia juvenil, como ya mencionáramos.

En el desarrollo de la terapia familiar se manifestaron pronto dos tendencias u orientaciones. Una de ellas procura insertar las nuevas adquisiciones en el esquema conceptual del psicoanálisis y privilegia el mundo interno del individuo. La otra afirma la necesidad de romper con la tradición intrapsíquica y procura una renovación del lenguaje y de las categorías conceptuales, apoyándose en el paradigma sistémico. La diferencia entre ambas tendencias puede ejemplificarse comparando dos conceptos: relación, en la orientación psicoanalítica e interacción, en la orientación sistémica.

Relación, en el sentido psicoanalítico, implica una referencia a otra persona y no necesariamente una acción. Ese otro es ante todo, parte constituyente de la estructura simbólica de la experiencia de "sí mismo" y sólo en el segundo lugar, copártcipe de un sistema de interacciones en curso. Se afirma así la prioridad de las relaciones intrapsíquicas respecto a la acción social, y de las relaciones pasadas respecto a las interacciones presentes.

El concepto de interacción en cambio, apunta a la acción entre personas, pone el énfasis en procesos observables de acción recíproca en el aquí y ahora, en los cuales el comportamiento de cada individuo adquiere forma y significado. Según esta posición, los síntomas, las defensas, la estructura del carácter y la misma personalidad, pierden su característica de cualidad intrínseca de la naturaleza humana, para convertirse en simples términos descriptivos de las típicas interacciones del individuo, que se manifiestan en respuestas a un particular contexto interpersonal. Poner énfasis en la interacción, implica por lo tanto, dejar de lado lo intrapsíquico, considerado como una caja negra, para atender al aspecto pragmático de la comunicación.

Lo mencionado se evidencia cuando Analía Kornblit, en su libro *Somática familiar* cuando expresa "... los modelos terapéuticos tradicionales se ocupan más de la génesis de la respuesta adaptativamente disfuncional, que de su mantenimiento, y todos conocemos el desafío que implican para un terapeuta los circuitos rotulados como adictivos". (Kornblit, A.; 1984) Esta propuesta, refuerza la idea central de la epistemología cibernético - sistémica, en el sentido de privilegiar las pautas "mantenedoras" del síntoma, sobre las causas que lo originaron. Para ello, la misma autora refiere la necesidad de conocer acerca de los mitos y creencias que hacen de telón de fondo al funcionamiento de ese sistema familiar en particular.

Definición de la relación: Se llama así al proceso interaccional constante entre las personas, por el cual cada una actualiza un rol determinado y propone al otro, que le responda desde un rol congruente. Cuando ello no sucede, se produce un desacuerdo que necesita ser resuelto de algún modo: o bien alguien cede y se adecua a la propuesta del otro, o bien la interacción se interrumpe, cosa que admite numerosas variantes (desde el alejamiento airado pasando por el rodeo a través de otras personas, hasta la posibilidad de metacomunicarse sobre la dificultad). Cuando se reconstruye el proceso histórico, o el desarrollo del movimiento de la terapia familiar, puede hacerse recorriendo el camino de los pioneros mencionando a la evolución de cada uno y teniendo en cuenta el contexto que los cobijó. Por tratarse de un

desarrollo multidisciplinario, se debe considerar el concurso y la influencia de muchas personas en los desarrollos de la terapia familiar. Estos desarrollos realizados por investigadores desde diferentes disciplinas y por terapeutas, desde la clínica, se reforzaron mutuamente. La actualización fue permanente y el prestigio de aquellos centros dedicados a la investigación y a la asistencia se incrementó en el tiempo.

La historia de la Terapia Familiar permaneció oculta, se mantuvo protegida por los intereses de la investigación y hasta 1954, los esfuerzos fueron aislados e inconexos.

En el punto siguiente intentaremos ofrecer una aproximación a los primeros desarrollos, con la intención de sacarlos del anonimato.

Los aportes de distintos terapeutas de EEUU, Italia, Argentina y otros países que dan origen a los diversos modelos o escuelas de terapia

Palo Alto - California, Estados Unidos

Cuando en 1952, Gregory Bateson recibe el apoyo económico de la Fundación Josi Macy para continuar con los estudios sobre la comunicación, se instala en el Hospital de Veteranos de Palo Alto. Bateson era antropólogo, etnólogo y su propuesta de investigación no consistía en un proyecto clínico. Había estado trabajando con Norbert Wiener y otros, en una serie de conferencias que luego dieron base a las ideas sobre la cibernética. Como ya mencionáramos, del producto de su trabajo con Jurgen Ruesch, en el Instituto Neuropsiquiátrico de Langley Porter de San Francisco, surgió el libro *Comunicación, matriz social de la psiquiatría*.

Los primeros invitados a trabajar con él, en Palo Alto, fueron Jay Haley y John Weakland. El primero (de profesión bibliotecario) es en la actualidad una prominente figura de la terapia familiar. Propuso y desarrolló la terapia estratégica. John Weakland (ingeniero químico) venía de participar con Bateson en el desarrollo del movimiento cibernético. En 1953 en el Hospital de Veteranos, comenzó a trabajar Don Jackson, proveniente de Chesnut Lodge, Rockville, Maryland, en donde había realizado su residencia, que estaba fuera del movimiento de la terapia familiar, pero su filosofía influenciada por Harry S. Sullivan, aceptaba el pasaje de lo puramente intrapsíquico al examen de lo intrapersonal. En esta Residencia, Donald Bloch había sido su compañero de estudios. Chesnut Lodge era el lugar

donde vivía Frida Fromm-Reichmann (quien acuñara el desgraciado término de madre esquizofrénogena), también vivía allí Otto Will y Harold Searles.

Don Jackson era psiquiatra, supervisor de los programas de Residencia del Hospital de Veteranos y entró en el proyecto Bateson como psiquiatra consultante y supervisor clínico. Las ideas del proyecto se vinculaban con sus ideas expresadas en el trabajo pionero sobre la homeostasis de la familia.

En noviembre de 1958, Don Jackson crea el Mental Research Institute, conocido por sus siglas como el M.R.I. No había ninguna relación formal entre el M.R.I. y el proyecto Bateson, pero el intercambio de ideas y argumentos era una constante. Cuando finaliza este último, es Don Jackson quien se mantiene en la búsqueda por comprender el comportamiento de la familia, y de este Centro participaron Jay Haley, John Weakland, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Richard Fish, Carlos Sluzki, Lynn Segal y otros. En 1959 había llegado Virginia Satir, quien venía de trabajar en el Instituto Psiquiátrico de Chicago. Ya había visitado a Murray Bowen en N.I.M.H. (Instituto Nacional de Higiene Mental). Éste le recomendó que se uniera a Don Jackson; así lo hizo, y rápidamente se encontró en el centro de la terapia familiar. Se la llamaba la "Paloma de la terapia familiar". La partida de Haley y de Satir y la muerte de Jackson fue un duro golpe para el M.R.I., pero como el ave fénix, el Instituto resurgió y es conocido en la actualidad como uno de los centros pioneros y de mayor contribución al desarrollo de la terapia familiar sistémica.

La influencia de Milton Erickson en la terapia del M.R.I: desde los inicios del trabajo de Haley y Weakland para el proyecto Bateson, éstos comenzaron a visitar al genial Milton Erickson. Sus visitas se prolongaron durante 17 años. La propuesta era innovadora, salía de lo convencional, basada en la hipnosis y el uso de la paradoja y poniendo énfasis en establecer una especial propuesta de interacción, mezcla de persuasión, hipnosis y "genialidad" personal.

A la figura de Milton Erickson no la podemos ubicar en ningún centro. El era el centro y él vivió en Phoenix, pero basta con decir que la hipnoterapia de Erickson entrelazada con las consideraciones teóricas de Bateson, fueron las bases de la Teoría de la Comunicación y de la Terapia Interaccional (estratégica) aplicada en el M.R.I. así como de los desarrollos de la programación neurolingüística. La Fundación Ericksoniana con sede central en Phoenix, Arizona, tiene muchas otras sedes en ciudades y/o países del mundo.

Publicaciones:

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Gregory Bateson	1972	<i>Pasos hacia una ecología de la mente</i>	1976
Don Jackson	1960	<i>Etiología de la Esquizofrenia</i>	1974
Don Jackson	1968	<i>Comunicación, familia y matrimonio</i>	1977
Jay Haley	1963	<i>Estrategias en psicoterapia</i>	----
Jay Haley Lynn Hoffman	1967	<i>Técnica de terapia familiar</i>	1984
Jay Haley	1969	<i>Tácticas de poder de Jesucristo</i>	1972
Jay Haley	1973	<i>Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson.</i>	1980
Jay Haley ²	1976	<i>Terapia para resolver problemas</i>	1980
Jay Haley	1980	<i>Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar</i>	1985
Jay Haley	1984	<i>Terapia de ordalías. Caminos inusuales para modificar la conducta</i>	1987
David R. Grove Jay Haley	1993	<i>Conversaciones sobre terapia. Soluciones no convencionales para los problemas de siempre.</i>	1996
Jay Haley	1996	<i>Aprender y enseñar terapia</i>	1997
Virginia Satir	1964	<i>Terapia familiar conjunta</i>	1980
Virginia Satir	1976	<i>En contacto íntimo. Cómo relacionarse con uno mismo y con los demás</i>	1981

² Ubicamos la publicación en este cuadro, aunque ya no residía en el lugar. Se repite con todos los otros autores, ya que nos parece importante el trabajo, la obra y no tanto el lugar de residencia.

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Paul Watzlawick Don Jackson Janet Beavin	1961	<i>Teoría de la comunicación humana</i>	1981
Paul Watzlawick John Weakland Richard Fish	1974	<i>Cambio</i>	1976
Paul Watzlawick	1976	<i>¿Es real la realidad?</i>	1981
Paul Watzlawick	1978	<i>El lenguaje del cambio</i>	1983
Richard Fish John Weakland Lynn Segal	1982	<i>La táctica del cambio</i>	1984
Paul Watzlawick	1984	<i>El arte de amargarse la vida</i>	1984
Paul Watzlawick	1986	<i>Lo malo de lo bueno</i>	1990
Giorgio Nardone Paul Watzlawick (1990)	----	<i>El arte de la terapia. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance.</i>	1992
Paul Watzlawick Giorgio Nardone	1997	<i>Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad.</i>	1999

En la región de California existe una importante cantidad de autores que recibieron la influencia de Milton Erickson. Podemos destacar:

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Jeffrey Zeigg	1980	<i>Un seminario didáctico con Jeffrey Zeigg</i>	1985
Jeffrey Zeigg Stephen G. Gilligan	1990	<i>Terapia breve. Mitos métodos y terapia</i>	1994
Steve de Shazer	1982	<i>Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico</i>	1987

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Steve de Shazer	1985	<i>Claves para la solución en terapia breve</i>	1986
Michelle Ritterman	1983	<i>Empleo de hipnosis en terapia familiar</i>	1988
Willian O'Hanlon	1987	<i>Raíces Profundas. Principios básicos de la Terapia y de la Hipnosis de Milton Erickson.</i>	1989
Willian O'Hanlon	1989	<i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en terapia.</i>	1990
Brian Cole Willian O'Hanlon	1993	<i>Guía breve de terapia breve</i>	1995
Michael Yapko	1995	<i>Lo esencial de la hipnosis.</i>	1999

Topeka - Washington D. C., Estados Unidos

Es Murray Bowen quien primero en Topeka, entre 1951 y 1954, y luego en N.I.M.H. (Instituto Nacional de Salud Mental) en Washington D. C., y con posterioridad en la Facultad de Medicina de Georgetown, acapara la atención por su trabajo con familias. Cuando estaba en Topeka, trabajaba en la Clínica Menninger, ya en 1951 en una casa anexa a la clínica inició los estudios de la relación de los esquizofrénicos con sus familias. Comenzó pidiéndoles a las madres de los pacientes que se quedaran con ellos y tomaran a su cargo una parte del cuidado de sus hijos. A partir de 1953 comenzó a incluir algunos padres, pero el foco de su investigación era la simbiosis madre-hijo. En 1954 deja la Clínica Menninger y va a N.I.M.H. Allí hospitalizaba familias de esquizofrénicos para el estudio y la observación. Esto fue considerado como un acontecimiento cumbre que orientó la salud mental hacia un nuevo puerto. Durante 1956, se hicieron notar las resistencias que habían creado estas ideas y el sabotaje, científico y administrativo no se hizo esperar. Entonces Murray Bowen se va a la Universidad para enseñar sistemas familiares e intervenciones terapéuticas. Realizó un extensivo proyecto sobre preparación de videos de terapias para el Colegio Médico de Virginia. El más conocido video - didáctico se denomina Pasos hacia una Diferenciación del Self. Cuando Murray Bowen dejó N.I.H.M., Lymann Wynne tomó a cargo la sección de familia, a la que

dirigió durante toda la década de 1960 y comienzos del '70, fecha en la que se trasladó a la Universidad de Rochester para asumir la Presidencia. Durante ese período, talentosos investigadores clínicos como Shapiro, Beels y Ferber, participaron del trabajo y la investigación. La ideología era más tradicional que la de Bowen y quizás más parecida a la de Lids, en Yale, New Haven.

En los años 90 Jay Haley y Cloé Madanes se instalaron en Washington, donde crearon un Centro dedicado a la Terapia Familiar. Algunas de sus publicaciones más recientes figuran en otros apartados.

Publicaciones:

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Murray Bowen	1959	<i>Terapia familiar intensiva.</i>	----
Murray Bowen	1966	<i>El uso de la terapia familiar en la práctica clínica</i>	----

Atlanta - Madison, Estados Unidos

Entre 1943/45, Carl Whitaker y John Wirkentin trabajaron en Oak-Ridge, Tennessee, en co-terapia, viendo al paciente identificado y luego agregando a otros miembros de la familia. Trabajaban con niños con problemas de conducta y delincuencia juvenil. En 1945 y 1946 comenzaron a interesarse en la esquizofrenia.

En 1946, ambos viajaron y se instalaron en Atlanta, en la Universidad de Emory en donde Whitaker fue el Encargado del Departamento de Psiquiatría. Thomas Malone se unió a ellos y a partir de 1948, el trío organizó Congresos que duraban cuatro días y se realizaban cada seis meses. Ubicaban al paciente de un lado de la Cámara de Gessell, mientras ellos tres del otro se alternaban para trabajar con el paciente. Esta tarea incluía la atención de familias y equipos de tareas. A partir del 10° Congreso el grupo se trasladó a Sea Island e invitaron a otros terapeutas de prestigio como John Rosen, Albert Scheflen, Don Jackson y a investigadores como Gregory Bateson. Trabajaban con la misma familia o con individuos, todos aprendían algo de los otros. En 1955, Whitaker dejó la Universidad de Emory. En 1965, Whitaker fue designado Profesor de la Universidad de Wisconsin. Comenzó a

realizar entrevistas terapéuticas de un fin de semana con 30, 40 personas, que incluían tres generaciones o sea, a la familia extensa. Se reconoce en Carl Whitaker el creador de una modalidad muy personal de terapia, y algunos profundos observadores han rescatado el artístico control con el cual instrumentaba “su locura”. Cuando Whitaker dejó Atlanta, Frank Pittman III asumió como Director de la Clínica Crisis. Pittman venía de Colorado, en donde había llevado adelante proyectos que prevenían las internaciones psiquiátricas, producto de la intervención en los momentos de crisis familiares. No obstante su esfuerzo y compromiso, fracasó por las resistencias al cambio, propias de la época. Frank Pittman III desarrolló sus ideas y sus experiencias en un libro titulado *Momentos decisivos*.

Publicaciones:

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Carl Whitaker	1955	<i>Psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos crónicos</i>	1975
Augustus Napier. Carl Whitaker	----	<i>El crisol de la familia</i>	1982
Carl Whitaker John R. Neill David Kniskern	1982	<i>De la psique al sistema</i>	1991
Frank Pittman III	1987	<i>Momentos decisivos</i>	1990
Frank Pittman III	1989	<i>Mentiras Privadas, la infidelidad y la traición de la intimidad</i>	1994

Philadelphia (Filadelfia), Estados Unidos

Esta ciudad es un reconocido centro en el que se desarrolló la terapia familiar. Aproximadamente en 1955 Spurgeon English, delegado de psiquiatría en Temple estimuló el trabajo de John Rosen, Albert Scheflen y James Birdwhistle.

John Rosen era psiquiatra en Buck Country, Pensilvania, e influyó en muchos pioneros de la terapia familiar, cuando difundió el uso que hacía del espejo

de visión unidireccional. Fue en una visita a la Clínica Menninger en 1948, en donde mostró su original modo de investigación y trabajo. A mediados de la década de 1950, también el E.P.P.I. (Eastern Pensilvania Psychiatric Institute), comenzó a adquirir relevancia. Allí desarrollaron su labor asistencial y de investigación personalidades como Albert Schefflen, Spurgeon English y James Birdwhistle ya mencionados, que dejaron Temple y se unieron a Ivan Boszormenyi-Nagy, James L. Framo, Dave Rubinstein, Geraldine Lincoln Spark, Ross Speak, John Sonne, Al Freidman y Carolyn Attneave. Desde la Clínica Guía para Niños (Philadelphia Child Guidance Clinic), Salvador Minuchin, terapeuta familiar de origen argentino, se destaca como el creador de un modelo que perdura con éxito, "la terapia estructural". Minuchin venía trabajando desde los primeros años de la década del '60 en la Escuela Wyllwich en un proyecto con niños delincuentes que en su mayoría eran de origen negro y/o portorriqueños provenientes de Nueva York y cuyo propósito era reintegrarlos sanos al contexto familiar. Para 1965, Salvador Minuchin se instaló en Filadelfia junto a Braulio Montalvo y a M. Rossman. En 1967, Jay Haley que había dejado el M.R.I. se unió a ellos y quedó conformado un grupo brillante. De esta época de trabajo conjunto se destacan dos obras que resultan pioneras, *Familia y Terapia Familiar* de Salvador Minuchin y *Terapia para resolver problemas* de Jay Haley. Cada uno de los autores, en los prólogos de sus respectivos libros, cita el seminario informal que realizaban diariamente en sus viajes de ida y vuelta a la Clínica, de Nueva York a Filadelfia, con la compañía de Montalvo. Cada uno resultó el constructor de un modelo de terapia sistémica; Minuchin de la terapia estructural y Haley, de la terapia estratégica.

Minuchin fue Director de la Clínica durante muchos años. Lo sucedió en la dirección Harry Aponte, trabajador social, de origen portorriqueño, y desde hace pocos años, la dirige el Dr. Jorge Serrano, terapeuta de origen argentino. Para agregarle mayor prestigio a Filadelfia como centro, se debe mencionar el trabajo de Israel Zwerling, como Presidente de Psiquiatría de Hanneman. En la actualidad Salvador Minuchin dirige el Family Studies Inc., en la ciudad de Nueva York, y Jay Haley junto a Cloé Madanes (argentina de nacionalidad) presiden y trabajan en el Instituto de Terapia Familiar de Washington. Incluir sus publicaciones en donde originalmente trabajaron es una elección arbitraria que no obedece al hecho de su domicilio actual.

Publicaciones:

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Ivan Boszormenyi– Nagy James L. Framo	1965	<i>Terapia familiar intensiva. Aspectos teóricos y prácticos</i>	1976
Ivan Boszormenyi– Nagy Geraldine Spark	1973	<i>Lealtades invisibles</i>	1983
Salvador Minuchin	----	<i>Familia psicossomática, el contexto de la anorexia</i>	No existe
Salvador Minuchin	1974	<i>Familia y terapia familiar</i>	1984
Salvador Minuchin	1981	<i>Técnicas de terapia familiar</i>	1985
Salvador Minuchin	1984	<i>Caleidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación</i>	1986
Marla Isaacs Braulio Montalvo David Abelsohn	1986	<i>Divorcio difícil. Terapia para los hijos y la familia</i>	1988
Joel Elizur Salvador Minuchin	1990	<i>La locura y las Instituciones. Familia, terapia y sociedad</i>	1991
Cloé Madanes	1990	<i>Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación</i>	1993
Cloé Madanes	1992	<i>Terapia familiar estratégica</i>	1994
Salvador Minuchin Michael P. Nichols	1993	<i>La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación</i>	1994
Cloé Madanes James Kein Dinah Smelser	1995	<i>Violencia masculina</i>	1997
Salvador Minuchin Wai – Yung Lee George Simon	1996	<i>El arte de la terapia familiar</i>	1998

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Patricia Minuchin, Jorge Colapinto & Salvador Minuchin	----	<i>Pobreza, institución, familia.</i>	2000

Nueva York, Estados Unidos

En Nueva York, Nathan Ackerman fue la figura dominante en psiquiatría familiar. Desde la depresión de los años 30, cuando se mostró interesado en el efecto de la dura crisis económica en las familias, fue quizás el que más avanzó en su experiencia visitando comunidades mineras en el Oeste de Pensilvania. En unos escritos realizados en 1937 documenta sus observaciones sobre el desempleo minero³.

“Fui a ver por primera vez los efectos en la salud mental de familias de mineros desempleados. Esta experiencia fue un golpe, yo había despertado recientemente al ilimitado e inexplorado mundo de las relaciones entre la vida familiar y la salud. Estudié 25 familias, en las cuales el padre, el único que gana el pan en la comunidad minera, había estado sin trabajo entre 2 y 5 años.

Los mineros, largamente acostumbrados al desempleo, vagaban en sus horas vacías en un rincón de la calle o en el bar del vecindario.

Se sentían derrotados y degradados. Se confiaban el uno al otro, para darse y recibir comodidades y para pasar hasta el final de sus días, inactivos. Humillados por su fracaso como proveedores, permanecían fuera de sus hogares y se sentían avergonzados ante sus esposas.

Las esposas y madres acosadas de inseguridades, día a día reprochaban irritablemente a sus maridos y los castigaban rehusándose a la vida sexual. El hombre que no podía por mucho

³ Guerin, P. Veinticinco años de la terapia familiar.

tiempo traer su paga, no era más el jefe de la familia. Perdía su posición de respeto y de autoridad y la mujer lo llevaba a la fuerza a la calle. Frecuentemente recurría a su primer hijo. Madre e hijo entonces, usurpaban el liderazgo en la familia. Entre estos mineros desocupados, existían culpas depresivas, temores hipocondríacos, crisis psicósomáticas, desórdenes sexuales y la autoestima estaba mutilada. No infrecuentemente, estos hombres, eran públicamente condenados como desertores. La configuración de la vida familiar, era radicalmente alterada, por la inhabilidad de los mineros para cumplir su rol habitual de proveedores”.

Hacia fines de los ‘40 y comienzos de los ‘50, Ackerman había comenzado a apoyar las visitas a hogares para estudiar las familias. Durante este tiempo, publica un trabajo clínico centrado en la terapia individual de niños y psicoanálisis de adultos. En su práctica privada, experimentó con su punto de vista principal, la terapia familiar.

Uno de los más prominentes analizados por Ackerman fue Israel Zwerling, quien junto a Marily Mendelsohn, una de las analizadas de Don Jackson, crearon la Sección de Estudios de Familias, en el Albert Einstein College de Medicina.

Andy Ferber ocupó el cargo de Director en 1964. Ackerman fue consultor de la Sección una vez a la semana, desde 1964 a 1967. La Sección comenzó a llevar invitados con ideologías diferentes. El duradero crédito de Zwerling y Ferber, fue manipulado, para reunir los más diversos grupos de terapeutas de familias, inclusive para trabajar bajo el mismo techo, no sólo esto, sino que durante cinco años mantuvieron un medio que alentaba tal diversificación.

Por 1965, Nathan Ackerman había fundado el Instituto de Familia, se trasladó a Nueva York y contrató a Judy Leib como Director Ejecutivo. Uno de los mayores logros de Ackerman en el Instituto de Familia fue el establecimiento de un bajo precio para moderar los costos clínicos de la práctica de la terapia familiar, de tal modo, que no se restringiera a las familias de clase media y/o alta. Introdujo una escala flexible, porque aún recordaba el dolor psíquico que había visto en las familias de mineros durante la depresión. Nathan Ackerman vivió y murió fiel al psicoanálisis, pero esta ortodoxia no lo eximió de una visión sistémica de las familias. Dos hechos enfatizan este punto. Mientras estuvo en el Presbyterian Psychiatric Institute, de la Facultad de Columbia, sus conferencias de Terapia

Familiar fueron catalogadas como antagónicas a otras conferencias obligatorias para los residentes. Y a fines de 1971 en la reunión del G.A.P., siguiente a su muerte y aún cuando fue fundamental en la fundación del mismo, su nombre quedó fuera del memorial del servicio tradicional. Después de la muerte de Ackerman, el Instituto de Familia de Nueva York, pasó a llamarse Instituto Ackerman de Familia. La dirección fue asumida por Donald Bloch, quien previamente había trabajado con Otto Will como Director de Investigación en Austin Riggs en Stackbrige, Massachusetts.

Publicaciones:

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Nathan Ackerman	1958	<i>Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismo de la vida familiar</i>	1974
Nathan Ackerman	1966	<i>Psicoterapia de la familia neurótica</i>	1969
Nathan Ackerman	----	<i>Familia y conflicto mental</i>	1976
Lynn Hoffman	----	<i>Fundamentos de la Terapia Familiar</i>	1981
PeggyPapp	1983	<i>El proceso del cambio</i>	1988
Bradford Keeny	1983	<i>Estética del cambio</i>	1987
Joel Bergman	1985	<i>Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve</i>	1986
Braford Keeney Jeffrey Ross	1985	<i>Construcción de terapias familiares sistémicas. Espíritu en la terapia.</i>	1987
Olga Silverstein Bradford Keeney	1986	<i>La voz terapéutica de Olga Silverstein</i>	1986
Bradford Keeney	1990	<i>La improvisación en psicoterapia. Guía para estrategias clínicas creativas</i>	1992

Milán, Italia

Desde la década de 1960, la Dra. Mara Selvini Palazzoli, trabajaba en casos de anorexia nerviosa, desde una perspectiva psicoanalítica, con particular énfasis en el estudio de la díada madre-hijo. Esta situación la llevó a ampliar el contexto de sus intervenciones hasta incluir el contexto familiar amplio, pues relacionaba el síntoma con el funcionamiento familiar. En 1967 funda el Instituto para el Estudio de la Comunicación en las familias con un miembro esquizofrénico. En su formación fue muy influenciada por Gregory Bateson y Paul Watzlawick (este ha sido durante muchos años un importante consultor de todos los proyectos). La familia es vista como un sistema cibernético auto - organizado en el cual todos los elementos se vinculan entre sí, y cuyo problema actual cumple una función específica en el sistema familiar. En 1971, se incorporan al Instituto Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Entre todos, como equipo trabajan en transacción esquizofrénica. Como resultado de esa labor conjunta surge el libro *Paradoja y contraparadoja*.

La Dra. Selvini Palazzoli falleció el 21 de Junio de 1999.

Publicaciones:

Autor y año de Publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin Luigi Boscolo	1978	Paradoja y contraparadoja	1982
Mara Selvini Palazzoli y colaboradores	---	<i>Al frente de la organización. Estrategias y tácticas</i>	1986
Mara Selvini Palazzoli y colaboradores	---	<i>El mago sin magia. Cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela</i>	1987

Autor y año de Publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Ana M. Sorrentino	1987	<i>Handicap y Rehabilitación. Una brújula en el universo del niño con deficiencias físicas</i>	1990
Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Peggy Papp y Lynn Hoffman	1987	La terapia familiar sistémica de Milán	1989
Giuliana Prata	1990	<i>Un arpón sistémico para juegos familiares. Intervenciones preventivas en terapia</i>	1993
Stefano Cirillo	----	<i>El cambio en los contextos no terapéuticos</i>	1994
Mara Selvini Palazzoli, Stefano Cirillo, M. Selvini, A. M. Sorrentino.	1998	<i>Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar.</i>	1999
Stefano Cirillo, Roberto Berrini, Gianni Cambiaso, Roberto Mazza	----	<i>La familia del toxicodependiente.</i>	2000
Luigi Boscolo	----	<i>Terapia Sistémica Individual</i>	2001

Roma, Italia.

Se destaca la figura de Maurizio Andolfi que trabaja en Terapia familiar desde 1969. Ha presidido la Sociedad Italiana de Terapia Familiar y dirige el Instituto de Terapia Familiar de Roma, en esta institución se desempeñan terapeutas de la talla de Paolo Menghi, Anna Nicoló, Carmine Saccu, Claudio Angelo y Katia Giacometti, quienes han conceptualizado el proceso y el uso de la instrucción paradójica. Maurizio Andolfi se formó en la Clínica Guía para Niños de Filadelfia, junto a Salvador Minuchin y Jay Haley. Posteriormente se trasladó al Instituto Ackerman en Nueva York y allí recibió la influencia de Kitty Laperriere y luego de

su paso por el Albert Einstein College de Andy Ferber, regresó a Roma, ha sido un pionero en Europa del desarrollo de la Terapia familiar en Europa.

Publicaciones:

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Maurizio Andolfi	1977	Terapia familiar. Un enfoque interaccional	1984
Maurizio Andolfi Israel Zwerling	1980	<i>Dimensiones de la terapia familiar</i>	1985
Maurizio Andolfi, Paolo Menghi, C. Angelo, A. M. Nicolás	1982	<i>Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional</i>	1982
Maurizio Andolfi.	----	<i>La terapia narrada por las familias. Un panorama de investigación intergeneracional.</i>	----

Siena, Italia

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Giorgio Nardone Paul Watzlawick	1977	<i>Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad.</i>	1999
Giorgio Nardone	1995	<i>Miedo, pánico, fobias</i>	1997

Parma, Italia

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Annamaria Campanino Francesco Luppi	1988	<i>Servicio social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica sistémica.</i>	1991

España

Autor y año de publicación original		Nombre del Libro	Edición castellana
Aquilino Polaino – Lorente Domingo García Villamizar		<i>Terapia Familiar y Conyugal. Principios, modelos y programas.</i>	1993
Manuel Millán y otros		<i>Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico.</i>	1996
M. Coletti J. L. Linares		<i>La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática</i>	1997
María del C. Abengozar Torres, Cármén Cerdá Ferrer, Juan C. Meléndez Moral		<i>Desarrollo familiar. Aspectos teóricos y prácticos.</i>	1998
Marcelo Rodríguez Ceberio Juan Luis Linares		<i>Locura, marginación y libertad. Una análisis del enfermo mental y el manicomio, su segregación social y la posibilidad de cambio.</i>	1999
José Navarro Gongora, Antonio Fuertes Martín, Tomasa M. Ugidos Domínguez (Coordinadores)		<i>Prevención e intervención en salud mental.</i>	1999
Juan Luis Linares Carmen Campo		<i>“Tras la honorable fachada”. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional.</i>	2000

Autor y año de publicación original	Nombre del Libro	Edición castellana
José Navarro Góngora, José Pereira Miragala, compil.	<i>Parejas en situaciones especiales.</i>	2000
Juan Luis Linares	<i>Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control.</i>	2003
Carmen Campo, Juan Luis Linares	<i>Sobrevivir a la pareja. Problemas y soluciones.</i>	2002

Argentina

En nuestro país, las motivaciones fueron similares a las acontecidas en otras latitudes y en otros tiempos. Las herramientas con que se contaba para la tarea psicoterapéutica no se adaptaban a las necesidades de los pacientes ni de las instituciones. La herramienta que proporcionaba el psicoanálisis no podía satisfacer la creciente demanda de atención. No existía el tiempo ni los espacios para desarrollar con eficiencia y eficacia la labor terapéutica. De esta manera, surgen otras propuestas alternativas de abordaje como lo son las psicoterapias grupales, las psicoterapias breves, el psicodrama y por supuesto, la terapia familiar, todas con una ideología común y con un lenguaje derivado del psicoanálisis y técnicas adaptadas. A los terapeutas que asistían los problemas infantiles se les hizo imprescindible el trabajo con los padres, de allí, el salto a la familia fue muy corto e inevitable. El cambio se realizó en algunas instituciones que debemos considerar pioneras en este proceso. Las necesidades comenzaron a sentirse, y las nuevas posibilidades no se hicieron esperar. Todas estas modificaciones se plantearon y plasmaron en los principios de la década del '70.

Se puede reconocer a los Centros de Salud Mental de San Telmo y de Nuñez, dirigidos por Pedro Herscovici y Hugo Rosarios, donde trabajaron terapeutas como Adolfo Loketek, María Rosa Glassermann, Hugo Hirsch, Cecile Herscovici y otros nombres que en la actualidad, y desde la práctica privada o institucional, son reconocidos formadores de terapeutas familiares.

También en los comienzos de la década del '70, Fidel y Elena Lebenhson, en Rosario, Santa Fe y Lino Guevara en Neuquén, comienzan a desarrollar sus ideas y el trabajo con familias.

Entre 1975 y 1976 todos los movimientos psicológicos se recluyeron en la intimidad de los consultorios privados, pero la chispa de las nuevas ideas no se apagó, por el contrario, en silencio, sin pausa se comenzó a propagar por todo el país.

En 1979 se funda la Sociedad Argentina de Terapia Familiar, siendo su primer Presidente, Alfredo Canevaro, que crea la revista: "Terapia Familiar, Estructura, Patología y Terapéutica Familiar", cuyo primer número es de marzo de 1978.

En 1979, también se crea la primera institución privada dedicada exclusivamente al estudio, investigación y docencia de la terapia familiar sistémica, el CEFYP (Centro Familia y Pareja), dirigido por Adolfo Loketek, María Rosa Glasserman y Estrella Joselevich. En ese año también se realiza, pero en el M.R.I., Palo Alto, California, el primer curso en castellano de terapia familiar sistémica, organizado por Carlos Sluzki, que era su Director. En ese año en Mendoza, el 21 de diciembre del mismo año se crea el Instituto de Psicoterapia Familiar y a partir de Marzo del año siguiente se instalaba en él la primera Cámara de Gessell de la región.

En 1980, Carlos Sluzki llega a Punta del Este, Uruguay y realiza un seminario organizado por el CEFYP. A mediados de ese año también organizado por la misma institución habían dictado un seminario Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata.

A fines del año 1982 vuelven a la Argentina, Pedro y Cecile Herscovici. Venían de trabajar con Salvador Minuchin, Charly Fishman, Braulio Montalvo y Harry Aponte en la Clínica Guía para Niños de Filadelfia. Se habían entrenado en la fuente misma de la terapia estructural y en nuestro país, desde su Instituto de Terapia Sistémica y desde el Hospital Italiano comenzaron la docencia y la asistencia de este valioso modelo.

A mediados de 1983 regresa al país Dora Schnittman, luego de doce años de entrenamiento en Palo Alto con Carlos Sluzki, organiza INTERFAS, Instituto de Terapia Familiar Sistémica y realiza una gran tarea docente, invitando a prestigiosos terapeutas y epistemólogos de prestigio internacional. Entre el 23 y el

26 de Octubre de 1991 organizó el Encuentro Interdisciplinario Internacional llamado “Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Diálogos magistrales con los creadores de los nuevos paradigmas”.

Entre los invitados asistieron Ilya Prigogine (Premio Nobel), Edgar Morin, Heinz von Foerster, Carlos Sluzki, Gianfranco Cecchin, Felix Guattari, Ernst von Glaserfeld, Mony Elkain, Harold Goolishian, Omar Calabrese, W. Barnett Pearce, José Jimenez, Evelyn Fox Keller, Sara Cobb y otros.

Recae en Mario Timinsky el mérito de haber organizado un servicio que fue pionero en nuestro país. Primero desde el Centro de Salud de la Matanza y luego desde el Hospital Diego Paroissiens, del mismo partido bonaerense. Este servicio incluía internación de familias en situación de crisis, y residencia médica de terapia sistémica.

En 1983, se organizó el Primer Encuentro Nacional y Primer Encuentro Trasandino de Terapia Sistémica, su sede, la ciudad de Mendoza. Se reunieron representantes de todas las provincias que hasta ese momento habían efectuado algún desarrollo importante. Y se realizó una Asamblea con representantes de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Neuquén, Rosario, San Juan, Santa Fe, constituyéndose la Federación Argentina de Terapia Sistémica.

En 1984 se organizó en la ciudad de Santa Fe, el Segundo Encuentro y Primer Congreso Nacional de Terapia Sistémica, fueron invitados especiales Carlos Sluzki y Humberto Maturana. La responsabilidad de la organización recayó sobre un grupo de terapeutas liderados por Ruth Casabianca.

Durante ese año, la Sociedad Argentina de Terapia Familiar organizó su 3º Congreso Nacional y 1º Latinoamericano de Terapia Familiar, en Buenos Aires. Los invitados fueron terapeutas argentinos radicados fuera del país y de destacada actuación en el exterior: Jorge Colapinto, Ignacio Maldonado Allende, Salvador Minuchin, Reynaldo Perrone, Jorge Serrano y Carlos Sluzki.

En 1985, fue nuestra hermana provincia de San Juan la organizadora del 3º Encuentro y 2º Congreso de Terapia Sistémica. Resultó un grato y cálido encuentro en el que participaron figuras de significativo prestigio, como el Dr. Rocattagliatta, Titular de la Cátedra de Pediatría de la UBA, estuvieron a cargo de su organización las pioneras de la terapia sistémica en San Juan, las Licenciadas Bettina Goransky y Aída García de Romero.

En 1986, la Asociación Sistémica Buenos Aires (ASIBA) organizó el 3° Congreso Nacional de Terapia Sistémica, invitando a Ana Maria Nicoló, del Instituto de Terapia Familiar de Roma.

En todos estos años han sido numerosos los invitados y los eventos realizados en nuestro país. Es posible decir, sin ánimo de equivocarse que todos los terapeutas sistémicos destacados en el mundo nos han visitado en alguna oportunidad.

En 1993, se llevó a cabo el 4° Congreso Argentino de Terapia Sistémica en la ciudad de Santa Fe, concurrieron especialmente invitadas Marcia Sheimberg y Virginia Goldner del Ackerman Institute, de Nueva York, también Mary T. y Kenneth J. Gergen del Departamento de Psicología del Swarthmore College, Pennsylvania y Reynaldo Perrone de Francia. Ese mismo año, en octubre se realizó en Buenos Aires el “Primer Encuentro Internacional sobre Redes Sociales”, presidido por Elina Dabas y contó con la presencia de figuras de prestigio internacional como: Carlos Sluzki, Robert Castell, Edgard H. Auerswald, Marcelo Pakman, Johan Klefbeck, Eduardo Pavlosky y muchos más. La presencia de participantes del interior del país y de los países vecinos puso de manifiesto el gran trabajo de los organizadores, ya que esta reunión fue el cierre de muchas otras reuniones en los más diversos lugares en los que se fue tejiendo la trama invisible de la red. Como trabajo final Elina Dabas y Denise Najmanovich, compilaron los trabajos en un libro llamado “Redes, el lenguaje de los vínculos”, en el que escriben dos colegas de Mendoza, Mónica Escobar y Marcela Elizalde, colaboradoras también de este libro.

Entre los días 10 al 12 de noviembre de 1994, se llevó a cabo el III Congreso de la Asociación Sistémica de Buenos Aires y II Congreso Interamericano de Terapia Sistémica,

Los días 18 y 19 de abril de 1997, se concretó el IV Congreso de la Asociación Sistémica de Buenos Aires, estuvieron invitados tres figuras del extranjero, vino Tom Andersen de Noruega, Frank Pittman III y Carlos Sluzki desde Estados Unidos, con la participación activa de colegas sistémicos como interlocutores Ruth Casabianca, Dora Fried-Schnittman, Pedro Herscovici, Hugo Hirsch, Fidel Lebensohn, Adolfo Loketek y Cristina Ravazzola de nuestro país.

En el mes de abril de 1999 el Centro Familia y Pareja (CEFyP) festejó sus veinte años de existencia, para ello organizó el Congreso Internacional Familia – Terapia Familiar. Siglo XX – Siglo XXI. Del mismo participaron figuras como Braulio Montalvo, Carlos Sluzki Y Celia Falicov de EEUU y muchos invitados del país.

Los días 5 y 6 de noviembre de 1999, se realizó el V Congreso de la Asociación Sistémica de Buenos Aires y III Congreso Interamericano de Psicoterapia Sistémica, bajo el título de “Organizaciones familiares actuales”, a los que asistieron Braulio Montalvo (Estados Unidos) y Johan Klefbeck (Suecia).

El VI Congreso de la Asociación Sistémica Buenos Aires y IV Congreso Panamericano de Terapia Sistémica, se realizó entre el 22 al 25 de octubre del 2003 y se lo denominó “Tres décadas de teoría, práctica y formación”. Como panamericano que era la concurrencia de representantes de América Latina fue muy grande, desde Mendoza estuvimos presentes con cuatro trabajos.

En uno de ellos contamos como ha sido el proceso de la Terapia Sistémica en Mendoza en el marco que ha ofrecido la Facultad de Psicología de la Universidad de Mendoza, en otro relatábamos un trabajo que realizamos en el Hospital Dr. Humberto Notti, un tercero estaba relacionado con el pensamiento sistémico, el modelo estratégico y el abordaje de la discapacidad múltiple y el cuarto tenía relación con nuestros Entrenamientos en Psicoterapia.

Publicaciones:

Autor	Nombre del Libro	Año de edición
Hugo Hirsch Hugo Rosarios	<i>Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio.</i>	1987
Ruth Casabianca Hugo Hirsch	<i>Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.</i>	1989
Fanny Levinton	<i>Juegos psicológicos para parejas.</i>	1985
Norma Benderky	<i>¿Es posible disfrutar del Matrimonio?</i>	1988

Autor	Nombre del Libro	Año de edición
Cecilia Grosman, Silvia Mesterman, Maria T. Adamo	<i>Violencia en la Familia. La relación de la pareja. Aspectos sociales, psicológicos y jurídicos.</i>	1989
Celia Elzufán	<i>El terapeuta como un junco.</i>	1989
Cecile Rausch Herscovici Luisa Bay	<i>Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.</i>	1990
Celia Jaes Falicov	<i>Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida.</i>	1991
M. Rodríguez Ceberio C. Des Champs y otros	<i>Teoría y técnica de la Psicoterapia Sistémica. Clínica del cambio.</i>	1991
Charles Francois	<i>Diccionario de Teoría General de Sistemas y Cibernética.</i>	1992
Eduardo José Cárdenas	<i>Familias en crisis.</i>	1992
Elina Dabas	<i>Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales.</i>	1993
Rosina Crispo, Eduardo Figueroa, Diana Guelar	<i>Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio.</i>	1994
Elina Dabas Dense Najmanovich	<i>Redes, el encuentro de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.</i>	1995
Wanda Santi Reynaldo Perrone	<i>Herramientas para terapeutas.</i>	1996
Cecile Rausch Herscovici	<i>La esclavitud de las dietas.</i>	1996
Eliana Gil	<i>Tratamiento sistémico de la familia que abusa.</i>	1996
Cristina Ravazzola	<i>Historias infames: los maltratos en las relaciones.</i>	1997

Autor	Nombre del Libro	Año de edición
Reynaldo Perrone Martine Nannini	<i>Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional.</i>	1997
Musia Auspitz Diana Wang	<i>De terapias y personas. El encuentro, un enfoque sistémico.</i>	1997
Juana Droeven y otros	<i>Más allá de pactos y traiciones. Construyendo el diálogo terapéutico.</i>	1998
Sebastián Bertucelli y otros	<i>Redes comunitarias en Salud Pública. La experiencia de Río III.</i>	1997
Rosina Crispo, Eduardo Figueroa, Diana Guelar	<i>Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber.</i>	1998
Marcelo Rodríguez Ceberio, Paul Watzlawick.	<i>La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico.</i>	1998
Sebastián Bertucelli Graciela Bocco	<i>Redes Comunitarias en salud Pública. La experiencia de Santa Rosa de Río Primero, provincia de Córdoba.</i>	1998
Carlos Sluzki	<i>La red social: frontera de la práctica sistémica.</i>	1998
Mara Burt	Cómo salir adelante con una familia ensamblada. Ocho pasos para una buena convivencia familiar.	1999
C. Groisman, J. Rabinovich, J. Imberti	<i>El desafío de la sexualidad. Creencias, saberes, sentimientos.</i>	1999
Morales Catalayud, F	<i>“Introducción a la psicología de la salud”.</i>	1999

Autor	Nombre del Libro	Año de edición
Marcelo Rodríguez Ceberio Juan Luis Linares	<i>Locura, marginación y libertad. Una análisis del enfermo mental y el manicomio, su segregación social y la posibilidad de cambio.</i>	1999
Abadi, J E. Fernández Alvarez, H & Rauch Herscovici	<i>“El bienestar que buscamos. Tres enfoques terapéuticos”</i>	1999
Francisco Morales Calatayud	<i>Introducción a la psicología de la salud.</i>	1999
Susi Reich	<i>Terapia para todos los días.</i>	1999
Eugene Gendin	<i>El focusing en psicoterapia. Manual del método experimental.</i>	
Otto Kernberg	<i>Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones.</i>	1999
Eduardo José Cardenas	<i>Violencia en la pareja. Intervenciones para la paz desde la paz.</i>	1999
María Carmen Gear, Ernesto César Liendo & Fernando Oris de Roca	<i>Solvencia Emocional. Aprendiendo a generar bienestar.</i>	1999
John Visher, Emily Visher	<i>El fortalecimiento de al familia ensamblada. Manual de autoayuda para parejas ensambladas.</i>	1999
Edgar Ekin	<i>Cuentos verdes.</i>	
Hugo Míguez & Wilbur Ricardo Grimson	<i>Los vidrios oscuros de la droga.</i>	1999
María Ester Baldo, Raquel Salama (compiladores)	<i>Familia. Problemáticas actuales.</i>	1999

Autor	Nombre del Libro	Año de edición
Jordi Font	<i>Religión, psicopatología y salud mental. Introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias.</i>	1999
Anna Estany	<i>Vida, muerte y resurrección de la conciencia. Análisis filosófico de las revoluciones científicas en la psicología contemporánea.</i>	1999
Dora Fried Schnitman	<i>Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos. Perspectivas y prácticas.</i>	2000
Estrella Joselevich	<i>Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad A D / H D. En niños, adolescentes y adultos.</i>	2000
Jorge Fernández Moya	<i>En busca de resultados. Una introducción al modelo sistémico estratégico. I edición.</i>	2000
Kozulin, A	<i>“Instrumentos psicológicos. La educación desde una perspectiva sociocultural”</i>	2000
Eduardo Kalina	<i>“Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica”</i>	2000
Greenberg, L y Paivio, S	<i>“Trabajar con las emociones en psicoterapia”</i>	2000
Gardner, H	<i>“La educación de la mente y el conocimiento de las disciplinas. Lo que todos los estudiantes deberían comprender”</i>	2000
Mullender, A	<i>“La violencia doméstica. Una nueva visión de un viejo problema”</i>	2000
Tatiana Flores	<i>El impacto social de la imagen.</i>	2000

Autor	Nombre del Libro	Año de edición
Norberto Levy	<i>La sabiduría de las emociones. Como interpretar los mensajes que nos transmiten el miedo, el enojo, la culpa, la envidia, la vergüenza...</i>	2000
Leslie Greenberg & Sandra Paivio	<i>Trabajar con las emociones en psicoterapia</i>	2000
Diana Guelar y Rosina Crispo	<i>Adolescencia y trastornos del comer</i>	2001
Valeria Ugazio	<i>Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopedagogía</i>	2001
Adolfo Jarne y Antoni Talarn, comp.	<i>Manual de psicopatología clínica</i>	2001
Audrey Mullender	<i>La violencia doméstica. Una nueva visión de un viejo problema.</i>	2001
Harry Procter compilador	<i>Escritos esenciales de Milton Erickson I</i>	2001
Ricardo Ramos	<i>Narrativas contadas, narraciones vividas, un enfoque sistémico de la terapia narrativa.</i>	2001
De La Cruz, A C y González Verheust, M C	<i>“El proceso del divorcio. Una mirada sistémica”</i>	2001
Duncan, B; Hubble, M A & Miller, S D	<i>“Psicoterapia con casos imposibles”</i>	2001
Villegas Torres. Traductora	<i>“Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopedagogía”</i>	2001
R. Crispo D. Guelar	<i>“La adolescencia manual de supervivencia”</i>	2002
Juana Droeven	<i>Sangre o elección. Construcción fraterna</i>	2002

Autor	Nombre del Libro	Año de edición
S. Bleichmar, D. Fried Schnitman, E. Giberti, M. R. Glasserman, P. Herscovici, C. Jaes Falicov, E. Joselevich, A. Loketek, J. Puget, C. Sluzki.	<i>“La práctica de la terapia familiar. Un encuentro clínico”</i>	2002
Montserrat Moreno, Genoveva Sastre, Magali Bovet, Aurora Leal	<i>Conocimiento y cambio. Los modelos organizadores en la construcción del conocimiento.</i>	2002
Jonathan Potter	<i>La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social</i>	1996 inglés
Isabel Boschi traducción	<i>Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados. Una guía para el asesoramiento de niños, adolescentes y sus familias.</i>	2002
Juana Droeven (compiladora)	<i>Sangre o elección, construcción fraterna.</i>	2002
Judith Wallerstein	<i>El inesperado proceso del divorcio</i>	2002
Jose Corsi (compilador)	<i>Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares.</i>	2003
Gilligan Carol	<i>El nacimiento del placer. Una nueva geografía del amor.</i>	2003
Harry Procter (compilador)	<i>Escritos esenciales de Milton Erickson II</i>	2003
Jarry Procter	<i>Escritos esenciales de Milton Erickson. Vol II</i>	2003

Autor	Nombre del Libro	Año de edición
Estrella Joselevich	<i>AD/HD Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. ¿Qué es , qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes.</i>	2003
Estrella Joselevich	<i>Soy un adulto con AD/HD. Comprensión y estrategias para la vida cotidiana</i>	2004
Judith Beck	<i>Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización</i>	2004
Sergio Sinay	<i>Ser padre es cosa de hombres</i>	2004
Jorge Fernández Moya	<i>Después de la pérdida. Una propuesta sistémica – estratégica para el abordaje de los duelos.</i>	2004
Amparo Belloch, Héctor Fernández Alvarez	<i>Trastornos de la personalidad. Guías de intervención psicología clínica</i>	
Diana Kirszman María del Carmen Salgueiro	<i>El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario</i>	
Sergio Sinay	<i>Vivir de a dos. O el arte de armonizar las diferencias. Propuestas para una tarea amorosa</i>	

Otras publicaciones:

Revista	Director	Características de la publicación
Terapia Familiar	Dr. Alfredo Canevaro	Se comenzó a publicar en 1970, se realizaban dos ediciones por año, dejó de editarse en el año 1991, cuando el Dr. Alfredo Canevaro se fue a vivir a Italia.

Revista	Director	Características de la publicación
Sistemas Familiares	<p>Lic. Cecile Herscovici, desde 1985 a 1989.</p> <p>Lic. Adela García desde 1989 a 1997.</p> <p>Lic. Rosalía Bikel desde 1997 a 1999</p> <p>Dra. Dora Schnittman 1999 a 2004</p> <p>Dr. Jorge Moreno 2004 hasta ahora</p>	<p>Su primera edición es de 1985. Es una publicación de ASIBA (Asociación Sistémica Buenos Aires), se editan tres números por año, y la publicación sale en los meses de Abril, Agosto y Diciembre de cada año.</p> <p>Se trata de autores de todas las latitudes.</p> <p>La Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua, se encuentra suscripta y la colección completa desde su creación a 1997, fue una donación de la Lic. Rosalía Bikel.</p>
Perspectivas Sistémicas	Lic. Claudio Deschamps	Se trata de una publicación bimensual, con formato de diario, que se publica desde el año 1988.
Rapport. Hipnosis de Milton Erickson	Lics. Edgar A Etkin y Silvia Fabián Etkin	Es una publicación del Instituto Milton H. Erickson de Buenos Aires. Su primer número data de diciembre de 1990 y como su nombre lo indica está orientada a difundir la obra del genial "Lourdes de Arizona".
De Familias y Terapia.	Dr. Sergio Bernales	Se trata de una publicación periódica chilena de terapia familiar, que reconoce como origen de su nacimiento los 10 años de vida del Instituto Chileno de Terapia Familiar.
El Embrión		Publicación del Centro Privado de Psicoterapias

Mendoza, nuestra historia

En 1974, un grupo de profesionales que trabajábamos en y con relación a temas de minoridad, nos hallábamos buscando un modo de operar, más efectivo. La problemática real y cotidiana que enfrentaban los chicos, quienes los cuidaban y la institución misma a la que todos pertenecíamos, nos requería intervenciones muy alejadas de la ortodoxia psicodinámica, que, por aquel entonces, era nuestro único marco de referencia y nos brindaba un recurso técnico que no era posible instrumentar.

Intentábamos dar respuesta a la demanda, pero nos sentíamos desvalidos actuando fuera del contexto privilegiado del consultorio, y aún dentro de éste, los jóvenes o niños con los que trabajábamos, no eran buenos candidatos para sesiones de juego o de asociación libre.

Cuando los adultos, celadores, regentes que eran sus cuidadores consultaban por los problemas de un niño, intentábamos explicar las conductas del paciente con una terminología intrapsíquica, cuando se trataba de fenómenos interpersonales; o en el peor de los casos debíamos describir la interacción que el niño mantuvo o mantenía con su familia, o bien considerar que el problema derivaba de la falta de interacción. Por lo tanto al tratar de explicar lo ocurrido como algo propio del niño y su familia, en el personal se generaba un rechazo hacia la familia del internado, lo que hacía responsable a la familia y a él lo liberaba de modificar alguna conducta.

Con esto desmejorábamos, aún más, la relación entre la familia y el niño y lo mismo pasaba con la familia y los representantes de la institución. Resultado: se trataba siempre de padres que eran inútiles para hacerse cargo de sus hijos.

Participaron también otros colegas que asistían a niños en gabinetes escolares o en la práctica privada. Ellos tenían dificultades con los requerimientos de acción o de orientación por parte de los adultos interesados. La terapia infantil se abordaba desde un modelo kleiniano. Nosotros pensábamos en términos de relaciones objetales, nuestros consultantes lo hacían en términos de relaciones reales.

Mirando más allá del Arco del Desaguadero, advertimos que en el resto del mundo se estaban produciendo cambios importantes en salud mental, y que los mismos se habían producido por idénticas necesidades. También advertimos que

muchos de ellos ya habían llegado y se habían instalado en las costas del Río de la Plata.

Con mucha dificultad un pequeño grupo de gente inquieta consiguió reunir suficientes interesados, como para traer a Mendoza algunos emisarios de las nuevas ideas. Así aprendimos de Eduardo Tato Pavlovsky y de Luis Frydlewsky a ampliar nuestra herramienta de trabajo hacia lo experiencial, lo dramático, lo corporal.

En 1975, nos visitó María Rosa Glasserman. Ella nos contó acerca del modo de trabajo que se encontraban desarrollando en el Centro de Salud Mental Municipal de San Telmo, allí hacían terapia familiar, terapia en red, terapia de grupos, acción comunitaria. Esta situación también se daba en el Centro de la Salud de Nuñez. Habíamos elegido ser terapeutas familiares y nos esforzamos por pasar de una visión individualista a una visión sistémica, de una lectura intrapsíquica a una lectura interaccional, y de un contexto terapéutico psicoanalítico a un contexto de terapia estratégica.

El Dr. Angel Fiasché comenzó a visitarnos desde 1976, por recomendación de "Tato". Venía de una larga (10 años) y rica experiencia en los Estados Unidos y en Suecia. Nos enseñó a pensar en términos de salud y sentido común, y nos ayudó a distinguir entre hipótesis teóricas y datos observables, algo que ahora parece tan elemental y entonces nos pareció sorprendente.

Hicimos nuestro propio proceso grupal y nos organizamos como grupo de autogestión en el aprendizaje, con un plan en el que incluimos seminarios periódicos con Adolfo Loketek, María Rosa Glasserman y Estrella Joselevich quienes posteriormente crearon y dirigieron el CEFYP.

Pasamos por una etapa de vaivenes entre entusiasmo y decepciones, seguridad y dudas, mientras nuestras antiguas certezas se resquebrajaban y las nuevas aún no se consolidaban en la corroboración clínica. En la impaciencia, el grupo perdió a muchos de sus miembros y finalmente sufrió un cisma, que fue superado sólo tres años después.

En una segunda etapa nos volvimos un tanto fanáticos y convencidos de que nuestras ideas (que acabábamos de descubrir, se llamaban sistémicas) eran la clave para todo tipo de problemas. Queriendo afirmar nuestra identidad, creamos la Sociedad de Psicoterapia Sistémica de Mendoza, dando el primer paso para que surgiera la Federación Nacional. También iniciamos actividades de docencia y de

difusión, que al colocarnos en situación de diálogos con otros colegas, nos llevaron a una tercera etapa. En esta, en la que creo que estamos ahora, evaluamos más mesuradamente los éxitos y los fracasos terapéuticos, y tenemos más conciencia de los límites y posibilidades del sistema conceptual sistémico en su interacción con el sistema de los sistémicos de Mendoza, dentro del contexto de nuestra sociedad. En esta tarea hemos recibido una gran ayuda de Hugo Hirsch, quien con su claridad y amplitud de ideas, nos estimula permanentemente a realizar una reflexión crítica, indispensable para crecer. No ha sido menor la ayuda que nos ha ofrecido Ruth "Coqui" Casabianca, quien con su rigurosidad en el análisis de cada caso, nos ha enseñado a hacer un delicado y sutil uso de la herramienta sistémica.

Curiosamente, si nuestra primera búsqueda fue desde lo institucional, casi todos nosotros hemos dirigido nuestros esfuerzos hacia lo privado, creando nuestras propias instituciones. Los que continúan o se han integrado a servicios estatales están, dependiendo de cual se trate, relativamente aislados o relativamente integrados, pero en general se los respeta y considera. Recién ahora se está logrando sistematizar equipos completos en el marco de las instituciones.

Es la Universidad del Aconcagua, desde la Facultad de Psicología, la que ha mostrado una apertura ideológica hacia las distintas epistemologías y en su programa curricular ha permitido la docencia y el estudio amplio de los diferentes modos y estilos que ofrecen las distintas escuelas psicoterapéuticas. Se debe reconocer a su Decano, Licenciado Hugo Lupiañez semejante amplitud.

En el campo privado, hemos tenido la libertad relativa de desarrollar nuestras modalidades de trabajo, dentro de los límites de una comunidad profesional en la que todos se conocen, lo que nos expone con gran facilidad a la crítica por nuestro fracaso. No obstante, hemos ido ganando respeto profesional casi a pesar de nuestras ideas, vistas por muchos como raras, pero que por no animarse a compartir, o ni siquiera conocer, siguen siendo diferentes. Al mismo tiempo, las nuevas generaciones de terapeutas están mostrando un interés creciente, como parece suceder en todo el país.

Si hemos logrado mantener y ampliar nuestra desviación ha sido en parte porque buscamos alimentar nuestra mente y nuestra autoestima, al comienzo fuera de Mendoza a través de los vínculos con otros colegas sistémicos, y en parte, porque logramos alimentarnos entre nosotros mismos, conformando un grupo cohesionado por una ideología terapéutica común. Estamos seguros de tener raíces, relacionales,

conceptuales y clínicas, estamos trabajando para tener una copa que de una sombra protectora.

De nuestra ideología terapéutica destacamos, la capacidad para la resolución rápida de los problemas, movilizando las fuerzas morfogénicas de los sistemas consultantes, en los que reconocemos una potencialidad para el cambio, sea en la dirección del cambio de conducta, sea en la dirección del cambio de los significados adscriptos a la misma. Vemos en esta posibilidad de intervenciones breves, una valorización de las potencialidades humanas para la libertad y la creatividad, ya que el terapeuta es directivo en áreas limitadas, pero no lo es en la imposición de normas e ideales de vida.

Al recortar en el motivo de consulta de un problema concreto, se lo saca del contexto paralizante de la enfermedad y se devuelve a los consultantes su capacidad y su responsabilidad para resolverlo. Experimentar la competencia para manejar sus propios asuntos, produce en los consultantes un deuteroprendizaje que, según creemos detectar en los seguimientos, tiene repercusiones profundas en su visión de sí mismos.

Terapia breve, por lo tanto, no es para nosotros sinónimo de terapia superficial, en el sentido de obtener cambios triviales o pasajeros. No obstante, la intención terapéutica es modesta, y por eso mismo alcanzable. No se interesa por curar, ni por enseñar como vivir. Los esfuerzos se concentran en introducir una fluctuación mínima en el sistema consultante para superar el impasse en que está atrapado. El grado en que esta novedad se amplifique y la reorganización que el sistema genere en consecuencia, depende de su estructura peculiar.

Quedó dicho: Mendoza tiene su lugar en el desarrollo de la Terapia Sistémica, lugar ganado por mérito propio, ya que fue pionera organizando el Primer Encuentro Nacional de Terapia Sistémica, siendo el primer evento científico de los sistémicos argentinos. Durante esta convocatoria se creó la Federación Argentina de Terapia Sistémica, que se encuentra integrada por las asociaciones o Sociedades de Buenos Aires, Bahía Blanca, Córdoba, Entre Ríos, La Plata, Mendoza, Neuquén, Río Negro (Bariloche), Rosario, San Juan, Santa Fe y Tucumán.

También en 1984, creó el primer Curso de Postgrado, dictado desde el ámbito universitario, el mismo se ha transformado en una Maestría de Terapia Sistémica, desde 1996, única en el país aprobada por la CONEAU.

Un hito quizá importante, el tiempo lo dirá, es el desarrollo que comenzamos a realizar en abril de 1997 cuando un grupo de profesionales de distintas disciplinas inició un trabajo en el marco de una Comunidad Terapéutica dedicada a la rehabilitación de pacientes con discapacidad múltiple. La propuesta inicial fue que quien suscribe se hiciera cargo de la Dirección Terapéutica, para contribuir a la organización de la misma, que había crecido significativamente en número de pacientes y por lo tanto en la complejidad que su atención representaba. Entre mis antecedentes profesionales se encuentra el haber trabajado en una institución oficial, en un servicio hospitalario y en varias instituciones privadas. Desde ellas se apoyaba y/o se asistía a algunas organizaciones dedicadas a la evaluación y asistencia (rehabilitación) de pacientes con diferentes discapacitados y a sus familias.

Como producto de la larga labor en la rehabilitación de pacientes con discapacidad, han tratado de unir los conceptos propios de la Comunidad Terapéutica, con aquellos que se derivan de una epistemología sistémica. Estos fundamentos han servido para dar concepción a un trabajo interdisciplinario que ejercitan en la práctica cotidiana y han escrito un libro que esperan circule entre las manos de quienes se ocupen de estos temas. Lo han llamado “Eslabones. Una propuesta sistémica y estratégica para el abordaje de la discapacidad múltiple en una Comunidad Terapéutica”. Allí los integrantes de un equipo interdisciplinario de profesionales de la educación, las ciencias sociales y la educación describen su trabajo.

En 1999, la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua modificó su Plan de Estudios creado en 1985, en donde las Cátedras de Psicología de la Comunicación (tercer año) y de Tratamientos Psicológicos (cuarto año) eran los espacios en los que se enseñaban y aprendían los fundamentos de la Terapia Sistémica. En el nuevo Plan estas materias fueron reemplazadas por otros espacios, que posibilitaron un proceso de maduración de todos estos conceptos. Así en una Cátedra en Tercer año que se denomina Teoría Sistémico Comunicacional y cuyos contenidos principales son:

La familia como unidad de abordaje, la Teoría General de Sistemas, la Comunicación, el Constructivismo, la Familia funcional, el Ciclo vital de la familia, la Familia disfuncional, los alumnos tiene la posibilidad de aprender los fundamentos de la Terapia Sistémica.

Otras dos Cátedras del Cuarto año de la carrera, nos permiten ampliar la información necesaria. La primera se denomina “Diagnóstico sistémico” y en ella se enseña y aprende a observar y escuchar para poder llevar a cabo todos los diagnósticos que son necesarios hacer para abordar personas, parejas, familias, organizaciones y los sistemas sociales. La segunda se denomina “Clínica sistémica”, y en ella se enseñan y aprenden los modelos sistémicos en general y el Modelo Estratégico y Estructural en particular, las Maniobras Terapéuticas, Resultados en Psicoterapia y los fundamentos éticos. Esta materia es opcional, ya que los alumnos pueden elegir hacer clínica desde diferentes modelos, cognitivo-conductual, existencial-humanístico, dinámico o sistémico.

En Quinto año los alumnos asisten a dos materias que se llaman Práctica y Supervisión I y II, y que también respetan las cuatro áreas o modelos para elegir. Las mismas se dictan en los dos semestres del año. Los alumnos asisten a diferentes instituciones en los que el abordaje sistémico es una práctica habitual.

En todos los años el Plan de Estudios ofrece la posibilidad de elección de materias optativas de las que los alumnos deben cumplir un mínimo de horas anuales. Para estas instancias se han dictado optativas, como: Integración cognitivo estratégica, Abordaje Integral de la Discapacidad. Abordaje Psicológico de la Red Social, Negociación y Mediación y Terapia Ericksoniana.

Por lo que podemos cubrir los aspectos generales que hacen a la enseñanza y aprendizaje de la terapia sistémica y también algunos temas o aplicaciones específicas de la misma.

La posibilidad de “unir lo que está suelto o separar lo que está unido”, es una tarea propia de los terapeutas ⁴, la posibilidad de hacer que el abordaje de la discapacidad, llegue al claustro docente, ha sido la labor de estos años. Si la discapacidad es un tema para hacer llegar a los claustros universitarios, la asistencia de los pacientes crónicos también es nuestro desafío actual.

Nuestra tarea de extensión de la práctica sistémica la hemos hecho extensiva a otras universidades de nuestra provincia, porque desde la Comunidad Terapéutica mencionada, y en virtud de los Convenios de Colaboración que mantenemos llevamos los principios y fundamentos de la teoría general de sistemas

⁴ O'Hanlon, W. (1989) Raíces profundas.

y sus aplicaciones para el abordaje de la discapacidad y de los pacientes crónicos en el marco de un abordaje interdisciplinario.

Jorge Fernández Moya

CAPÍTULO 2

TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

CAPÍTULO 2

TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Introducción

Este capítulo está dedicado a plantear, describir y explicar uno de los basamentos fundamentales de nuestra propuesta como terapeutas sistémicos: la **Teoría General de los Sistemas**. Podemos plantear la noción de qué es un **sistema** y así explicarla, eligiendo diversos caminos. Uno podría ser el *camino histórico*, sobre cómo en el curso del desarrollo científico fue surgiendo la idea de los sistemas. Otro podría ser el *explicativo*, semejante a un manual. Otro podría ser el *teórico formal*, y quién sabe cuántos más. Todos ellos son caminos útiles para llegar a un lugar común. Cada uno de ellos acarrea seguramente sus ventajas y desventajas. En este trabajo hemos elegido mostrar dos caminos, tomando en consideración hacia quiénes va dirigido y la finalidad con que es redactada la presente obra. El primer recorrido se piensa desde las necesidades de su creación, de cómo el desarrollo de la ciencia lo fue aplicando y en forma de manual, terminará en el sistema mismo. En el segundo sendero, nos vamos a dejar llevar de la mano de Alejandro Gagliardi, un ex docente Adscripto. Con él realizaremos un recorrido elegante e inteligentemente planteado, sin acceder directamente al concepto de sistema, bordeándolo, recorriendo su contexto pragmático y epistemológico.

Primer recorrido posible

Daremos tres pasos, llevados por una propuesta de la Asociación Argentina de Teoría General de los Sistemas y Cibernética, que propone en diferentes boletines llamados *La Teoría General de los Sistemas y la Cibernética. Su significado teórico*

y *práctico* y *TGS Conceptos básicos*⁵. En el mismo hacen referencia a los cambios acontecidos en el siglo XX que dejamos y el XXI que ha comenzado. Estos se han caracterizado por cambios de suma trascendencia por la profundidad y la significación que han tenido para la humanidad.

Algunos han sido verdaderamente significativos⁶:

a) *La explosión demográfica y multiplicación exponencial de las interrelaciones entre individuos y grupos.*

b) *El desarrollo tecnológico que conduce a una interacción cada vez más numerosa y más fuerte entre los hombres y su entorno.*

c) *Una tendencia marcada y acelerada hacia la constitución de una organización planetaria.*

d) *Un raudo crecimiento de una mayor especialización en las diferentes disciplinas científicas, con dificultades crecientes de intercomunicación y coordinación.*

Estos fenómenos se traducen, en la práctica, en múltiples conflictos y problemas muy rebeldes a los métodos tradicionales de tratamiento. Frente a este tipo de situaciones, los intentos de soluciones locales o fragmentarias, se revelaron inoperantes.

La explosión demográfica de los últimos años en el mundo junto con la multiplicación exponencial de las interrelaciones entre los individuos y los grupos, sumado al sorprendente y creciente desarrollo tecnológico propio de la segunda mitad del siglo pasado, el mejor ejemplo lo tenemos si consideramos la suma de servicios de telefonía fija y celular que ha logrado que la mayoría de las familias posea uno o varios teléfonos, y recordar que hace cuarenta años se debía esperar años para tener una línea. La comunicación por correo electrónico permite enviar mensajes a tantas personas como seamos capaces de incluir en el mismo y que una vez enviada es recibida en muy corto tiempo.

Estos ejemplos pueden ser parte de la explicación de la acelerada tendencia a la constitución planetaria. Y en nuestro país hemos vivido cómo la caída de la

⁵ Ver Bibliografía.

⁶ La Teoría General de los Sistemas y la Cibernética. Su significado teórico y práctico.

economía de los mercados en ciertas latitudes afecta a otros países aparentemente desconectados.

Resulta más apropiado que hagamos una analogía con aquello que planteáramos en el capítulo de Introducción, cuando hacíamos referencia a que ante las mismas necesidades los terapeutas de las décadas del 1940 y 1950 manejaban diferentes herramientas, pero que no arrojaban las soluciones deseadas, por lo que tuvieron la necesidad de realizar un cambio de paradigma que les diera la posibilidad de comprender las conductas de ciertos pacientes.

Incluir el contexto de la familia les permitió entender el significado de ciertas conductas, que hasta el momento eran definidas como producto de la “maldad o locura” del paciente identificado y con esa exclusiva visión no podían resolver el o los problemas planteados.

Todas estas situaciones producidas en la familia o en el contexto seleccionado como unidad de abordaje plantean la necesidad común de pensar que la formación y la resolución de los problemas deben incluir el ámbito de influencia en donde surgen y ello da lugar a la aparición de **sistemas complejos** en un número cada vez mayor. Debemos ver en ellos las crecientes interconexiones y obviamente una mayor cantidad de influencias recíprocas que se retroalimentan de manera circular.

Si consideramos la suma de interacciones posibles que se dan por el hecho de sumar las que se generan en la familia nuclear, con las que se mantienen con la familia de origen de cada uno de los cónyuges, lo que inevitablemente pone en escena a la familia política. Por si fuera poco podríamos agregar a los miembros de la familia extensa y por qué no, a los miembros más destacados y significativos de la comunidad, con sus distintos subsistemas de influencia. Hacemos referencia al contexto laboral para los adultos o la ausencia de éste, al contexto educativo para los niños y/o el ámbito social, grupo de pares para los adolescentes, todos en un contexto común, influenciándose de manera permanente para bien y para mal.

Los autores del Boletín de la Asociación Argentina de Teoría General de los Sistemas y Cibernética⁷, prosiguen planteando que:

⁷ Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Su significado teórico y práctico.

"Todo el pensamiento teórico occidental y sus aplicaciones prácticas, habían estado orientados desde varios siglos hacia la solución de problemas específicos y limitados, generalmente aislados de su contexto. Se pensaba que el contexto ejercía poca influencia sobre el fenómeno que fuera y la intervención sobre él no cambiaría significativamente las cosas. Estos métodos se revelaron muy eficaces y permitieron al hombre obtener un creciente poder material. Los ha usado para modificar profundamente los equilibrios ecológicos, económicos y sociales que constituyen las condiciones básicas de la estabilidad de su vida individual y colectiva".

Y agregan:

"Se hace necesaria por lo tanto una mejor comprensión de los grandes sistemas complejos, de su naturaleza y funcionamiento, esencialmente cibernético. Es imprescindible además, contar con un nuevo tipo de modelo y por lo tanto con una metodología específica que contemple la acción global, que complete y eventualmente corrija los modelos y las metodologías de la acción local, puntual o especial, que hemos utilizado hasta ahora".

Y concluyen:

"Tales modelos son precisamente, los propósitos de la Teoría General de Sistemas y de la Cibernética, cuyos elementos van naciendo desde hace unos cuarenta años, como respuesta cada vez más precisa a interrogantes acerca del funcionamiento de los sistemas complejos".

"Es así que diversas ramas de la Teoría General de Sistemas (TGS) tratan de la organización interna de los sistemas, de sus interrelaciones recíprocas, de sus niveles jerárquicos, de su capacidad de variación y adaptación, de la conservación de su identidad, de su autonomía, de las relaciones entre sus elementos, de las reglas de su organización y crecimiento, de las condiciones de su conservación, de sus posibles o probables estados futuros, de su desorganización y destrucción, etc."

"A su vez, la Cibernética, se ocupa de las retroalimentaciones, de las regulaciones, de los controles, de las condiciones de estabilidad de los sistemas complejos y por otra parte, de la naturaleza de la información y de su transmisión. Todos estos temas tienen en común el tratamiento de relaciones internas y/o externas, simultáneas y/o secuenciales, entre numerosos elementos y/o grupos de elementos, que no pueden ser desconectados sin destruir la esencia del sistema, es decir, su unidad y su identidad".

*"De estas nociones abstractas, pueden extraerse modelos de sistemas reales, dichos modelos pueden ser **homomórficos**⁸ con el sistema (o sea análogos, aunque selectivamente simplificados) y pueden ser **isomórficos**⁹ entre sí, presentando exactamente las mismas estructuras y funcionalidad".*

Ofreceremos algunos ejemplos para facilitar su comprensión. Consideremos una persona, Susana de 24 años, que consulta porque tiene conflictos en el trabajo, con su encargada. Se trata de una mujer obsesiva con la puntualidad y el orden que no le perdona a ninguno de los empleados una falta de esta naturaleza. Parecido, pero en menor medida, le sucede con la encargada de la pensión en donde vive, que tiene bastantes semejanzas con su madre y con la encargada del trabajo.

Nuestra paciente no la tolera, pero necesita el trabajo para sobrevivir, ya que se trata de una joven que se vino de su casa distante doscientos kilómetros, con el proyecto de estudiar, pero sin mucha convicción, razón por la cual ha fracasado en las carreras que inició, pero no se ha vuelto a su casa porque la madre le resulta insoportable, con sus ideas de orden y limpieza, y con su estricto control sobre todas

⁸ Homomórficos: (Homomorfia): 1 – Propiedad del modelo de un sistema concreto tal que, entre las características de uno y otro existe una correspondencia suryectiva, es decir, que cada elemento o interrelación en el modelo sea, imagen de un elemento o interrelación en el sistema. 2 – Carácter de un modelo que reproduce en forma simplificada las características del sistema que representa). Tomado de Diccionario de la Teoría General de Sistemas y Cibernética. Conceptos y Términos. GESI AATGS y C. Buenos Aires. 1992.

⁹ Isomórficos: (Isomorfia): fórmula, pauta, estructura, proceso o interacción que demuestra ser la misma, aunque en términos generales, a través de numerosas disciplinas y escalas de magnitud de sistemas reales, pese a la diferencia obvia de las partes de los distintos sistemas. Tomado de Diccionario de la Teoría General de Sistemas y Cibernética. Conceptos y términos. GESI AATGS y C. Buenos Aires. 1992.

las cosas de nuestra paciente. Y ya no quiere más peleas como las que tenía en su adolescencia.

Hasta expresar esta oración y relacionado con nuestras preguntas y directivas Susana no había registrado que con la encargada reedita una relación, en otro ámbito, de la que venía escapando. Tenemos entonces un ejemplo de relación de isomorfismo. Y la propuesta relacional que la paciente hace con quienes sostienen una relación de complementariedad superior es homomórfica.

"El valor transdisciplinario de la TGS y la Cibernética, reside en la posibilidad de obtener modelos que exhiben características comunes, aunque referidas a sistemas diferentes. Aparece así, un nuevo lenguaje conceptual, puente entre numerosas disciplinas".

"La existencia de conceptos y modelos generales, lleva a la posibilidad de la acción global, porque se respetan las interconexiones entre las partes de la realidad, que nuestra mente tomó por costumbre desmembrar".

"La TGS y la Cibernética, sus modelos y su metodología, están aún en su época de formación y desarrollo. Sin embargo, aún en esta fase de formación, es cada vez más evidente que sus principios responden a las necesidades del mundo contemporáneo".

"Es obvio pues, que lejos de descartar simplemente los anteriores modos de pensar, resulta necesario reconsiderarlos e integrarlos en una totalidad conceptual más amplia".

Continuamos en este recorrido de la mano de la Asociación Argentina de Teoría General de los Sistemas y Cibernética, pero considerando la información de otro Boletín informativo llamado *Conceptos básicos*¹⁰. Comienza interesándonos por los postulados básicos, como el título lo sugiere:

¹⁰ Teoría General de Sistemas. Conceptos básicos. Lo desarrollado de manera textual está escrito con margen diferente.

La noción de sistema

A modo de primera aproximación, el concepto de Sistema puede definirse en los siguientes términos:

"Un sistema es una entidad autónoma dotada de una cierta permanencia y constituida por elementos interrelacionados, que forman subsistemas estructurales y funcionales. Se transforma, dentro de ciertos límites de estabilidad, gracias a regulaciones internas que le permiten adaptarse a las variaciones de su entorno específico".

"Esta definición implica que el sistema ha de ser identificable por su coherencia fenomenológica¹¹. Ha de corresponder a un conjunto de observaciones relativas a una entidad fácilmente reconocible como tal. Como ejemplos se pueden citar: un ser viviente, una empresa, un biotipo, una ciudad, una nación, etc."

"El "Sistema" se diferencia así, claramente de los sistemas que son objeto de estudio, del "Análisis de Sistemas". Éstos se constituyen, por lo general, a partir de elementos y procesos arbitrariamente elegidos, con el simple fin de resolver un problema determinado".

"Por lo general, el Sistema considerado por el Analista de Sistemas es un fragmento del Sistema global; los fragmentos restantes interesan en una medida muy restringida: por ejemplo, como fuentes de ingresos o recibidores de egresos generales a corto plazo".

"Frecuentemente, se postula la "invariancia"¹² de estos elementos o procesos, considerados como exteriores, y casi siempre se pasan por alto las eventuales regulaciones recíprocas que puede unirlos entre sí y con el sistema tomado como unidad integrada. En general, el carácter sistémico de este último es meramente postulado, aunque en forma implícita, pero no es estudiado. En consecuencia, no se llega prácticamente nunca a evaluar:

¹¹ Coherencia o Totalidad, ver Propiedades de los sistemas, página 101.

¹² Invariancia: propiedad del sistema que se conserva pese a las transformaciones que atraviesa. Las hay espaciales, temporales, mixtas y cualitativas. Tomado de Diccionario de la Teoría General de Sistemas y Cibernética. Conceptos y términos. GESI AATGS y C. Buenos Aires. 1992.

Su grado verdadero de coherencia (y por lo tanto de estabilidad) interna.

Su grado de autonomía respecto a su entorno.

La verdadera naturaleza de su funcionalidad (en tanto que sea realmente funcional)”.

Cuando hacemos referencia a la coherencia o totalidad del sistema, evocamos una propiedad de los sistemas desarrollada en el Glosario. Decimos que una persona (sistema individual) mantiene o responde de manera coherente cuando *sus pensamientos, sentimientos y acciones o conductas* mantienen una misma línea. Cuando una pareja de padres (sistema o subsistema parental) sostiene de manera respetuosa y compartida una serie de reglas respecto de la conducta que sus hijos deben mantener en la casa y/o en la escuela. Cuando en una organización de mayor complejidad (sistema), una escuela, una fábrica, una repartición pública quienes la conducen (directivos y docentes; directivos y gerentes; funcionarios y jefes intermedios) sostienen las normas de la organización. Un sistema, una organización es coherente cuando se logra instalar una activa participación para el logro de los acuerdos y un respeto ante las diferencias surgidas.

“Conviene tratar de definir de manera más precisa el contenido original del concepto de Sistema. Uno puede preguntarse si más allá de un deseo humanístico de volver a un tipo de conceptualización de gran alcance, el enfoque sistémico pretende ser una filosofía o una metodología. Además es necesario establecer, en qué puede contribuir el concepto, al desarrollo de la ciencia y del pensamiento en general.

Como primera respuesta a estas preguntas podría decirse que el concepto de sistema surgió como reacción frente al problema, cada vez más grave, de la creciente estrechez de miras de muchos especialistas y de sus lamentables consecuencia prácticas, tal como fue expresado y ejemplificado en párrafos anteriores. (Conviene destacar que el concepto fue creado y pulido por especialistas ansiosos de salir de sus respectivas torres de marfil, eran éstos biólogos, economistas, sociólogos, etc.)”¹³

¹³ Teoría General de los Sistemas y Cibemética. Conceptos básicos.

Algunos de ellos recurrieron a separar, dividir, considerar cómo está formado un sistema y estudiar sus partes (subsistemas, sub – sistemas) y reducir el objeto de observación a unidades más pequeñas. Así crean la concepción de “especialistas”. Pero también se ha dado la necesidad de incluir el contexto y aprender la interdependencia existente y por las razones por las cuales se dan las cosas. A ellos se los llamado “generalistas”. El Boletín continúa:

“Esta estrechez de miras produce por ahora, en prácticamente todos los ámbitos, una avalancha de estos "remedios peores que el mal" ... Es algo que se verifica fácilmente en la Economía, en la Ecología, en la Medicina, en la Psicología (agregado por cuanta nuestra), etc.

Los ‘remedios’ suelen desencadenar reacciones violentas o insidiosas, a veces dentro del ámbito en que fueron aplicados, aunque también frecuentemente fuera de esos límites, propagando la desorganización en lugar de remediarla. Los ejemplos abundan, desde la crisis monetaria mundial hasta las enfermedades iatrogénicas, pasando por el desorden creciente en la grandes metrópolis”.

La razón o razones ha sido la falta de consideración de aquellos factores relativos o relacionados con el contexto, que necesaria e inevitablemente influyen en el tiempo, por lo que resulta: “los problemas de hoy, devienen de las soluciones de ayer”, como dice Peter Senge en su obra clásica *La Quinta Disciplina*¹⁴.

Retomando los conceptos vertidos en el Boletín, debemos considerar:

“El concepto de Sistema, es básicamente pensarlo como, una máquina mental de ensanchar la mirada, que es además base de conceptos o modelos, que ¹⁵:

- Abarcan un conjunto más amplio de datos.
- Organiza estos datos entre sí, buscando de manera tan exhaustiva como sea posible, las correlaciones significativas entre los mismos.
- Los agrupan en sub-entidades o sub-procesos significativos.

¹⁴ Senge, P. (1992). La Quinta disciplina.

¹⁵ Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Conceptos básicos.

- Jerarquizan estas sub-entidades y estos sub-procesos".

“Es importante entender que el sistema funciona como ‘máquina conceptual y/o metodológica para forjar conceptos’, apuntando al nacimiento de una ciencia de los conceptos idóneos. Este último término da a entender que se trata de una metodología fenomenológica, que quiere y necesita valorar sus propias creaciones en función de las realidades percibidas. Si bien el Sistema es una abstracción del observador, lo es a partir de algo real y ello de acuerdo a una metodología lo más rigurosa posible. Por otra parte, esta abstracción (mediante convenciones apropiadas) sirve como modelo de los sistemas reales sometidos a estudio”.

“La realidad fenomenológica se presenta bajo dos aspectos complementarios inseparables: lo estructural estático y lo funcional dinámico”.

“El Sistema es un modelo estructural - funcional. Reconoce que los dos aspectos han de estar correctamente integrados, y que puede razonarse solamente en forma transitoria y con muchas precauciones, teniendo en cuenta sólo uno de ellos”.

“El problema de la coherencia entre ambos es central en materia de modelos de sistemas”.

De lo que antecede, se pueden sacar algunas conclusiones acerca de la utilidad práctica del concepto de sistema, el cual apunta a:

- Remediar la fragmentación casi esquizofrénica del saber científico y de algunas de sus aplicaciones cada vez más aberrantes, tendientes a contaminar todo el cuerpo social.

- Plasmar, establecer una metodología de arbitraje entre las necesidades reales y/o aparentemente opuestas, contradictorias o incompatibles de la evolución de procesos de todo tipo relacionados entre sí.

- Adecuar y armonizar las estructuras y las funciones.

- Reintegrar las valiosas técnicas del Análisis de Sistemas y de la Dinámica de Sistemas (Forrester), en una síntesis que evitará los análisis mal fundados y las dinámicas aberrantes.

- Constituir un polo organizador para una cantidad de teorías diversas que tienen que ver con el estudio de los sistemas complejos, entre otras:

- La teoría de los conjuntos difusos.
- La teoría de las jerarquías.
- La teoría de las catástrofes.
- La teoría de la percolación.
- La teoría de los atractores caóticos.
- La teoría de los grafos.
- La teoría de los fractales.
- La teoría de la estabilidad dinámica.
- La termodinámica de los sistemas irreversibles.
- La taxonomía de estructuras y funciones sistémicas.
- La teoría de la autopoiesis.
- La teoría de las regulaciones contra - aleatorias.
- La teoría de la semi-aleatoriedad”.

El contenido fundamental del concepto de sistema

El concepto de sistema es Fenomenológico

- Como todo aquello que llegamos a plasmar mentalmente, se trata de un esquema acerca de la realidad percibida, pero no es la realidad misma. De ella estamos separados por:
 - Nuestras percepciones, que son específicas de nuestra condición biológica humana.

- Nuestro adiestramiento perceptivo, típico de nuestra condición cultural.
- Nuestra forma personal de conceptualizar, o sea abstraer esquemas de nuestras percepciones, en función de la organización de nuestro cerebro.
- Nuestros esquemas pueden ser de varias clases, por ejemplo:
 - Esquemas míticos o ideológicos (culturales).
 - Esquemas racionales (transculturales).
- Entre los esquemas racionales, también los hay de varios tipos:
 - Estructurales o funcionales.
 - Especiales, locales o generales.
- El esquema que llamamos sistema quiere ser de tipo totalizador. No está centrado en un fragmento diminuto extraído de la realidad observada, sino en un fragmento amplio relacionado con su entorno correspondiente. Así (debemos pensar)¹⁶ al ser humano en su ambiente ecológico. Así (debemos creer) en una empresa en el universo económico de la economía de mercado.

Los esquemas que construimos se relacionan con nuestros paradigmas, entendemos por tales a los patrones o modelos a partir de los cuales seleccionamos, conceptuamos, ordenamos y calificamos las cosas.

Cuando seleccionamos, conceptuamos, ordenamos y calificamos las cosas, establecemos límites a partir de los cuales las cosas pueden ser de una manera para nosotros, pero diferente para otros. Los paradigmas funcionan como filtros que nos impiden o limitan la forma de ver el mundo. Por lo que lo que resulta obvio para una persona con un paradigma, no lo es para otro sujeto con un paradigma diferente, no mejor, sólo diferente.

Los paradigmas le ponen un límite a nuestra creatividad, ya que nos fijan un marco conceptual del que resulta excluirse.

¹⁶ Los paréntesis son nuestros.

El concepto de Sistema es *Complejo*

- “Un sistema, siendo la representación conceptual de algo complejo, tiene que ser también complejo”¹⁷.

Las posibles descripciones fenomenológicas realizadas por diferentes observadores hacen a la mayor complejidad de los sistemas.

- “Por lo tanto comporta partes, que son subsistemas funcionales y estructurales a la vez”¹⁸.

El sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo, el sistema circulatorio, el sistema respiratorio, son ejemplos de subsistemas de un sistema mayor: el ser humano. Las descripciones posibles pueden realizarse desde diferentes formas. Cuando los estudiantes aprenden acerca del cuerpo humano comienzan aprendiendo anatomía, lo hacen estudiando primero los huesos, los músculos, las arterias y las venas, y cada uno de los sistemas que lo integran. Pero cuando estudian fisiología necesariamente lo deben integrar al funcionamiento.

En una empresa, en una fábrica, los subsistemas posibles a considerar pueden ser el personal de la planta de elaboración, los técnicos del servicio de ensamble del producto ya terminado, por el equipo de ventas, por el servicio de administración y contaduría, por ejemplo.

Y continúa:

“Un subsistema se caracteriza por el hecho que su existencia se justifica y es posible sólo dentro del sistema, y siempre en relación con los otros subsistemas. Fuera del sistema desaparece en general muy pronto, o por lo menos pierde todo carácter funcional”¹⁹.

Podemos decir que cuando queda aislado tiene la posibilidad franca de perder la coherencia que lo caracteriza, cuando así sucede no responde a la propiedad que conocemos como coherencia o totalidad.

¹⁷ Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Conceptos básicos.

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Ibidem

- “Los subsistemas están generalmente muy conectados entre sí y funcionan interrelacionados. En biología, H. Selye describió muy claramente este proceso (Síndrome General de Adaptación)”²⁰.

En una empresa, las interconexiones son también evidentes, (necesarias y complementarias)²¹.

- “Los subsistemas suelen a su vez estar constituidos por sub-subsistemas aún más especializados y diferenciados, aunque siempre enmarcados dentro del sistema”.

El sistema cardiorrespiratorio y circulatorio, puede ser visto como un ejemplo, ya que se trata de un conjunto complejo de estructuras y órganos especializados, que se complementan entre sí para poder cumplir con su importante misión conjunta, bombear la sangre para que se oxigene (corazón derecho), para que lleve el oxígeno al organismo (corazón izquierdo) circulando por las arterias en su viaje de ida y por las venas en su viaje de regreso. Y para que el oxígeno sea aprovechado se necesita de un vehículo, la sangre, perteneciente al sistema hematopoyético.

Del mismo modo, en una empresa, la fabricación de un producto depende de la correcta coordinación entre el departamento de compras, los depósitos, los talleres y las cadenas de distribución. Es posible que cada uno de éstos pueda ser considerado por separado por sus características particulares.

El concepto de Sistema es *Estructural*²²

- “El mundo de los fenómenos, por la naturaleza de nuestras percepciones, se nos presenta ya sea como objeto, ya sea como movimiento. Pero la dicotomía está muy probablemente introducida por nosotros mismos, como tiende a demostrarlo la evolución reciente de las ciencias.

²⁰ Ibidem

²¹ El agregado entre paréntesis es nuestro.

²² Teoría General de los Sistemas y Cibemética. Conceptos básicos.

- El sistema es, por un lado, objeto, o sea un conjunto estructurado de elementos que podemos percibir como conjunto de formas, en un momento dado. Tiene una forma ("Gestalt"). El aspecto de la estructura es estático (como una foto, un plano, un mapa): nos resulta frecuentemente difícil percibir sus deformaciones y aún percibiéndolas, tenemos una tendencia a creer en la inmutable permanencia de la estructura, sin darnos cuenta de que no es más que una manifestación, en un momento dado, de un fenómeno en evolución (considerar el punto siguiente: El concepto de Sistema es Funcional).
- Las estructuras no son caprichosas. Corresponden a interconexiones definidas de los sub - sistemas y de los elementos entre sí. Estas interconexiones tienen un significado funcional. Esto implica que todas las estructuras no son posibles o significativas (J. Miller). Las estructuras pueden además usarse para la descripción del sistema y de su organización. Su carácter funcional implica también que no son solamente sincrónicas, sino que tienen un significado diacrónico.
- El aspecto estructural del sistema puede usarse como modelo para la descripción estática de sistemas reales, usando algunas técnicas matemáticas apropiadas (conjuntos, grafos, etc.). Son factibles descripciones "anatómicas" de organizaciones empresariales, de tribus arcaicas, etc.".

El concepto de Sistema es *Funcional*²³

- “El sistema refleja la naturaleza funcional de los sistemas reales. Un sistema real cumple funciones. Por ejemplo: el ser viviente mantiene una autonomía dentro de su medio durante mucho tiempo, metabolizando los alimentos extraídos de dicho medio. Así desarrolla y después mantiene sus estructuras. Así también produce algunos egresos característicos. Lo mismo vale para una empresa u otros sistemas económicos o sociales.

²³ Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Conceptos básicos.

- El carácter funcional del sistema refleja el hecho de que los sistemas reales que representa, se manifiestan por el desarrollo de un número de *procesos coordinados entre sí*. Estos procesos se mantienen en el marco de la funcionalidad general del sistema. Esto significa que si un proceso se torna aberrante en este sentido, aún si nada lo hace imposible en sí mismo, bien pronto retornará al marco general o provocará la desintegración del sistema. La proliferación cancerosa constituye un ejemplo biológico.
- Los procesos, al igual que las estructuras, son jerarquizados ²⁴. En general, a las sub-estructuras de los sub-sistemas, corresponden sub-funciones. Ninguna descripción funcional parcial puede ser satisfactoria, si no tiene en cuenta la necesidad de coherencia funcional global del sistema.
- El aspecto funcional del sistema permite usarlo como modelo básico para la descripción dinámica de sistemas reales. En este caso también, pueden usarse técnicas matemáticas apropiadas. Pero el problema de la descripción matemática es más difícil de lo que parece, ya que no es sólo el caso de definir una función general válida de una vez y para siempre. La correcta descripción de los sistemas necesitará de la constitución de una matemática de la complejidad estructural y dinámica hacia la cual apuntan por ejemplo, la teoría de las catástrofes de Thom, el juego de la vida de Conway y la teoría de los atractores”.

El concepto de Sistema es *Termo – Dinámico*²⁵

Consideramos importante, ofrecer una definición de lo que se conoce como Termodinámica. Para esa tarea consultamos el diccionario,²⁶ que dice:

“Aquella parte de la física que se ocupa de los fenómenos en los que interviene la energía técnica. La termodinámica puede tratarse desde dos puntos de vista: desde uno, el clásico, se da una descripción puramente macroscópica del mundo físico, mientras que

²⁴ La negrita es nuestra.

²⁵ Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Conceptos básicos.

²⁶ Lexis 22, Tomo 20.

desde el otro, la termodinámica estadística, se estudian los fenómenos en el nivel microscópico (átomos, moléculas, etc.) obteniéndose estadísticamente resultados macroscópicos, los cuales concuerdan con los de la termodinámica clásica, en un sistema de coordenadas macroscópicas, como la presión, el volumen específico y la temperatura. Los procesos se describen mediante la ecuación de estado, en la que aparecen únicamente las tres variables anteriores. Cuando un sistema no varía ninguna de ellas, se dice que está en equilibrio termodinámico, lo que significa que el sistema se halla en equilibrio térmico (misma Temperatura), mecánico (no puede ceder, ni absorber trabajo) y químico (se mantiene constante la masa y la concentración). Se estudian preferentemente, por su simplicidad, procesos reversibles, formados por una sucesión de estados de equilibrio.

La Termodinámica se basa en tres principios fundamentales: el Primer Principio puede considerarse como una formulación de la conservación de energía. Establece la existencia de una función U, llamada energía interna, tal que cuando una sistema evoluciona de un estado A a otro B, el cambio experimentado por ella es igual a la suma del trabajo y la energía suministrados al sistema.

A partir de este principio se deduce la imposibilidad de transformar íntegramente una cantidad de calor en trabajo, y la imposibilidad de existencia de un móvil perpetuo de primera especie.”

Expresado en otros términos el Primer Principio de la Termodinámica dice²⁷: “La energía no puede ser creada ni destruida. La energía total del Universo es constante”.

El Segundo Principio de la Termodinámica puede enunciarse de varias formas, una de las cuales establece que no es posible realizar un proceso en el cual disminuya la entropía total²⁸.

²⁷ Francois, C. Diccionario de Teoría General de los Sistemas.

²⁸ Entropía: Lexis 22, Tomo 8. Del griego, evolución, retorno. El Segundo Principio de la Termodinámica establece que, en cualquier proceso, la entropía aumenta o permanece constante. En un proceso irreversible (todos los procesos lo son), la entropía siempre aumenta. Otra acepción (en la cibernética): la entropía es una medida del grado de desinformación (información no aprovechable).

En resumen podemos decir que²⁹: *“En un sistema aislado, cualquier cambio espontáneo va acompañado de un aumento en entropía. En otros términos la cantidad de energía utilizable disminuye en el tiempo”.*

El Tercer Principio de la Termodinámica completa la definición de Entropía: el cero absoluto de temperatura, todas las transformaciones de un sistema homogéneo se efectúan sin variación de la entropía. Como consecuencia del Tercer Principio se deduce la imposibilidad de alcanzar el cero absoluto, y por lo tanto, la imposibilidad de realizar un móvil perpetuo de tercera especie.

Luego de considerada la definición de Termodinámica y de los Principios que de ella se deducen, debemos considerar el planteo que realiza la Asociación Argentina de Teoría General de Sistemas y Cibernética³⁰, que dice:

“El sistema es modelo de sistemas reales que nacen, que crecen, que se estabilizan y al cabo de largo tiempo, se desorganizan y se desintegran. Por esta razón, se aplica en especial a los sistemas biológicos, ecológicos, fisiológicos (entre estos últimos, los sistemas económicos y organizacionales).

Todos estos sistemas se individualizan por diferenciación y por génesis a partir del entorno. Esta diferenciación se obtiene por captación de energía, materia e información transferida dentro del sistema a través de las fronteras, una vez establecidas. Los ingresos captados sirven a la edificación de las estructuras del sistema durante el período de crecimiento y más tarde, al mantenimiento de las mismas. En otros términos, sirven para el cumplimiento de las funciones específicas del sistema.

El Sistema presenta pues típicos fenómenos de anabolismo³¹, metabolismo³² y catabolismo³³. El estudio de estos fenómenos puede

²⁹ Francois, C. Diccionario de Teoría General de los Sistemas.

³⁰ Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Conceptos básicos.

³¹ Anabolismo: conjunto de procesos metabólicos o reacciones bioquímicas de síntesis de moléculas complejas a partir de otras más sencillas. Las reacciones anabólicas son procesos de asimilación; en ellas los organismos tienden a la formación de sustancia propia y se requiere aporte de energía para su realización.

³² Metabolismo: conjunto de los cambios y transformaciones químicas y biológicas que se producen continuamente en los seres vivos y constituyen, en esencia, el acto de la nutrición a compás de la

inclusive contribuir muy significativamente, al conocimiento del sistema, ya que éste se presenta en muchos casos como una caja negra en el sentido cibernético. Por el hecho de usar energía metabolizándola, el sistema presenta un importante aspecto termodinámico. Es prácticamente una máquina para luchar contra el segundo principio, el cual formaliza la degradación de la energía y la maximización de la entropía.

El segundo principio parece violado ya que localmente, dentro del sistema, la organización o la información aumentan (Onsager, De Donder, Prigogyne, etc.). Sin embargo, dentro del sistema de orden superior constituido por el sistema y su entorno, el segundo principio permanece inalterado. Además, un Sistema en sí mismo tiene una duración larga, pero no eterna. Cuando se desintegra vuelve a la norma termodinámica. Hasta puede decirse que su desintegración es termodinámica por naturaleza.

El sistema que absorbe cantidades excesivas de energía puede reaccionar por la creación de nuevas estructuras más complejas, llamadas "disipativas". En algunos casos, da lugar a la aparición de un sistema nuevo más amplio (Prigogyne). (En una sistema comercial la creación de sucursales, en su sistema fabril puede ser la creación otras plantas de manufactura regional)".

Cuál es la energía a la que hacemos referencia cuando pensamos en las leyes de la termodinámica y su relación con los sistemas humanos como una familia, una organización. Creemos en la energía que representa la *afectividad*, las *cogniciones*, las *acciones o conductas*, la *comunicación*, la *información*, las *creencias* y los *mitos*, las *reglas explícitas* y las *implícitas* que posee cualquier organización, la *simbología* y los *códigos*, etc.

¿Qué sucede con estas energías presentes cuando no se emplean, cuando no se las canaliza de manera correcta?

destrucción de la materia en el proceso incesante de la vida. La primera fase recibe el nombre de anabolismo y la segunda el de catabolismo.

³³ Catabolismo: conjunto de transformaciones y reacciones químicas a que son sometidos los alimentos para la obtención de energía y de las moléculas esenciales en el metabolismo intermediario.

¿Qué sucede con los sentimientos (positivos o negativos) que no se pueden expresar debidamente? ¿Qué sucede con la afectividad manifestada por otros que no podemos aceptar destinada a nosotros? ¿Qué sucede cuando esos otros generan una energía compatible con las nuestras, pero expresadas de una manera diferente de la esperada por nosotros?

¿Qué sucede con los pensamientos (positivos o negativos), con las ideas que no se pueden transformar en proyectos realizables? ¿Qué pasa con nuestras ideas y las de los otros cuando son compatibles y qué sucede cuando no los son? ¿En qué se transforma nuestra energía “mental” cuando no encontramos las formas, los momentos compartidos, los instrumentos para que sean posibles y respondan con acciones coherentes?

La energía en el proceso terapéutico cualquiera de sus formas (cognitiva, afectiva y conativa) se encuentra bien canalizada cada vez que la podemos transformar en hechos concretos propios de la terapia que permitan satisfacer los objetivos consensuados entre los consultantes y el terapeuta, cumpliendo con las metas establecidas.

El concepto de Sistema es Cibernético

- “Si uno recuerda que el Sistema es jerarquizado, tanto estructural como funcionalmente y que además, funciones y estructuras se compenentran y dependen recíprocamente unas de otras, se entiende fácilmente que ha de incluir mecanismos de regulación”³⁴.

Una familia integrada por padres e hijos pequeños posee una organización jerárquica de características diferentes que cuando éstos son adolescentes. Cuando los niños son pequeños requieren “todo” de sus padres, son dependientes en función de la alimentación necesaria e imprescindible, de la higiene que le proporcionan otros como del vestido, decisiones acerca de qué resulta conveniente de acuerdo a la temperatura ambiente y a los recursos para disponer de la comida y el abrigo necesario.

³⁴ Teoría General de los Sistemas y Cibemética. Conceptos básicos.

- “Efectivamente, el equilibrio del Sistema puede describirse en términos de retroalimentaciones (feed-backs) reiterativas (negativas o positivas)³⁵.

Las respuestas que obtienen los adultos acerca de la satisfacción o no de las necesidades planteadas por los niños representan la retroalimentación que informa acerca de la efectividad de las acciones emprendidas. Las acciones entre las personas deben ser consideradas como la respuesta que ofrece uno de los miembros a la propuesta realizada por otro. En una pareja la acción de uno de los miembros genera otra acción que le resulta complementaria, si alguien recibe una “mala respuesta” debería plantearse como ha sido formulada su propuesta. Es posible que lo dicho, como fue expresado, el momento en que ello fue planteado sea generador o facilitador de una respuesta no adecuada, por no esperada.

Conocer esta propiedad y los efectos posibles ante otros seres significativos, nos debe hacer pensar que el cambio puede ser gatillado desde nuestra propuesta que deberá ser diferente y adecuada a la respuesta obtenida. Cuando consideramos el concepto cibernético de los sistemas facilitamos la posibilidad de las autocorrecciones.

- “Los conceptos de la Cibernética tienen también que ver con la idea de que las estructuras del sistema, son básicamente sistemas de información mantenidos en estado de estabilidad dinámica. El mantenimiento de las estructuras corresponde al de la variedad interna del sistema (Ashby) y es necesario para salvaguardar su capacidad para resistir agresiones provenientes del entorno y potencialmente destructoras del variado orden interno. Según la fórmula de Ashby, puede lucharse mediante las reservas de variedad interna (principio de la necesidad de redundancia de aplicación directa en informática).
- Todo lo anterior implica la posibilidad de estudiar y describir el Sistema en términos de Cibernética general. Pero es siempre muy importante

³⁵ Retroalimentación: por razones de parentesco conceptual, las nociones de “reacción”, Retroacción”, “realimentación” y retroalimentación” han sido agrupadas. Proceso automantenido en el cual el egreso ejerce acción de retorno sobre el ingreso. La retroalimentación es indispensable, en todos los casos, para la aparición de la regulación. Es negativa cuando el egreso del proceso ejerce un efecto de reducción sobre el ingreso. Es positiva cuando el egreso del proceso un efecto de amplificación sobre el ingreso. Tomado de Diccionario de la Teoría General de Sistemas y Cibernética. Conceptos y términos. GESI AATGS y C. Buenos Aires. 1992.

cuidar el pasaje de la Cibernética general a lo que se podría llamar la "cibernética conversada", ya que las deformaciones simplistas se introducen con gran facilidad en el lenguaje cotidiano”.

El concepto de Sistema es *Prospectivista*³⁶

- El sistema, en su doble aspecto estructural y funcional, se presta a ser descrito en algún momento en su forma estática "*de ese momento*". También admite un estudio coordinado de sus variaciones y sus transformaciones a través del tiempo. Permite por lo tanto la previsión.
- Esta noción tiene que ser aceptada con varias reservas:
 - La relación del sistema con su entorno tiene que conocerse con suficiente precisión (caso contrario el sistema puede reaccionar de manera imprevisible frente a un estímulo imprevisto).
 - La estructura y el significado funcional del sistema tienen que ser lo suficientemente conocidos para evitar errores acerca de la verdadera naturaleza del sistema, y la imposición de modificaciones mal planificadas y finalmente nocivas.
 - Se necesita saber de manera precisa si el sistema está en crecimiento, en estado de estabilidad dinámica, o en fase de autodestrucción.
 - La falta de estos conocimientos o las extrapolaciones (si se hacen) son riesgosas. Hay numerosos ejemplos de tales extrapolaciones y equivocaciones en la práctica”.
- El objetivo general del estudio del Sistema es *la modificación de sus estructuras y sus comportamientos*. Esto es sumamente peligroso si el sistema es insuficientemente conocido, porque puede generar una desorganización parcial o total del sistema y hasta su destrucción (J. Forrester). El presente párrafo da la razón fundamental del estudio del concepto de Sistema.

³⁶ Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Conceptos básicos.

La semántica del concepto de Sistema³⁷

“Sería una gran ilusión creer que nuestros modelos son necesariamente fieles, correctos y utilizables sin restricciones ni controles. Muchos problemas y unos cuantos grandes desastres han tenido sus orígenes en un modelo falso de la realidad. En efecto, como señala Stafford Beer, “el modelo interviene entre el decidor y la situación”. En caso de ser deformante, el modelo deforma tanto la apreciación de la situación como la acción del decidor. Es por lo tanto muy importante poder apreciar correctamente el grado de fiabilidad de los modelos. Su isomorfismo total con el sistema real es imposible. Pero además su homomorfismo es por lo general mucho menor de lo que se cree”.

“Otro problema que surge con los modelos es que la gente se acostumbra a manipular el modelo, creyendo que manipula la realidad o al revés, (cfr. Korzybski: El mapa no es el territorio). Este error muy común se traduce pronto por una pérdida total o parcial del control de la situación.

Otra dificultad muy grande es el malentendido sobre el poder verdadero de nuestras intervenciones. El hombre se nutre de la ilusión de que es todopoderoso y puede modificar cualquier sistema a su gusto. En general se producen retroalimentaciones no siempre previstas y más importantes, cuanto más demora en actuar. Un peligro muy grande en este sentido es la introducción en el sistema que pretendemos manejar, de una realimentación positiva o negativa sin compensación, capaz de destruirlo por una acción persistente no compensada.

En la consulta es frecuente advertir este aspecto. Cuando nos relatan y describen cómo creen que se ha formado el problema que los trae a la consulta, dado que mantienen su criterio para la búsqueda de soluciones que en la práctica han fallado. Los terapeutas también caemos en el mismo error de creer que nuestras intervenciones son “brillantes e infalibles”.

³⁷ Teoría General de los Sistemas y Cibernética. Conceptos básicos.

Siempre puede existir una diferencia entre lo que el terapeuta dice y lo que consultante escucha, entre lo que escuche y entiende, por lo que lo que creemos que ha sido una buena intervención para el terapeuta no lo es para el paciente, o su familia. Este fallo puede ser el resultado de no haber considerado adecuadamente el sistema.

En su video sobre Paradigmas Joe Baker³⁸, nos ilustra con varios e impactantes ejemplos de qué sucede cuando confundimos una ilusión con la realidad. De cómo nuestro paradigma nos impide comprender la realidad presente ante nuestros ojos.

El manejo de la noción de sistema

Para quienes empezábamos a pensar en la familia como unidad de abordaje, en la década de 1970, nuestra llegada a la Facultad de Psicología de la Universidad de la Universidad del Aconcagua, tuvo por objeto mostrar, transmitir e instalar una mirada amplia que abarcara a nuestro consultante, a la familia que lo rodea y a la red social, frontera de la práctica sistémica, como bien titula el libro de Carlos Sluzki.

La noción de sistema como³⁹

- La condición previa al uso adecuado de la noción de Sistema es la adquisición de una visión sistémica, o sea no reduccionista. Esto implica considerar al mundo real no sólo como un inmenso agregado de fenómenos sencillos y lineales, sino también como un conjunto de organismos y entidades complejas e interrelacionadas. En otros términos, hay que introducir además del estudio individual de los fenómenos, la consideración de la complejidad organizada en sí.
- El contenido de la visión sistémica podría sintetizarse en una primera aproximación en la forma siguiente:
 - Percepción de la naturaleza de entidad del sistema. O sea de su identidad, claramente distinta del resto del universo. Así se llega a distinguir al sistema, dentro de su entorno. El entorno del sistema

³⁸ Baker, J. Tomado del video basado en el libro *Discovering the Future: The Business of Paradigms*

³⁹ La noción de sistema. Boletín de la Asociación Argentina de teoría General de Sistemas y Cibernética.

es el universo entero, pero sólo es realmente significativa la parte del universo con la cual mantiene intercambios de cierta importancia y de manera más o menos frecuente.

- Reconocimiento de la funcionalidad propia del Sistema y de la naturaleza de su originalidad respecto del entorno. Esto implica poder contestar las siguientes preguntas:
 - ¿Qué hace la entidad?
 - ¿Qué produce?
 - ¿Cuáles son sus metas?

Por otra parte, es también importante tratar de definir con claridad, en qué difiere específicamente el orden interior del sistema del orden que reina en el entorno. Por ejemplo, en un mamífero, hay una regulación interna de la temperatura que le garantiza la homeotermia, pese a las variaciones amplias de la temperatura en su entorno.

- Apreciación correcta de la dependencia del Sistema. Respecto al entorno y de la naturaleza precisa de esta dependencia. Sería un error confundir la noción de autonomía con la muy distinta, de independencia. Todos los sistemas son autónomos, o sea se manejan según leyes internas propias. Pero esto se cumple sólo hasta cierto límite. La independencia absoluta implicaría la ausencia, también absoluta, de intercambio con el entorno y se trataría evidentemente de un caso puramente teórico.
- Percepción y entendimiento de la complejidad interna del sistema y de la organización de esta complejidad. El sistema se compone de numerosos elementos organizados en grupo (o subsistemas). Cada grupo tiene por lo general una estructura y una funcionalidad propia y constituye a su vez un sistema, cuyo entorno inmediato es el sistema del cual es parte. La complejidad tiene aspectos estructurales y otros funcionales.
- Por otra parte se manifiesta por interrelaciones en un mismo nivel entre sub- sistemas que colaboran directamente o de un modo antagónico. Además existe una complejidad jerárquica, por la cual

niveles superiores de organización se constituyen a partir de las oposiciones en los niveles inferiores y las controlan.

- Descubrimiento de los caracteres dinámicos del sistema. Entre estos han de señalarse en particular:
 - Su carácter generalmente no lineal y las discontinuidades bruscas que suelen manifestarse en sus transformaciones.
 - Su capacidad de transformación y las modalidades por las cuales se manifiesta.
 - La estabilidad dinámica que suele mantener durante períodos largos (en escala de su propia duración).
 - Su carácter transitorio (equivalente en las ciencias biológicas a "mortal").
- A partir de esta visión sistémica, o si se quiere, de esta capacidad de concebir representaciones complejas, es posible llegar a una metodología ordenada para el estudio de los sistemas. Responde, en una primera aproximación, a la siguiente secuencia de preguntas:
 - ¿Existe en el campo de la investigación una entidad claramente identificable dentro del entorno global?
 - ¿O eventualmente varias?
 - ¿Cuáles son sus límites?
 - Estas preguntas llevan también a definir el entorno significativo. Ejemplos:
 - una tribu arcaica en su medio ecológico.
 - una célula en un órgano.
 - una placa en el conjunto geológico planetario.
 - una personalidad en un grupo social.
 - una empresa en su marco económico.

¿De qué manera diferencia el sistema de su entorno?⁴⁰

- ¿Cómo pueden definirse su funcionalidad y su originalidad propia?
- ¿Qué produce?
- ¿Cuál parece ser su finalidad?

Las respuestas a estas preguntas pueden ser muy difíciles de encontrar, o al contrario, llegar a parecer obvias. Pero aún en este último caso no es prudente darse por satisfecho con demasiada facilidad porque las apariencias superficiales pueden engañar.

¿Cuáles son las condiciones realmente básicas de la permanencia del sistema en el entorno?⁴¹

Algunas de estas condiciones son extrínsecas y otras, intrínsecas. Pero ambas clases tienen finalmente que ver con el equilibrio del sistema con su entorno.

¿Cuáles son los límites de estas condiciones?

Esta pregunta queda muchas veces sin formular porque en sistemas estables, durante mucho tiempo, no parece tener importancia. Pero eso suele ser un error costoso, ya que el sistema puede encontrarse peligrosamente cerca de sus condiciones límites de existencia, sin que se sepa.

Existen otras condiciones limitativas de la actividad del sistema, ya sean efectivas, ya sean latentes.

¿Cuál es la organización interna del sistema?

¿Cuáles son sus estructuras y subestructuras?

¿Cuáles son sus funciones principales y subordinadas?

¿A qué función corresponde cada estructura?

Estas preguntas constituyen un desarrollo del clásico problema cibernético de la "caja negra". Se trata de observar las reacciones del sistema a los estímulos que

⁴⁰ La noción de sistema. Boletín de la Asociación Argentina de teoría General de Sistemas y Cibernética.

⁴¹ Ibidem

recibe del exterior, pero cuidándose bien de la introducción de razonamientos excesivamente simplificadores. Por ejemplo, el sistema puede llegar a reaccionar en forma distinta ante dos estímulos sucesivos iguales, por diferencias en algunos de sus estados internos. En consecuencia, hay que desconfiar de las generalizaciones y conclusiones apresuradas.

¿Cuál es la escala de duración normal del sistema?⁴²

Sabemos que un insecto vive un promedio de dos años y un hombre, setenta años. Cada sistema tiene su ciclo de vida. Es importante para el establecimiento de la cronología general del sistema. Y este tipo de pregunta queda abierta a la investigación metodológica en caso de sistemas económicos (empresa), políticos (partidos, naciones), sociales (instituciones, asociaciones) o culturales (ideologías, civilizaciones).

¿Cuáles son sus transformaciones?

¿En qué momento de su existencia ha llegado? Por ejemplo, el crecimiento es biológicamente normal y hasta un límite definido, pero se torna patológico más allá de este límite.

¿Cuáles son sus niveles y en qué plazos se manifiestan?. El conocimiento de estos límites permite juzgar la sanidad o el estado patológico del sistema.

¿Tiene el sistema transformaciones discontinuas?

¿En qué condiciones y de qué tipo?

Aunque la investigación de estos puntos sea difícil, es de gran importancia para la comprensión y la previsión de disturbios y catástrofes imprevistas. La metodología sistémica general está aún en pleno desarrollo y no existen todavía métodos y modelos muy seguros para el tratamiento de algunos de estos problemas. Sin embargo, se avanza.

⁴² La noción de sistema. Boletín de la Asociación Argentina de teoría General de Sistemas y Cibernética.

Propiedades de los sistemas.

Límites

Para poder realizar la descripción de un sistema debemos convenir que éste se encuentra en el marco que le dan los alcances que le reconoce como tal el observador.

Totalidad o coherencia

Se llama a así a la propiedad que poseen los sistemas por la cual el cambio de una parte del sistema promueve el cambio del resto de las partes del sistema, se dice que el sistema se comporta como "un todo" o se comporta en forma "coherente".

Independencia o Sumatividad física

Sería el otro extremo de la propiedad mencionada, se relaciona con las partes o conjunto de partes que se encuentran muy poco o nada relacionadas. Un cambio en algunas de estas partes no conlleva un cambio en las partes no relacionadas. Es muy importante darse cuenta de que no se trata de dos propiedades, sino que resultan los extremos de una misma propiedad.

En la bibliografía se emplea el término *sistema* para hablar de aquellos sistemas que tienen un cierto principio de totalidad, reservando las palabras *montón* o *complejo* para describir un conjunto de partes que son mutuamente independientes.

Segregación progresiva

En la mayoría de los sistemas observados se puede describir esta característica que se relaciona con las anteriores, ya que se conoce por *segregación progresiva* al pasaje o transición gradual desde la totalidad a la sumatividad".

Se conocen dos tipos de segregación progresiva:

- El primero podría ejemplificarse con la "vejez" en la cual es como si por el paso del tiempo, algunos mecanismos o funciones del organismo dejasen de funcionar como lo hacían en épocas de juventud.

- El segundo se ejemplifica con el "crecimiento". Ya que un sistema cambia con tendencia a incrementar la división en subsistemas y estos a su vez en sub-subsistemas de diferenciación de funciones. Es una característica de los sistemas que comprenden un sistema creativo o en procesos evolucionantes o desarrollistas.

Sistematización progresiva

Se llama así al proceso en el cual el cambio se produce desde la independencia hacia la totalidad. Puede ser o consistir en el fortalecimiento de relaciones entre partes previamente no relacionadas (red telefónica).

Es importante destacar que tanto la sistematización progresiva como la segregación progresiva se pueden encontrar actuando de manera simultánea. O bien pueden hacerlo en forma secuencial, una primero y luego la otra de manera indistinta.

Centralización

En un sistema puede existir una parte, un elemento o subsistema que juega un rol mayor o dominante en el operar del sistema. Podemos decir que se trata de la "parte conductora", y que el sistema está centrado alrededor de esa parte. Tanto la segregación progresiva como la sistematización progresiva pueden estar acompañadas de "centralización".

Los usos de la noción de sistema⁴³

La noción de Sistema sirve para el estudio de las situaciones complejas que generalmente se perciben a primera vista como situaciones complicadas, confusas y enmarañadas. Resulta útil cuando es necesario llegar al entendimiento de varias entidades de grandes dimensiones, con respecto de los numerosos elementos que las constituyen. En estos casos, el conocimiento de los elementos individuales o de las

⁴³ La noción de sistema. Boletín de la Asociación Argentina de teoría General de Sistemas y Cibernética.

relaciones que los unen de manera biunívoca y fuera de su contexto general, no son un sustituto valedero.

- Básicamente, el concepto de sistema se orienta a describir la complejidad estructural y dinámica según una metodología general ya definida (ver Glosario), y al uso de métodos especiales que van perfeccionándose.

La complejidad estructural se reconoce bajo dos formas distintas que, simplemente, llamaremos "horizontal" y "vertical", aunque sea ello una simplificación excesiva.

La *complejidad horizontal* se da en un mismo nivel espacial y se refiere a organizaciones o estructuras interrelacionadas bajo el "control de un control" o poder de decisión, ubicado en un nivel de orden superior.

La *complejidad vertical* se refiere al escalonamiento jerárquico de las estructuras y organizaciones de control o mando.

- El otro aspecto esencial del sistema es su carácter dinámico y la naturaleza de estos dinamismos, que se encuentran interrelacionados de manera compleja tanto "horizontal" como "verticalmente". Presentan además características que los diferencian de los sencillos dinamismos de los fenómenos aislados de su contexto. Estos son por lo general lineales o reducibles a lineales, ya sea porque obedecen a un determinismo monocausal clásico, ya sea porque sumados (pero no interconectados) ofrecen regularidades de origen aleatorio.

Los sistemas, al contrario, manifiestan dinamismos interactivos (no siempre continuos ni unívocos) que suelen presentar regularidades cíclicas, pero también rupturas bruscas que llevan a mutaciones estructurales y funcionales.

- He aquí un censo breve e incompleto de las disciplinas en las cuales aparecen sistemas complejos, que pueden llegar a modelizarse a partir de la noción de sistema.
 - Astronomía y cosmología.
 - Geografía y geología.
 - Climatología y meteorología.

- Ecología.
- Biología.
- Demografía.
- Psicología.
- Antropología cultural.
- Lingüística.
- Historia.
- Economía.
- Sociología.
- Prospectiva.

Segundo recorrido posible

Lo hacemos de la mano de Alejandro Gagliardi, Docente Adscripto de la Cátedra de Tratamientos Psicológicos de la Universidad del Aconcagua en los años 1989 y 1990. Escribía:

Contexto epistemológico del sistema

Proponer este modo no es por antojo. Responde a que el surgimiento de los sistemas en el pensamiento científico no obedece principalmente a la aparición de una teoría sobre **algo**, sobre una **cosa**, sino que es el resultado de un *cambio epistemológico*.

Sistema no es el nombre de una cosa, de un fenómeno, ni de una idea. Es el nombre de una forma de pensar las cosas, incluso las ideas.

La noción de sistema ha estado latiendo en la biología, la sociología, la química, pero sin ser puesta como objeto de elaboración. Esto no sucede hasta el año 1928 en que Ludwig Von Bertalanffy elabora una Teoría General de los Sistemas.

A partir de allí la noción de sistema se expande progresivamente a todos los rincones del saber; y a su vez *por* y *en* esto mismo comienza a evolucionar. En sus comienzos, el modelo de sistema poseía características de tipo “ingenieril”: caja negra, con entradas y salidas. Luego, a fin de poder describir con mayor precisión lo que sucede en los organismos vivos, en los que el cambio es permanente, el modelo de sistema crece e integra las autorregulaciones y los cambios de estado. Actualmente, la noción de sistema revela su necesidad medular en el conocer y a su vez, sus insuficiencias.

Al decir de Edgar Morin: *“qué terrorífica pobreza la de no percibir en un ser vivo más que un sistema. Pero qué tontería no ver allí también un sistema”*.

Siendo conscientes de que estamos simplificando, esquematizaremos como proposiciones opuestas a aquellas de las cuales se diferencia el **pensar sistémico**.

Si el lector se predispone a ver las proposiciones no tan sólo como opuestas y antagónicas, sino también como concurrentes y complementarias a la vez, habrá dado un paso en la dirección del mencionado pensar sistémico. A su vez, cuando nombremos cada paso epistemológico es bueno pensarlo no como el simple pasaje de un lugar a otro, sino como la puesta en movimiento sobre un eje señalado, la dinamización que comparta una dirección.

Primer Pasaje: Del Objeto al Sistema

En ciencia clásica, el objeto es su núcleo fundacional, su razón de ser y su destino. Esta visión de objeto existe en forma positiva, independiente del observador y de su entorno. Es sustancial. Constituido de materia que tiene plenitud ontológica. Autosuficiente en su ser. El objeto es una entidad cerrada y distinta que se define aisladamente en su existencia, en sus propiedades y caracteres.

El sistema y el concepto de sistema, comienza a ocupar el lugar del objeto, surge en y por la relación y la dependencia, y con el observador y el entorno. Es la expresión de relaciones internas y externas, se resiste a la reducción de elementos. No es autosuficiente sino que es siempre insuficiente.

Segundo Pasaje: Del Reduccionismo al Integracionismo

La visión reduccionista del mundo promete que todo objeto fenoménico (entiéndase una célula, un átomo, usted, yo, su familia) compuesto, puede y debe ser analizado y descompuesto en elementos más simples, los cuales detentarán las propiedades fundamentales del objeto observado (entiéndase las proteínas, el inconsciente, el lenguaje, la estructura, respectivamente). Entonces, todo objeto se puede definir a partir de las leyes generales a las que está sometido y rigen las combinaciones de las unidades básicas que hacen a la construcción del todo, con lo cual toda referencia a la organización del objeto es sólo accesorio, y quedan excluidas las referencias al entorno.

El sistema reclama, impone, supone integración del entorno, del observador, de las partes con el todo; del todo con las partes; de las reglas con el proceso; de la estructura con la función. Sobre todo, define la imposible desintegración de la cualidad de la emergencia fenoménica, de una totalidad por sus partes, tanto sea para la inteligencia como para la praxis de y con un fenómeno.

"El todo es más que la suma de las partes", frontera y cachiporra fraseada para con el reduccionismo que, como toda noción elucidante *en* y *al* principio, puede volverse un dogma embrutecedor; como ya le ha sucedido a quienes en aras de un holismo integrador, no hacen más que reducir todo al todo, sin más. Por lo que su discurso sólo expresa su más radical pertenencia a aquello de lo cual pretende diferenciarse, en suma, una confesión *velada* de ignorancia.

El todo no es más en sentido cuantitativo, sino *por su virtud de emergencia nueva y diferente*. Nueva y diferente no en un sentido aislado, sino como fenómeno nuevo fundado *en* y *por* la relación y la organización de sus partes.

Tercer Pasaje: Del Aislamiento a la Relación

El objeto surge, se mantiene y se materializa como producto de una permanente operación de aislamiento, llevado al paroxismo en el método experimental clásico, en el cual cuanto más delimitado, acotado y aséptico el resultado, más valor de ciencia tiene.

Este proceso es como una ley omnipresente, como un eco que resuena en cada rincón, en cada manifestación. En el saber de nuestra cultura y sus manifestaciones, los compartimentos estancos están por doquier. Una misma

realidad se halla tan fragmentada y cada fragmento es tan suficiente y orgulloso de sí, por pretenderse y quererse explicativo de todo. Cada disciplina, cada método y práctica comparten las virtudes del objeto-Rey, incluso cada persona y su psiquismo, sus conductas, su inconsciente y sus síntomas.

Pensar en sistemas supone pensar en relación, en unión, en interrelación.

Supone un saber el mundo *en* y *por* la relación.

Supone saber el saber *en* y *por* la relación.

Supone saber la relación *en* y *por* la relación.

Supone saber un mundo imposible *fuera* y *sin* la relación.

Supone un saber ignorante *fuera* y *sin* la relación.

Supone saber una relación mentida *fuera* y *sin* la relación.

El aislamiento no sólo margina disciplinas, personas o prácticas, sino que se aísla a sí mismo en su práctica. De allí surge la ciencia pura; la investigación pura, distante, superior, luminosa, dominante, sin mácula, blanca.

Cuarto Pasaje: De la Abstracción a la Concreción

La ciencia clásica en su camino, sigue la dirección desde el mundo concreto, bajo, sensible, sentimental, sucio, accesible a cualquiera; hacia las alturas de la abstracción, límpida, formal, inteligible sólo por *mentes inteligentes*. La ciencia puede ser legislante, histórica y eviscerada. Cualquier fenómeno puede ser abstraído hacia un rasgo fundamental unívoco que lo define y gobierna en su totalidad.

Los sistemas, a partir de una Teoría General de los Sistemas, han seguido una deriva hacia la apropiación de sí mismos en lo concreto.

El sistema se estudia, se ve, se cree, se practica en lo concreto; en el átomo, en el ecosistema, en la familia, en el artefacto.

Quinto Pasaje: De la Cantidad y el Número a la Cualidad y la Pauta

Mientras en un modelo la pugna surge por la consecución de un valor numeral, que en su avance desea medir todo, reducirlo todo a cantidades, matematizar todo; en la dimensión de los sistemas se abre la otra puerta hacia la cualidad, irreductiblemente resistente y rebelde a ser reducida y expresada a través de una cifra. Es por eso que puede acercarse a la comprensión de lo vivo, de la poesía, del humor, de la comunicación, observando pautas y pautas de pautas en eterna danza.

Sexto Pasaje: De la Causalidad Lineal a la Causalidad Circular

En los sistemas aparece algo nuevo que rompe e integra a la vez, la relación lineal y simple, causa efecto. En los sistemas, las causas se vuelven sobre sí mismas con el producto de sus efectos. Los efectos son necesarios, nutrientes, causales de las causas. Aparece la recursión, que es proceso, circuito, rotación, ciclo. No es forma trazada y definida, sino autoformación que se autotrazo y autodefine. *De* y *en* la recursión surge la regulación que en sí, comporta la retroalimentación, ubicada en la base de los procesos de estado estacionario, y en procesos y órdenes de recursión más complejos como la homeostasis.

Séptimo Pasaje: De la Objetividad al Constructivismo

Probablemente al lector que comience a incursionar en estos temas le quede la impresión de que la objetividad no es algo bueno y que constituye un error. Y en gran medida lo es, y lo será en tanto que quien la pretenda, la proponga como valor de verdad, “hipostasiada”, independiente del sujeto y de los sujetos. De una creencia tal se podría afirmar que los sistemas existen realmente y sólo en lo concreto. Si reaccionáramos contra esto, concluiríamos en que el sistema sólo está en la cabeza de quien lo piensa, es idea pura, responde sólo a las categorías del entendimiento y la cultura del observador.

Pero, si no se puede decir que un sistema está en lo concreto, que existe allí afuera objetiva e independientemente de quien lo observa. Tampoco es válido afirmar que no está en absoluto en la realidad; y no se puede afirmar taxativamente que un sistema sólo cobra existencia en la cabeza de quien lo piensa; ni tampoco que

el pensamiento del observador es irrelevante en la existencia del sistema... Entonces, ¿qué clase de cosa es un sistema?

El sistema surge de una doble determinación. Hunde sus raíces en lo más profundo de lo *físico*, con sus condiciones de producción y de existencia por parte de lo observado, un sistema es siempre irreductiblemente físico. Y simultáneamente (incluso en aquellos sistemas que parecen fenoménicamente más evidentes, como una máquina, una persona, una familia), depende innegablemente, “inobviablemente”, de un *observador*.

Observador que inocultable e inevitablemente traza una distinción. Distinción que le permite hacer una descripción que jerarquice, destaque y torne en figura al sistema, en relación con un fondo polisistémico. Es el observador, en el acto de trazar una distinción, quien (en una realidad compleja, polisistémica, donde pululan los unos con los otros, los unos sobre los otros, los unos entre los otros, formando megasistemas, subsistemas, sistemas de sistemas, ad infinitum) convoca al sistema observado, para mantener una relación que (fría, racional, o no) será seguramente íntima. Que será fecunda y quedará preñada, dando a luz conocimiento, consecuencias, y praxis, o no. Pero a pesar de todo, los implicados no seguirían siendo los mismos durante la relación, ni aún después. Conformarán ambos un sistema observador - observado.

Al decir de Edgar Morin sobre la relación del sujeto y lo observado “...*el corte sistémico puede ser: o bien un mal trinchamiento del universo fenoménico, que será desplazado en sistemas arbitrarios; o bien, por el contrario, el acto del carnicero hábil que corta su vaca siguiendo el trazado de las articulaciones. La sensibilidad sistémica será como la del oído musical, que percibe las competencias, simbiosis, interferencias, encabalgamientos de temas en el mismo flujo sinfónico, allí donde el espíritu torpe no reconocerá más que un sólo tema rodeado de ruido*”. Esto significa estética, arte en el corazón de la ciencia, antes sin corazón.

Acudiendo a una distinción trazada por Varela y Maturana, al pensar en sistemas es conveniente mantener una buena **contabilidad lógica**, teniendo en cuenta los tres dominios fenoménicos que surgen al describir sistemas:

- Podemos hablar de lo que sucede dentro del sistema, como sistema autónomo, prescindiendo de la referencia al entorno. Esto supone basarse en la organización, reorganización, producción de sí, identidad. Se las llama definiciones operacionales.

- Podemos hablar de lo que sucede entre sistemas, subsistemas y partes. Comunicación, entrada-salida-complementariedad, transferencia, corresponden a este dominio y se las llama definiciones simbólicas.
- Es el dominio del observador, el que requiere una descripción de las distinciones que traza el observador. Precisa un conocimiento de segundo orden, es decir del conocedor.

Trazar distinciones no sólo sirve para hacer descripciones, sino que tiene consecuencias pragmáticas, palpables. Basta decir para ejemplificar este punto que si yo creo que poseo la verdad, o que mi verdad es más verdad que la suya, luego yo tengo razón. Luego Usted está equivocado. Luego yo soy superior, luego, usted es inferior. Luego yo sé qué debe hacerse, luego usted es ignorante. Luego yo hago bien, luego usted hace mal; luego yo estoy del lado del bien, luego usted del lado del mal. Luego usted es peligroso, debe ser controlado, sometido, por qué no anulado. Si yo me basto solo... lo vivimos con crudeza, en el pasado... y en el presente.

Ahora la ética, relegada por años a los claustros de las facultades de filosofía o al ámbito de las discusiones intelectualizantes, circula por cada vena del conocimiento. Todo lo dicho tiene una epistemología, como afirmó Bateson. Implica distinciones trazadas y consecuencias sentidas, trazadas por alguien, por un sujeto; siempre hay un sujeto responsable.

Por el camino de los sistemas comienzan a unirse, o reunirse:

- Conocimiento – Acción.
- Ciencia – Praxis.
- Estética – Ética.
- Arte – Responsabilidad.

Pasaje Abierto

Del autor al lector.

Del lector a los sistemas.

De los sistemas al conocimiento - acción.

Podrían seguir trazándose muchos otros pasajes: de la razón al conocimiento; del orden y la estructura a la organización y el proceso; de la centralización al policentrismo; de la simplificación a la complejidad.

Creemos que es una buena propuesta para quienes va dirigido este escrito pedirles que acentúen esta tendencia, *que busquen, que conozcan, reconozcan, recreen y creen (si es que creen que se puede recrear). Reconocer, conociendo, que la búsqueda es tendencia, que es dirigida y dirige la creencia; que el conocimiento es acción.*

Hasta acá el trabajo de Alejandro Gagliardi, nosotros manteniendo el estilo metafórico de pasajes y caminos, creemos que **el sistema es vehículo y camino.**

Como camino es lo que hemos desarrollado, pero la noción de sistema no sólo debe llevarnos sino que debe ser conducida. Ha de ser como una nave variable en su tamaño, que nos permita circular entre los átomos y dentro de ellos, viajar por la sangre y los órganos de un mamífero, llegar a una familia, ir por las calles de una ciudad o viajar hacia alguna estrella cercana para tomar un aperitivo, antes de lanzarnos a otra galaxia.

Y en este vehículo debemos estar atentos tanto a lo que sucede afuera como a lo que ocurre dentro, a lo que sucede al vehículo, como a lo que le sucede y hacemos nosotros en relación con el vehículo y lo que está afuera. Pero por sobre todo no debemos distraernos, y en la distracción olvidarnos de que el sistema es ni más ni menos que un camino, un medio; que como tal sirve para transportarnos y transportarlo, transitándolo.

Necesita nutrirse, como lo hace, de otros saberes (como la cibernética, la teoría de la información) a quienes a su vez nutre. El sistema como vehículo no único e insuficiente, pero sí necesario, nos lleva a un lugar. Y nos permite conocerlo, pero conocerlo cabalmente requiere no sólo recorrerlo palmo a palmo con el vehículo, sino también bajarse de él, abandonarlo sin perder su referencia, para pisar la tierra, tocarla, olerla, oírla, sentirla, intentar aprehenderla en su propia genuinidad, en su propia irreductibilidad salvaje a ningún esquema, concepto, idea o principio, en ese flujo permanente e inseparable entre conocimiento y acción.

Sabemos lo árido que resulta para estudiantes y/o profesionales de la salud, la educación y las ciencias sociales adentrarse en temas aparentemente “poco

humanísticos”, pero sabemos que la Teoría General de los Sistemas es de trascendente utilidad para repensar los temas que a estas disciplinas les conciernen, y que superado el escozor inicial, y una vez ampliada la mirada, la visión no vuelve a ser la misma.

Al sistema lo podemos poner en primer o en segundo plano, puede ser el foco de nuestra observación, o bien lo podemos considerar como el telón de fondo, de lo que estamos cada vez más persuadidos es que no lo podemos dejar de considerar.

Jorge Fernández Moya

CAPÍTULO 3

CONSTRUCTIVISMO

CAPÍTULO 3

CONSTRUCTIVISMO

La manera de ver el mundo deriva parcialmente de las distinciones que trazamos en él. Es como si con nuestra mano dibujáramos bocetos en nuestra retina. Este proceso es recursivo: uno dibuja lo que ve y ve lo que dibuja.

Bradford Keeney⁴⁴

Cibernética y epistemología

Marcelo Pakman⁴⁵ comenta que en el ámbito sistémico se ha hecho frecuente el uso del término epistemología con diferentes sentidos. Estos tienden a generar confusión. Pero la misma se aclara si discriminamos los diferentes sentidos:

- Uno de los usos del término epistemología hace referencia al estudio acerca del modo en que se responde (implícita o explícitamente) a las preguntas sobre el *conocer* (lo cual va siempre asociado a algún modo de responder las preguntas sobre el ser). Se puede estudiar esto en teoría, y también en prácticas humanas de diferentes campos (familia, personas, sociedad, institución).

⁴⁴ Keeney, B. (1987). Estética del cambio.

⁴⁵ Marcelo Pakman es un prestigioso terapeuta familiar argentino radicado desde hace muchos años en EEUU. Ha sido Vicepresidente de AFTA (American Family Therapy Academy).

- El otro uso frecuente del término sirve para designar no ya el estudio de esas respuestas, sino el resultado de ese estudio. Es decir a las respuestas mismas. En este sentido es que se dice que una teoría, familia, persona, sociedad, institución tiene una epistemología. Este uso puede reconducirse históricamente a la afirmación de Gregory Bateson: “**Todo el mundo tiene una epistemología y el que dice que no, tiene una muy mala**”.

La epistemología batesoniana cuestiona a aquellas epistemologías que no se reconocen a sí mismas, como *una* entre varias posibles. Esta es una de las características fundamentales de la epistemología implícita en el modelo Sistémico – Cibernético, es cuestionador de epistemologías, incluida ella misma.

¿Cómo llegó a configurarse como tal, esta epistemología? La Cibernética no nació como una epistemología. La epistemología fue la cosecha de la cibernética, a la cual se llegó como producto de su evolución.

La cibernética comenzó como una disciplina que estudiaba la comunicación en sistemas biológicos, sociales y artificiales. Como tal se ocupaba del mundo de la información, esa información opera en sistemas físicamente encarnados de diferente modo, y permitió entender la continuidad entre los sistemas biológicos y sociales.

Otro concepto fundamental de la primera época fue el de circularidad o recursividad. En todos los sistemas considerados había receptores y efectores, pero había además sensores que comunicaban a los receptores el estado de los efectos y esta información introducía una diferencia en el operar futuro del sistema, orientada a corregirla. Receptores y efectores estaban causalmente enlazados, en su operar, en forma circular.

El sistema operaba con un **propósito** o **meta**. La historia de cambio estructural del sistema importaba en el operar del mismo y fijaba rumbos a sus futuras operaciones.

Circularidad, propósito y determinismo histórico

Son nociones que se agregan a la idea de **información**, como conceptos centrales para el punto de vista sistémico – cibernético. También la **impre-****dictibilidad** ocupa un lugar en la epistemología emergente. Dicha impre-

fija, pero no puede establecer los caminos para lograr esas metas, ellas son aleatorias.

La aplicación de estos modelos en los campos social y biológico permitió comenzar a comprender los sistemas auto-organizadores y en particular una característica peculiar de ellos: su autonomía. Los sistemas auto - organizadores están formados por elementos en flujo permanente, circularmente enlazados entre sí, que generan como emergente a nivel global, un patrón estable reconocido como sistema autónomo. Así, un organismo mantiene su identidad aunque y porque hay un flujo permanente de componentes moleculares. Asociado a esto, se encuentra una concepción de la estabilidad del cambio, también como elementos complementarios y mutuamente determinados (en relación recursiva, donde ninguno de ellos es el fundamento del otro).

Junto con todas esas nociones vino la valorización del azar, como fuente para seleccionar nuevas alternativas. Los sistemas organizadores se alimentan de lo aleatorio.

Hasta este momento, la epistemología emergente en la cibernética era una epistemología de sistemas observados. Aún se mantenía el concepto de objetividad, corriente a las disciplinas científicas clásicas, en las cuales el observador no debe formar parte de sus observaciones para evitar confusión, falta de riesgo y paradojas.

Una evolución en el seno de la cibernética es la que llevó al planteo de una nueva lógica. Esta evolución estuvo relacionada con una extensión del concepto de circularidad, que dejó de ser parte sólo de los modos de enlace causal en el sistema descripto independientemente del observador, para ser una forma de estar, incluyendo al observador como participante que describe el sistema.

Cuando se llevó adelante la concepción de la inclusión del observador, y se aceptó que las nociones de organización, sistema, ambiente, orden, estabilidad, cambio, que antes se pensaban como propiedades de los sistemas observados, se podían asumir como dependientes del observador, surgió la necesidad de dar cuenta cibernéticamente no sólo de los sistemas observados, sino de los sistemas que observan.

Todo sistema o grupo de sistemas vivientes observados, lo son por otro sistema viviente. La circularidad funciona allí en el sistema observado, en el observador y entre ambos. En el observar del observador es fundamental el lenguaje.

Con este se inició la cibernética del lenguaje, parte de la cibernética que llegó a llamarse de segundo orden, como contrapuesta a la del primer orden del primer período.

Todo observador al observar un sistema, lo distingue como tal, lo constituye y forma con el otro sistema del que es partícipe.

Esta epistemología de los sistemas observantes o como se la suele llamar Constructivista, surgió como un producto evolutivo de la cibernética cuando se ocupó de los propios modelos cibernéticos.

La terapia sistémica ha participado y contribuido al desarrollo de esta epistemología desde su campo específico de prácticas. La epistemología ha cuestionado los conceptos de verdad, objetividad y realidad, como fundamentos de nuestras visiones del mundo y de nuestro conocimiento del mundo. La verdad y la realidad están relacionadas con una construcción social y consensual que demuestra ser variable en la práctica clínica. Esta guía a los terapeutas hacia el cambio.

Al no poder validar nuestras construcciones como verdaderas por corresponder a una realidad **allá afuera** independiente del observador, sólo podemos acudir a la **ética** y la **responsabilidad**, a la hora de legitimar nuestro comportamiento.

Si la realidad no es única, debemos hacernos cargo de cómo construimos y de las consecuencias de ese modo de construir.

Los modelos clínicos han participado y participan cada vez más de esta evolución, ha habido un deslizamiento hacia modalidades en las que el terapeuta es parte del sistema, conformando con los pacientes el seno dentro del cual se construyen realidades alternativas.

Esta perspectiva que ha pasado a llamarse **Constructivista**. Está en pleno florecimiento y se abre hacia el futuro, tanto en lo que respecta a la profundización de estos desarrollos; como en la indagación no sólo de cómo son construidos los sistemas por los observadores, sino también de cómo emerge el observador en el acto mismo de observar. Se desprende del pensamiento cibernético un particular modo del concebir la relación del hombre con la naturaleza, con la cual aparece re - ligado, entrando así en una etapa de desarrollo del conocimiento, donde ciencia y filosofía vuelven a reunirse.

Los aportes del Constructivismo

Que el observador participa en la construcción de lo observado, decíamos que es la tesis en que insiste esta perspectiva llamada **Constructivismo**. Dicha tesis ha tenido una relevancia significativa en diversos campos de la ciencia, y la disciplina psicoterapéutica no ha sido la excepción. Así es que por ejemplo, muchos terapeutas familiares sistémicos comenzaron a pensar que toda descripción sobre familia y sobre terapia familiar que pudieran realizar, deberá ser tomada en principio, como una información acerca del observador o la comunidad de observadores.

Es decir, que escuchar lo que un terapeuta asevera percibir en el proceso terapéutico, nos dice más acerca del terapeuta (el observador) que acerca de la familia (lo observado), o por lo menos nos dice tanto sobre aquel como sobre ésta.

Este desplazamiento de perspectiva es lo que el cibernético Heinz Von Foerster (1981) llama “paso de la insistencia en sistemas observados a la insistencia en sistemas observadores”.

Esta idea no es nueva en la historia del pensamiento humano, pero sí es muy diferente la manera de exponerla a partir de los descubrimientos e investigaciones posibilitados por la cultura científica contemporánea. Para estos filósofos de la ciencia **el conocimiento humano en general y la ciencia en particular, no se empeñan en el descubrimiento de la certeza, la verdad o la realidad.**

Por otra parte, acompañando estas ideas, ha surgido una modalidad de pensamiento que nos permite articular y comprender una perspectiva constructivista, por medio de un lenguaje formal basado en la matemática y la lógica.

Uno de los principales arquitectos de esta posición, llamada constructivismo formal es George Spencer Brown, quien llegó a la conclusión de que las formas básicas a las que obedece nuestra experiencia (constructivista lingüística, física, biológica o musical) se puede descubrir rastreando la manera en que trazamos inicialmente distinciones y significaciones en nuestro mundo.

Desde una posición constructivista, toda idea, teoría y práctica (inclusive ella misma), está sustentada por premisas básicas y apriorísticas que permiten una organización posterior congruente con el mundo percibido. Y si pensamos a la

terapia familiar sistémica en su práctica e inteligencia nos vemos exigidos a dilucidar cabalmente los distinguos básicos que la rigen (Bradford Keeney y J. Ross).

Carlos Sluzki menciona que una familia no es un sistema. Una familia es lo que una familia es. Podemos pensar acerca de una familia desde una perspectiva sistémica o con una óptica sistémica utilizando un modelo sistémico. De este modo se puede decir, si pensamos la familia como sistema.

Todo modelo (entendido como punto de vista general a partir del cual organizar la realidad) tal como el modelo sistémico, es una herramienta para pensar. Los modelos son perspectivas que permiten una simplificación y agregan orden a una realidad compleja, y lo hacen a través de la definición de observables lógicos y pragmáticos. **Los modelos permiten describir las cosas de una cierta manera, pero nunca necesariamente de la manera en que las cosas son.** Tal vez no haya “una” manera en que las cosas son.

Cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que se percibe de modo que pasa a ser distinguido y significado como realidad. Nuestro pensamiento y nuestra acción se edifican en torno a esta construcción internalizada, que pasa a ser reforzada en cada momento. Estos puntos de vista o mapas son experimentados en algunas ocasiones como convicciones o ideologías, la manera en que hemos “aprendido” que las cosas son. En este sentido la realidad aparece como una construcción compleja, producto de la interacción constante de un sistema cognoscitivo y su entorno significativo.

Por lo tanto y tal como lo describíamos, el proceso que conduce a percibir la manera en que las cosas son, se construye desde el mismo nacimiento a través del consenso. El proceso de búsqueda y retención del consenso es lo que otorga a la realidad un cierto grado de estabilidad colectiva, y por lo tanto individual. Este compartir yace en la base de la experiencia del pertenecer, de la experiencia de ser parte de un colectivo. Dado que la familia es el agente socializante principal para individuos, debido a la calidad y el volumen de los mapas compartidos por la familia inmediata, el sentimiento de confirmación mutua de puntos de vista compartidos y por lo tanto de pertenencia es máximo en este grupo. Podrá describirse una progresión de encajes decrecientes, a medida que se hace referencia a la pertenencia a sistemas más extensos tales como comunidad, cultura y especie. La sensación de consenso compartido, de realidad compartida, se activa en cada familia mediante cada acción familiar.

Constructivismo y terapia

En el transcurso de la entrevista se puede acceder de diversas maneras a un análisis desde una perspectiva constructivista. Algunos terapeutas centran su atención en la observación precisa de los procesos interpersonales. Los llamados patrones (patterns) o regularidades. A partir de estas infieren reglas específicas de operación o de procedimiento en la familia. Otros terapeutas eligen para su conceptualización, el desarrollo de mapas estructurales mediante los cuales, se representan acuerdos en las familias respecto a fronteras, jerarquías y poder. Estos tipos complementarios de variables, proceso y estructura, permiten el análisis de pautas mediante las cuales la familia intercambia señales acerca de cómo son las cosas.

Las reglas familiares también pueden ser conceptualizadas desde una perspectiva **constructivista**, originadas por los observadores para referirse a regularidades en las familias. El observador nota una pauta estable de interacción en una familia y la describe como una regla. Si bien las familias operan con regularidades muy ceñidas, los miembros de las familias perciben a sus comportamientos como **“absolutamente normal”**, **“la mejor manera de comportarse”** o **“así es como somos nosotros”**. La propia realidad no se experimenta como una realidad construida, sino que es percibida como un escenario bidimensional.

En cambio, desde la posición del terapeuta, concebimos la realidad de una familia que nos consulta, como un holograma tridimensional. La familia nos relata su historia, nos muestra su realidad y nosotros prestamos atención a los contenidos, a las anécdotas, a los temas y estilos, observamos pautas interaccionales, abstraemos reglas y definimos regularidades sistémicas. Y en tanto, los terapeutas elegimos en diferentes momentos, diferentes niveles de análisis, diferentes distancias, diferentes ángulos y obtenemos de esa manera puntos de vista alternativos.

La descripción hecha por el terapeuta no es más o menos real o precisa que la presentada por la familia. Ni la una, ni la otra es **“LA”** realidad. Lo que el profesional describe y explica es una **construcción**. Y lo que la familia aportó como su propia descripción es también una invención, es también construcción. Es, eso sí, una construcción sistémica y funcional con los valores y las necesidades particulares de esta familia, en este momento dado. El objetivo del terapeuta es, desde este

ángulo, proveer de una descripción alternativa, igualmente plausible que tendrá la ventaja de hacer innecesaria la presencia del comportamiento sintomático.

Mónica Escobar de Fernández Moya

Santiago Fernández Escobar

CAPÍTULO 4

LA NARRATIVA

CAPÍTULO 4

LA NARRATIVA

Los órganos de los sentidos del ser humano sólo pueden recibir diferencias, y las diferencias deben codificarse en forma de acontecimientos en el tiempo (es decir, cambios) para que sean perceptibles.

Bateson, 1979⁴⁶

Durante las últimas vacaciones me reencontré con un amigo de la infancia, Mario. Fuimos amigos desde antes ir a preescolar, éramos vecinos, jugábamos juntos y fuimos juntos durante toda la escuela primaria. Este verano mantuve dos buenas y sabrosas conversaciones. Le recordé que hace muchos años atrás, y también durante un mes de enero, recibí una llamada telefónica suya, que me sorprendió. La sorpresa la causó el hecho de que aun cuando mantenemos una cordial y grata relación, no nos frecuentamos en nuestras casas. Cuando me dijo que llamaba para invitarme a cenar, mi asombro aumentó considerablemente y aunque insistí en que me explicara el motivo, se mantuvo en silencio. La noche en cuestión fuimos con Mónica, mi esposa, y después de tocar el timbre de la casa, advertí que dentro había por lo menos una pareja más invitada. ¿Quiénes serán? Me pregunté sin tener idea de quien podía estar también invitado. Cuando llegamos al jardín de la casa, vi a Félix y su esposa, era el otro amigo con el que jugábamos. Hacía muchos años que no nos veíamos, desde la adolescencia. Félix se había mudado a Buenos

⁴⁶ Bateson, G. (1979). Espíritu y naturaleza. (Citado en White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos).

Aires, de donde era oriundo. Fue una noche de reencuentros. Fue una noche de recuerdos. Fue una velada caracterizada por los relatos de Mario, nuestro anfitrión, que recordaba y relataba muchas historias compartidas. Fueron innumerables las anécdotas que contó con mucha gracia. Nuestras esposas escuchaban con atención, se reían y todos pasamos una hermosa velada.

Yo reconocía mi participación en cada una de las historias, pero tuve claro por primera vez, que si yo hubiese sido el relator, mi narración hubiese sido diferente. Estoy seguro que ni mejor, ni peor, sí, distinta. Quizá recordaba otras cosas, y cuando se trataba de cosas que recordaba como tales, los significados eran diferentes.

Pasé días, semanas pensando en las diferentes visiones que cada uno de nosotros tres tenía de situaciones que habíamos vivido de manera conjunta. Estuvimos en el mismo lugar, a la misma hora, haciendo las mismas cosas, pero cada uno recordaba cosas diferentes y por lo tanto las narra a su manera. Esta circunstancia normal, habitual entre familiares y amigos, es la constante que hace que nuestros pacientes, personas, parejas o familias que consultan mantengan diferencias respecto de cuál es la “normalidad” en sus recuerdos, en la construcción de la historia. Esta presunta desventaja para los consultantes representa una oportunidad para ser aprovechada por los terapeutas. Y es por ello que comenzamos con la cita de Bateson, acerca de las diferencias, porqué será allí en donde los terapeutas podremos construir una alternativa.

James Prochaska y John Norcross, en su libro “Sistemas de Psicoterapias”⁴⁷ plantea que: “mientras los terapeutas centrados en soluciones sostienen que los clientes (consultantes) construyen su futuro por medio del uso de metas que ellos eligen en el presente, los terapeutas narrativos afirman que los clientes (consultantes) construyen su pasado mediante historias que ellos cuentan en el presente.

“Un realista o un empirista podría argumentar que uno no puede cambiar la realidad del pasado. Lo que fue, fue. Respuesta infantil, reponen los narrativos. Reconozcamos que ‘lo que fue’ es lo que nuestros libros de historia cuentan. Uno puede conocer los libros de historia, pero no la historia. Y los libros de historia están

⁴⁷ Prochaska, J. y Norcross, J. *Systems of Psychotherapy*. Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza.

siendo reescritos a medida que más y más gente reclama su libertad de contar historias”.

Los mismos autores hacen referencia a “la arrogancia profesional” de algunos profesionales de la salud mental (terapeutas) que se adjudican la posibilidad de definir quiénes son (identidad) y cómo funcionan las personas que los consultan, cuando la realidad es que “los clientes deben ser libres para decirnos quienes son ellos y quiénes quieren ser”. Y rematan: “No hay realidad; sólo historias que nosotros contamos de la realidad Una de las maravillas de las narraciones es que son abiertas, en curso, no terminando nunca. Las narraciones históricas y científicas son abiertas, en curso y cambiantes. Así como nuestra historia cambia, igual cambiamos nosotros”.

Michael White y David Epston⁴⁸ citan a Jerome Brunner (1986), quien establece una distinción. Contrasta el pensamiento lógico – científico con el “narrativo” y refiere que:

“Hay dos modos de funcionamiento cognitivo, dos modos de pensamiento, y cada uno aporta diferentes formas de ordenar la experiencia, de construir la realidad (...) Una buena historia y un argumento bien construido pueden pertenecer a dos categorías diferentes, Ambas pueden usarse para convencer a otro. Pero aquello de lo que convencen a uno de su veracidad, las historias de su realismo. La primera se verifica acudiendo eventualmente a procedimientos que establezcan la verdad empírica y formal. El otro no establece verdad sino verosimilitud”.

Y continúan con su propia reflexión:

“Por tanto, las actividades que derivan del pensamiento lógico científico son muy diferentes de las actividades derivadas del pensamiento narrativo. Y los criterios para establecer un buen argumento lógico y para establecer un buen relato son también irreductibles.

El pensamiento lógico – científico incluye procedimientos y convenciones que lo legitiman en la comunidad científica,

⁴⁸ White, M. y Epston, D. (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. Página 89.

procedimientos y convenciones que prescriben la aplicación de la “lógica formal”, el “análisis rigurosos”, los “descubrimientos empíricos guiados por las hipótesis razonadas”, el hecho de llegar a “condiciones de verdad universal y no particulares, y una teoría cuya veracidad pueda verificarse”.

Carlos Sluzki, en su libro *La red social: frontera de la práctica sistémica*⁴⁹, plantea que:

“La narrativa es un sistema constituido por actores o personajes, guión (incluyendo conversaciones y acciones) y contextos (incluyendo escenarios donde transcurre la acción y acciones, historias y contextos previos), ligados entre sí por la trama narrativa, es decir, por un conjunto de conectores lógicos explícitos o implícitos que establece la relación entre actores, guión y contexto de modo tal que todo cambio en los actores cambia el guión (y viceversa), todo cambio en el contexto cambia la naturaleza del guión y los actores (y viceversa), etc. A su vez, este conjunto actores – guión – contexto y trama posee corolarios morales (propone víctimas y victimarios, héroes y villanos, nobles y bastardos), corolarios interpersonales (con quien la gente se conecta, cómo y por qué) y corolarios comportamentales (la gente basa su conducta en esas historias, que operan como guía así como contexto de justificación). Estos corolarios, a su vez reconstituyen –reafirman, solidifican- la historia, y forman, por lo tanto, parte del sistema “narrativa”.

Y agrega:

“¿Hasta que punto esta historia es idiosincrática para esta familia o esa red social, o es parte de una metahistoria que forma parte de la identidad transgeneracional de esta familia o esa red, de la identidad social de la misma (por ejemplo, de ser parte de una minoría), de la identidad cultural?”

Por su parte, Michael White y David Epston, en su obra ya citada⁵⁰:

⁴⁹ Sluzki, C. (1999). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Página 145.

⁵⁰ White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*.

*“El pensamiento se caracteriza por buenas historias que ganan la credibilidad gracias a su realismo. No se ocupan de procedimientos o convenciones para crear teorías abstractas y generales, sino de las particularidades de la experiencia. No establecen condiciones de verdad universales sino una sucesión de acontecimientos a través del tiempo. **El modo narrativo no genera certidumbres, sino perspectivas cambiantes. En este mundo de la narración el modo subjuntivo prevalece sobre el modo indicativo**”⁵¹.*

Por otro lado Juan Luis Linares, escribe en su trabajo *Identidad y narrativa: una perspectiva individual de la interacción sistémica*⁵² que:

“La identidad es el núcleo de la mente, el producto de la decantación de la experiencia donde el ser permanece constante (ídem - ente). En torno a él se establece la narrativa, fruto también de la experiencia relacional, aunque menos fijada, como márgenes más amplios de fluctuación.

Existe un continuum entre las capas de la identidad, a través del cual se asiste a una progresiva rigidización de la experiencia relacional, paralela a su apropiación. Por la superficie narrativa se produce el contacto con el exterior mediante procesos comunicacionales que constituyen la relación y, de esa forma, el núcleo de la identidad puede modificarse incorporando nuevos elementos o desprendiéndose de otros. El tiempo interviene de un modo decisivo: en etapas tempranas de la vida la identidad posee una permeabilidad que luego pierde. La narrativa mantiene casi inalterada su capacidad de modificarse, sin perder su condición de espacio flexible, abierto a toda clase de transacciones. No es infrecuente considerar la identidad como el último baluarte del individuo, su más sólida defensa y la mejor garantía de su supervivencia.

⁵¹ La negrita es nuestra

⁵² Linares, J. “Identidad y narrativa: una perspectiva individual de la interacción sistémica”. En: Santi, W. (comp.). *Herramientas para psicoterapeutas*.

El paradigma narrativo que estos ⁵³ proponen se apoya en las ideas de Foucault (1975) sobre la relación entre el relato y el poder y en las de Derrida (1987) a propósito de los mecanismos de deconstrucción, y constituye un importante desarrollo de la corriente socio-construccionista. De acuerdo con ellos los síntomas estarían vinculados a ciertas narraciones evocadoras del discurso social del poder, y desaparecerían cuando externalizadas éstas, su lugar fuera ocupado por nuevas narraciones no relacionadas con el problema. Se trata de una teoría imaginativa y optimista de inequívoca estirpe cognitiva: la deconstrucción de las prácticas de poder y de las del saber de los expertos, muy vinculadas a aquéllas, se realiza mediante la diferenciación de los correspondientes constructos como ajenos al sujeto, lo cual permite la sustitución por otros inocuos.

La identidad es el espacio en donde el individuo se reconoce a sí mismo y, como tal, es extraordinariamente resistente al cambio. Las narraciones, sin embargo, resultan ampliamente negociables⁵⁴. Sujetos que sintiendo atacada su identidad, la defienden encarnizadamente en batallas que ponen en juego su propia supervivencia, pueden aceptar transacciones importantes si la confrontación se traslada al plano narrativo.

Mientras más grave es la patología, más implicada está en ella la identidad y más pobre resulta la correspondiente narrativa.

Identidad y narrativa son productos históricos. La experiencia entendida como interacción con el mundo social atraviesa varias ópticas que la moldean arbitrariamente. Una corresponde al polo social de la interacción e incluye las interpretaciones de la realidad que son propias de los grupos de pertenencia del sujeto. Son las ideologías de género, clase social, religión, etc. inscritas en una dimensión evolutiva que introduce también las ideologías de edad (infancia, adolescencia, adultez y vejez), impregnadas de muy diferentes visiones de mundo. Otra óptica incorpora el subjetivismo a través de la fantasía, y por cierto que corresponde a Freud haber

⁵³ Se refieren a M. White y D. Epston y la obra anteriormente citada.

⁵⁴ La cursiva es nuestra.

acuñado el concepto de “novela familiar” para designar los fantasmas por los cuales aquél modifica imaginariamente sus vínculos con sus padres.

La narrativa individual se construye, pues, basada en fantasmas que elaboran imaginariamente la experiencia vivida en diálogos con las ideologías sociales. De una encrucijada tan rica y compleja nacen múltiples narraciones que se ramifican penetrando los diversos espacios relacionamente significativos de la vida del sujeto.

La construcción de la identidad nace de la misma encrucijada, precediendo al surgimiento de la narrativa. Narraciones excesivamente invadidas de identidad son un factor predisponente para la disfuncionalidad.

Las narraciones, tanto desde la narrativa como desde su núcleo de identidad, participan de un sustrato emocional común, así como de un mismo troquelado epistemológico y de una verificación pragmática mutuamente coherente.

Y nos nutrimos de la propuesta de Carlos Sluzki⁵⁵:

“Como con todo otro sistema –por ejemplo, una familia considerada como tal-, las historias que trae la gente no operan aisladas de su entorno: existe una inmensa ecología de historias que van desde las relaciones entre las historias de la experiencia personal y familiar no contadas, hasta las historias que constituyen el erario de la cultura y subcultura de esa gente.

El sistema historia requiere una visión multidimensional y macroecológica: en cada nivel de análisis que elijamos podremos definir una constelación de historias afectando, y siendo afectadas por, subhistorias, suprahistorias, historias vecinas, y aun historias sin relación aparente con la elegida.

White y Epston⁵⁶ plantean que:

⁵⁵ Sluzki, C. (1999). La red social: frontera de la práctica sistémica.

⁵⁶ Ibidem

“Jerome Bruner (1986), al analizar qué es lo que convierte una historia en una buena historia, qué es lo que constituye un relato con valor literario, hace referencia a la presencia de ciertos mecanismos que convierten el texto en indeterminado y que involucran al lector “en la representación de significados a través del texto”, de forma que el texto se convierte en un texto virtual en relación al auténtico. Estos mecanismos son los que “subjuntivizan” la realidad; Jerome Bruner describe tres de ellos:

El primero consiste en desencadenar la presuposición, en crear significados implícitos más que explícitos. Porque ante lo explícito la libertad de interpretación del lector queda anulada (...)

El segundo es el que llamaré subjetificación: la descripción de la realidad, no a través de un ojo omnisciente que ve una realidad atemporal, sino a través del filtro de la conciencia de los protagonistas de la historia (...)

El tercero es la perspectiva múltiple: contemplar el mundo no unívocamente sino simultáneamente a través de un conjunto de prismas cada uno de los cuales capta una parte de él ... Estar en el modo subjuntivo es, moverse en el campo de las posibilidades humanas más que en el de las certezas establecidas.

Victor Turner (1986) asoció el modo subjuntivo con la zona limítrofe existente entre las etapas del ritual llamado rito de paso.

A veces creo que esta fase fronteriza se encuentra sobre todo en el modo subjuntivo de la cultura, el modo del quizá, del podría ser, del como si; el modo de la hipótesis, la fantasía, la conjetura, el deseo, según cuál de los tres aspectos de la tríada cognición, afecto y conación domine la situación.

Aunque los comentarios de Bruner se refieren a la estructura de los textos con valor literario, creemos que las personas generalmente adscriben significado a su vida convirtiendo sus vivencias en relatos, y que esos relatos dan forma a sus vidas y a sus relaciones. También afirmamos que la mayoría de las conversaciones con una mismo, se ajustan al menos a los requisitos más elementales

de un relato: tiene planteamiento, nudo y desenlace. Por lo tanto la narrativa no se limita a los textos literarios.

Nuestras vidas están constantemente entrelazadas con la narrativa, con las historias que contamos y que oímos contar, con las que soñamos o imaginamos, o con las que nos gustaría contar. Todas ellas son reelaboradas en el relato de nuestra propia vida, que nos contamos a nosotros mismos en un episódico, a veces semiconsciente, pero virtualmente ininterrumpido, monólogo. Vivimos inmersos en la narrativa, recontando y reevaluando el significado de nuestras acciones pasadas, anticipando el resultado de nuestros proyectos futuros, situándonos en la intersección de diversas historias aún inconclusas. (Brooks, 1984:3)

Distinciones entre pensamiento lógico – matemático y narrativa⁵⁷

	Pensamiento lógico matemático	Narrativa
Experiencia	Las particularidades de la experiencia personal son eliminadas en favor de constructos cosificados, clases de eventos, y sistemas de clasificación y diagnóstico.	Las particularidades de la experiencia vivida resultan elementos vitales que se transforman en generadores de significados ⁵⁸
Tiempo	La dimensión temporal que da excluída. Para ser verdaderas y universales las leyes deben situarse más allá de los efectos del tiempo.	La temporalidad es una dimensión crítica en el modo narrativo de pensamiento, pues en este los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo. Esta secuencia lineal de los eventos en el tiempo es necesaria para que se pueda dar un relato “con sentido”. Las historias tienen un principio y un final, y entre estos puntos transcurre el tiempo.

⁵⁷ El cuadro es una propuesta nuestra para hacer más clara la propuesta de White y Epston.

⁵⁸ El tipo de estructura relacional que llamamos “significado” emerge únicamente cuando relacionamos la experiencia presente con el resultado acumulado de experiencias pasadas, semejantes o al menos relevantes, de similar potencia (Turner, 1986: 36).

	Pensamiento lógico matemático	Narrativa
Lenguaje	Centrada en prácticas lingüísticas que se basan en el modo indicativo para reducir la incertidumbre y la complejidad. Se excluyen los significados alternativos mediante el uso unívoco de las palabras, y se prefieren las descripciones cuantitativas a las cualitativas. Se desarrollan lenguajes técnicos.	Las prácticas lingüísticas se basan en el modo subjuntivo para crear un mundo de significados implícitos más que explícitos, para ampliar el campo de posibilidades a través del “desencadenamiento de la presuposición”, para introducir la “perspectiva múltiple”, y para encaminar hacia representaciones únicas de significados. Se aprovecha la <i>polisemia</i> . Se favorecen las descripciones coloquiales, poéticas o pintorescas. La conversación se hace más exploratoria y menos dirigida a un propósito determinado.
Agencia personal	Representa a la persona como un escenario pasivo que reacciona ante determinadas fuerzas –impulsos, impactos, transferencias de energía, etc.- impersonales. Asume, a efectos de investigación, que alguna fuerza o fuerzas internas o externas a la persona actúan sobre ella, y que son éstas las que moldean y constituyen la vida.	Sitúa a la persona como protagonista o como participante de su propio mundo. Mundo de actos interpretativos, un mundo en el que volver a contar una historia es contar una historia nueva, un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la “re-escritura”, y por lo tanto en el moldeado, de sus vidas y relaciones.
Posición del observador	Excluye al observador de lo observado en aras de la objetividad.	Redefine la relación entre el observador y lo observado. Tanto el “observador” como lo “observado” se sitúan dentro de la narración “científica” que se está desarrollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel de autor privilegiado de su construcción.

“El modo narrativo redefine ⁵⁹ la relación entre el observador y lo observado. Tanto el “Observador” como “lo observado se sitúan dentro de la narración “científica” que se está desarrollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel de autor privilegiado de su construcción.

Cuando situamos una terapia en el contexto del modo narrativo, se considera que los relatos vitales se han construido a través del “filtro de la conciencia de los protagonistas”. Así el trascendente “nosotros” y el “ello” de la persona subjetivizada se sustituyen por los pronombres “yo” y “tú” de la persona personificada”.

En la práctica una terapia situada en un modo narrativo de pensamiento:

- Da la máxima importancia a las vivencias de las personas.
- Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
- Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
- Estimula la polisemia⁶⁰ y uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos.
- Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
- Fomenta el sentido de autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.
- Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el “objeto” se convierta en autor privilegiado.
- Introduce consistentemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos.

⁵⁹ Redefinición, tema que abordaremos exhaustivamente en el Capítulo 11 sobre “Maniobras”.

⁶⁰ Polisemia: significado múltiple de una palabra. Las palabras polisémicas presentan una relación permanente entre sus significados, ya que éstos son amplificaciones sucesivas de un concepto inicial.

Para que toda esta tarea resulte posible Prochaska y Norcross⁶¹ refieren que los terapeutas deberán construir narraciones terapéuticas construidas “como historias liberadores”. Para esto se debe recurrir a la “deconstrucción de nuestras viejas historias y la construcción de unas nuevas”⁶² Para ello es necesario conocer y concientizar “cuánto de nuestra historia ha sido construido desde los discursos dominantes de nuestras familias y sociedades”⁶³. Para ayudar a coconstruir una nueva historia, los terapeutas nos encontramos en una posición de privilegio, puesto que nos vienen a consultar, nos otorgan maniobrabilidad y con ello la posibilidad de coconstruir una historia que ofrezca alternativas para el futuro y que resulte generadora de esperanzas. Cambiar la puntuación de las secuencias, alterar las jerarquías establecidas entre las personas y los acontecimientos son posibilidades que tiene el terapeuta y que deberán ser aprovechadas.

Prochaska y Norcross hacen referencia a que en la Terapia Narrativa: “los consultantes pueden experimentar aspectos de ellos mismos que nunca han experimentado antes. Un rango más amplio de emociones (enojo, excitación, alegría, tristeza, ultraje). Uno de los signos más claros de que uno está cambiando es que las propias palabras están cambiando, pero uno no debería sustituir términos técnicos o científicos que tienen poco significado personal por palabras inservibles del pasado que sólo tienen significado de problemas. La Narrativa alienta a los clientes a experimentar un sentido de autoría en su re-contar las historias de sus vidas, sino también les permite protagonizar sus narrativas nuevamente construidas”.

En una entrevista a Juan Linares, realizada por Marcelo Rodríguez Ceberio, publicada por la Revista Perspectivas Sistémicas⁶⁴, bajo el título “Depresión, Narrativa y Psicoterapia”. El destacado terapeuta español refiere:

“Las emociones imponen cierta vuelta a un movimiento realista, llámese lineal, causalista como quiera llamarle. Cuando me encuentro con personas “desnutridas” emocionalmente me obligan a pensar en términos de causa – efecto. Y ahí no se acaba la historia.

⁶¹ Prochaska, J. y Norcross, J. Systems of Psychotherapy. Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza.

⁶² Ibidem

⁶³ Ibidem

⁶⁴ Perspectivas Sistémicas. Año 8, N° 38, Septiembre – Octubre 1995.

Yo creo que la experiencia se organiza con distintos niveles de profundidad y diferencias de complejidad. Lo sintetizo en dos niveles:

1 – Identidad: es el núcleo profundo en el cual, la experiencia se organiza rígida no negociable.

2 – Narrativa: es aquel que se negocia con el entorno, la experiencia se organiza de manera flexible y admite toda clase de transacciones.

Las narraciones serían la organización de la experiencia en un contexto concreto con los dos niveles, o sea que en cada una existiría un núcleo de identidad y un espacio narrativo; esto admite toda clase de variaciones. Esta concepción postmoderna de la identidad (en el sentido que implica complejidad, indeterminación e incertidumbre), supone que debe ser reducida y admitir un máximo espacio para la narrativa. La idea tradicional sostiene que cuanto más identidad, mejor, una identidad sólida fuerte, extensa; mientras que de acuerdo a mi visión es preferible una identidad pequeña, cuanto menos, mejor”.

No se confronta la identidad, se acepta las distintas posibilidades, no sólo con respecto a los demás sino con uno mismo.

Y continúa Linares

Una identidad con estas dimensiones, no demuestra una personalidad flexible, sino estructurada rígidamente, es interactuar con el mundo con un nivel de comprensión pobre, monótona o redundante. También se pueden encontrar ciertos sectores donde se establece una menor porción narrativa y en otros una mayor, en general se consulta por el sector –en donde la narrativa arrasa, mientras que si se exploran otras áreas, el nivel de negociación es mayor porque la porción de narrativa es mayor y la identidad disminuye.

El trabajo terapéutico tendría como objetivo ensanchar el espacio narrativo, a través de amplificar la posibilidad de mayores perspectivas, la construcción de nuevas experiencias, y no el consolidar el espacio de la identidad, a pesar que desde la óptica

tradicional, resulte paradójico. Esta visión relativiza conceptos tan duros como el de “nutrición emocional”, porque nosotros vamos a trabajar con el reflejo narrativo de ésta, o sea no tendremos que ir a las fuentes y devolverle al individuo la nutrición emocional que perdió, sino que le ayudamos a construir una narrativa abierta, para lograr beneficiarse de las múltiples fuentes de nutrición emocional existentes en el ecosistema”.

Este verano le relaté aquella vivencia y le conté que estaba escribiendo este capítulo. ¿Qué pensará Mario, qué recordará y cómo narrará sus vivencias en su casa luego de haber leído esta evocación?

Jorge Fernández Moya

CAPÍTULO 5

LA FAMILIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

CAPÍTULO 5

LA FAMILIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

En mi experiencia de trabajar con familias, o bien por pensar en ellas como la unidad de abordaje, dada la convicción de que representa, la unidad de formación y de resolución de los problemas por los que consultan las personas. Sean éstas consultas que se realizan de manera individual, o bien aquellas que son planteadas como pareja, o bien como familia. En la actividad académica y/o en los entrenamientos de terapeutas, por mi trato con consultantes y pacientes, he llegado a la conclusión de que la mayor parte de las personas tiene una idea equivocada acerca de cómo ha sido la evolución de la familia a lo largo de la historia.

Ante la pregunta: ¿Desde cuando la familia, tiene una organización semejante a la actual?

Las respuestas pueden ser de lo más variadas, desde Adán y Eva, a lo que plantean las películas de contenido histórico, generalmente alejadas de la realidad. Por lo que nos ha parecido correcto incluir en este libro un Capítulo que brinde una respuesta a la pregunta realizada. Para ello hemos incluido un Capítulo del trabajo de Tesis de Ruth Goldfarb⁶⁵, que sigue a continuación y al que hemos acoplado la situación de la familia hoy y un posible y breve pronóstico de lo que creemos que viene.

Refiere Goldfarb:

La historia escrita de la familia es una ciencia reciente. Hasta mediados del

⁶⁵ Goldfarb, R. (1996). Familia con padrastro y madrastra: El intento de imitar el modelo de familia nuclear.

siglo pasado (XIX) dominaba la creencia de que la familia había permanecido estática desde los comienzos de la humanidad. Como escribía F. Engels:

Hasta 1860 no se podía pensar en una historia de la familia. Las ciencias históricas estaban bajo la influencia de los cinco libros de Moisés. La forma patriarcal de la familia, era admitida sin reservas como la más antigua, y se la identificaba con la familia burguesa de nuestros días, pareciendo que la familia no se hubiera desarrollado históricamente; a lo sumo se admitía que en los tiempos primitivos podía haber habido un período de promiscuidad sexual.

La historia escrita de la familia comienza con las investigaciones de J. Bachofen, quien en 1861 publica su “Derecho Materno”. En 1871 aparece la publicación de las primeras investigaciones de Lewis Morgan, cuyos trabajos se extendieron por más de cuarenta años. Surgieron entonces dos corrientes principales: la Escuela Paternalista y la Escuela Maternalista.

Hasta fines del siglo diecisiete, la familia patriarcal, con su más clara descripción en los libros del antiguo testamento, fue la única forma de familia reconocida históricamente. Del estudio de la evolución de la familia surgieron dos corrientes principales: la Escuela Paternalista y la Escuela Maternalista.

La escuela paternalista, encabezada por estudiosos ingleses, se sostiene en el punto de vista tradicional, y a excepción de un breve período de promiscuidad sexual, no acepta otro modelo de familia que la patriarcal, tal como la describe la Biblia. De acuerdo con esta escuela pareciera ser que la familia no ha atravesado por evolución alguna. De esta corriente han derivado poderosos mitos que han venido a ser develados por la escuela Maternalista.

La escuela Maternalista, nace con Bachofen, Morgan, Engels y Malinovsky, y luego se inscriben Margaret Mead, Master y Jhonson entre otros. Esta corriente viene a develar que antes de la familia patriarcal predominó en la mayoría de los pueblos de la tierra el sistema matrilineal de descendencia.

Morgan en sus primeras publicaciones hace referenica a que la familia, evoluciona paralelamente a los progresos obtenidos en la producción de alimentos:

*Salvajismo es el período en el que predomina la apropiación de productos que la naturaleza da ya hechos; las producciones artificiales del hombre están destinadas, sobre todo a facilitar esa apropiación. **Barbarie** es el período en el que aparece la ganadería y*

*la agricultura y, se aprende a incrementar la producción de la naturaleza por medio del trabajo humano. **Civilización** es el período en el que el hombre sigue aprendiendo a elaborar los productos naturales, período de la industria propiamente dicha y el arte. (Engels, 1884: 27).*

Tanto Engels y Marx como Morgan consideraban que el orden social en el que viven los hombres en un lugar y época dados está condicionado por dos especies de reproducción. Por una parte la reproducción del hombre mismo, es decir, de la especie; y por otra la reproducción de los medios de subsistencia. La familia es productora y producto a un mismo tiempo de la sociedad a la que pertenece.

El gran mérito de Morgan fue haber descubierto y reestablecido la evolución de la familia en la prehistoria a partir de haber notado que el sistema de parentesco propio de los iroqueses, vigentes aún entre ellos en tiempos de Morgan, y que era común a la mayoría de los aborígenes América, se encontraba en contradicción formal con los grados de parentesco que resultaban del sistema conyugal que imperaba entre los nativos en esos tiempos.

Este investigador fue adoptado por una de las tribus del pueblo Iroqués, los Senekas. Encontró en vigencia en este pueblo un sistema de parentesco que estaba en franca contradicción con el sistema de familia que allí reinaba. Entre los iroqueses existía un tipo de matrimonio fácilmente disoluble por cualquiera de las partes, que él denominó **familia sindiásmica**⁶⁶. Aunque la descendencia de la pareja era claramente reconocida y no generaban dudas de a quién debían aplicarse los nombres de padre, madre, hijos y hermanos, el empleo de estas expresiones era contradictorio con relación a lo antes dicho. El iroqués no sólo llamaba hijos e hijas a los suyos propios, sino también a los hijos de sus hermanos, que a su vez lo llamaban a él “padre”. Contrariamente llamaba sobrinos y sobrinas a los hijos e hijas de sus hermanas, los cuales le llamaban tío. Por otra parte, la mujer iroquesa llamaba hijos e hijas a los suyos propios y a los de sus hermanas, quienes a su vez la llamaban “madre”. Y llamaba sobrinos a los hijos e hijas de sus hermanos, quienes la llamaban “tía”. Lewis Morgan también descubre que estos nombres no eran simplemente figurativos, sino una expresión de lo cercano y/o lo lejano en el parentesco consanguíneo. Los apelativos mencionados eran más que simples títulos honoríficos, traían consigo serios deberes recíprocos perfectamente definidos y cuyo

⁶⁶ La negrita es nuestra

conjunto formaba parte esencial del régimen social de esos pueblos. Este sistema de familia y parentesco no sólo se hallaba en pleno vigor entre los aborígenes americanos, sino que también existía, casi sin cambios, en nativos de Asia, entre pueblos de raza completamente distinta y en formas más o menos modificadas se encontraba en todas partes en África y Australia en tiempos de Morgan.

Él se preguntó a qué se debería este fenómeno y encontró la explicación en Hawái, donde todavía a mediados del siglo pasado existía una forma de familia, en que el sistema de parentesco vigente en la que él llamó familia sindiásmica era real. Pero para su sorpresa el sistema de parentesco que operaba en la familia hawaiana (que Morgan llamó **punalúa**) también estaba en contradicción con esa forma de familia. Es decir correspondía a otra forma de sistema familiar.

En Hawái todos los hijos de hermanas y hermanos se decían hermanas y hermanos entre sí, no sólo los hermanos de éste, sino que también, de todos los hermanos y hermanas de sus padres y madres sin distinción. Por lo tanto, dedujo Morgan, si el sistema americano de parentesco presupone una forma más primitiva de familia, que ya no existía en América, pero que se encontraba (en proceso de extinción) aún en Hawái (familia punalua); el sistema hawaiano de parentesco, por su parte le apuntaba otra forma aún más rudimentaria de la familia, que si bien no hallaban ya en ninguna parte, habría debido existir, pues de lo contrario no hubiera podido nacer el sistema de parentesco correspondiente y en vigencia entre los hawaianos. (Engels, 1884)

Morgan llega a la conclusión de que **la familia es el elemento activo**⁶⁷, que nunca permanece estacionaria, sino que va pasando de una forma inferior a otro superior a medida que la sociedad va evolucionando. Mientras tanto que los sistemas de parentesco son pasivos y sólo después de largos períodos presentan modificaciones. Al decir de F. Engels, Carl Marx opinaba que lo mismo sucedía en los sistemas políticos, religiosos, jurídicos y filosóficos.

De manera que el sistema de parentesco de la familia sindiásmica, que se deriva de la familia punalua, **un hermano y una hermana no pueden ser padres de un mismo hijo**⁶⁸. De la misma forma el sistema de parentesco vigente en la familia hawaiana presupone un sistema de familia en donde esta clase de unión era

⁶⁷ La negrita es nuestra

⁶⁸ Ibidem

la regla. L. Morgan fue reconstituyendo retrospectivamente la historia y llegó a concluir que existió un estado primitivo de promiscuidad sexual en el cual cada mujer pertenecía igualmente a todos los hombres y todos los hombres pertenecían igualmente a todas las mujeres. L. Morgan publicó estas conclusiones en 1871 en un libro llamado “Sistemas de consanguinidad y afinidad de la familia humana”. (Engels, 1884)

De acuerdo con Morgan, la humanidad salió del estado de promiscuidad sexual en una época muy temprana y atravesó por cuatro estadios antes de llegar a la familia monogámica:

La familia consanguínea

El matrimonio se producía entre hermanos y hermanas. Todos los que pertenecían a la misma generación eran, por eso mismo, esposos y esposas. Quedaban excluidos del matrimonio los ascendientes y descendientes, es decir, padres e hijos.

La familia punalua

Esta forma de familia existía en Hawai, Australia y África en tiempos de Morgan. Si la primera prohibición había sido la del comercio sexual entre padres e hijos (familia consanguínea), **la segunda fue restringir el comercio sexual entre hermanos**⁶⁹. En la familia punalúa un grupo de mujeres, hermanas entre sí (carnales y colaterales, lo que hoy llamamos primas en primero, segundo y tercer grado) formaban el núcleo de una comunidad y eran esposas comunes de un grupo de hombres, hermanos entre sí (carnales y colaterales). Tanto hombres como mujeres dejaban de llamarse entre sí ‘hermanos’ y a partir del inicio de la comunidad comenzaban a llamarse **punalua**⁷⁰, que significa compañero íntimo. La prohibición del comercio sexual entre hermanos que en principio se refería a los hermanos y hermanas carnales, fue extendiéndose hasta llegar a abarcar a los hermanos colaterales más lejanos. Es a partir de esta última prohibición que nació la

⁶⁹ Ibidem

⁷⁰ Ibidem

institución de la **gens**⁷¹, que constituyó el orden de la mayoría de los pueblos de la tierra. La gens se constituía por un grupo cerrado de parientes consanguíneos por línea materna que no podían casarse unos con otros. Este círculo se consolidó cada vez más por medio de instituciones comunes, de orden social y religioso, que lo distinguían de otros grupos dentro de una misma tribu. De aquí surgió la nueva familia.

La familia sindiásmica

El hombre tenía **una mujer principal** y era para ella **el esposo principal**, pero sin **cohabitación exclusiva**⁷². Este fue el germen de la familia monogámica.

La familia sindiásmica aparece en el límite entre el salvajismo y la barbarie, siendo la forma típica de la barbarie, como el matrimonio por grupos lo fue del salvajismo y la monogamia de la civilización. Esta forma de familia fue típica y prácticamente en toda América hasta que su evolución natural se vio interrumpida por la conquista. Hasta ese momento, según el derecho materno, la descendencia se contaba por línea femenina, ya que al no haber cohabitación exclusiva no era posible determinar la paternidad. Con relación a la división del trabajo en estas familias al hombre le correspondía procurar los alimentos y los instrumentos de trabajo y por lo tanto eran propietarios de esos instrumentos. Si se producía la separación, él se los llevaba, de la misma manera que la mujer se quedaba con los hijos y los utensilios domésticos.

De acuerdo con F. Engels (1884), en la medida en que los hombres fueron aumentando la producción de sus bienes a través de la domesticación de animales y la ganadería, nació la idea de riqueza, que en principio pertenecía a la gens. *Pero la gens era de línea materna, por lo que los hombres no podían heredar las riquezas que habían conseguido a sus propios hijos, sino que los herederos eran los miembros de la gens de su madre. El aumento de las riquezas daba, por un lado al hombre una posición de mayor poder que a la mujer en la familia, y por otro, hizo nacer el deseo de que sus hijos le heredaran, lo cual era imposible mientras siguiera vigente el derecho materno, de manera que fue abolido. Nació el derecho paterno.* El hombre necesitaba asegurarse la paternidad para poder transmitir a sus

⁷¹ La negrita es nuestra.

⁷² Ibidem

hijos los bienes que había adquirido y a su vez con esto perdía el derecho inmemorial de poseer a todas las mujeres. Escribe F. Engels: “El derrocamiento del derecho materno fue la gran derrota histórica del sexo femenino en todo el mundo. El hombre empuñó las riendas de la casa; la mujer se vio degradada, convertida en la servidora, la esclava de la lujuria del hombre, en simple instrumento de reproducción” (Engels, 1884: 55). Con el nacimiento del derecho paterno nació la preponderancia del hombre sobre la mujer y la forma intermedia de familia patriarcal. La mujer comenzó a cobrar un valor especial por ser la poseedora del vientre donde se gestarían los hijos que heredarían al varón.

Forma intermedia de familia patriarcal

La familia sindiásmica fue el germen de la familia monogámica. Pero antes de que esta familia se instalara definitivamente, existió una forma intermedia de familia patriarcal que coincidió con la entrada de la humanidad en los dominios de la historia escrita, con el comienzo de la *Civilización*. En sus comienzos, lo que caracterizaba a la familia patriarcal, no fue precisamente y sobre todo, la poligamia. Esto era un privilegio de quienes poseían grandes riquezas. Lo que caracterizaba este tipo de familia era la **“organización de cierto número de individuos, libres y no libres, en una familia sometida al poder paterno del jefe de ésta”**⁷³ (Morgan, citado en Engels, 1884: 55).

Los rasgos esenciales de la familia patriarcal fueron la incorporación de los esclavos y el absolutismo de la autoridad paterna, y no la poligamia ya que ésta era una posibilidad sólo para quienes tenían riquezas.

La familia monogámica

Sobre esta forma intermedia de familia patriarcal se funda la familia monogámica. Por primera vez, al entrar en los dominios de la historia escrita el matrimonio deja de basarse en condiciones naturales, y comienza a basarse en condiciones económicas. Según las investigaciones de F. Engels “Preponderancia del hombre en la familia y procreación de hijos que sólo pudieran ser de él y

⁷³ La negrita es nuestra.

destinados a heredar su riqueza: tales fueron, abiertamente proclamados por los griegos, los únicos objetivos de la monogamia” (Engels, 1884: 62).

No en todos los pueblos de la antigüedad, la monogamia, revistió formas tan duras como entre los griegos. La mujer era más libre y considerada entre los romanos, donde tenía derecho a romper el vínculo matrimonial.

En sus comienzos, la palabra **familia**⁷⁴, nada tenía que ver con el juego de **afectos y lazos amorosos**⁷⁵ con que concebimos el ideal de familia de hoy. En principio, entre los romanos, *la palabra familia se aplicaba sólo al grupo de esclavos que pertenecían a un hombre, no incluía a la cónyug,e ni a los hijos*⁷⁶. La palabra familia deriva del vocablo latino famul que significa siervo, esclavo.

En el Imperio Romano (importante referente cultural), la familia siguió su evolución y la nueva monogamia que de “entre las ruinas del mundo romano salió de la mezcla de los pueblos revistió la supremacía masculina de formas más suaves y dio a la mujer una posición más considerada y más libre por lo menos aparentemente, de lo que nunca había conocido la edad clásica” (Engels, 1884: 66).

Hasta acá hemos visto que se produjo desde los primeros tiempos de la promiscuidad sexual hasta la familia monogámica, un achicamiento progresivo del círculo dentro del cual se formaban los matrimonios. Primero se prohibió el matrimonio entre padres e hijos, luego entre hermanos, con la familia sindiásmica el hombre tenía una mujer principal y él era para ella su esposo principal. Hasta llegar a la familia monogámica: un hombre y una mujer y los hijos nacidos de esa unión.

A lo largo de toda la historia de la humanidad, el ser humano nunca había elegido su pareja. En principio se venía ya casado al mundo, en las familias punalúa y sindiásmica eran las madres las que decidían los matrimonios con base a las conveniencias de la gens. En la familia patriarcal y luego definitivamente monogámica, en el mundo occidental, los matrimonios se decidían en función de las conveniencias de herencia y linaje. A partir de lo expuesto podemos pensar la evolución de la familia desde dos parámetros: por un lado desde el achicamiento progresivo del círculo del matrimonio y por otro desde el lugar que ocupaba la comunidad de pertenencia en la vida individual.

⁷⁴ Ibidem

⁷⁵ Ibidem

⁷⁶ La cursiva es nuestra.

El amor sexual individual, es una adquisición reciente de la humanidad, y la elección libre de la pareja lo es aún más.

La monogamia fue un gran progreso de la humanidad, pero de ninguna manera aparece en la historia como un acuerdo entre un hombre y una mujer, sino hasta fines del siglo dieciocho y comienzos del diecinueve. El amor sexual como pasión, que fue la primera forma de amor sexual que apareció en la historia, fue el amor caballeresco de la Edad Media, pero no nace de la pareja conyugal, sino del adulterio cantado por los poetas de la época. El adulterio y la prostitución fueron dos instituciones que nacieron junto con la monogamia (Engels, 1884).

La familia monogámica se instaló definitivamente en la sociedad occidental y mantuvo durante siglos sus características patriarcales. Es decir, la sumisión absoluta de la mujer al dominio de varón; y la decisión del matrimonio entre dos personas siguió sin depender de ninguno de los contrayentes, sino de la decisión de los padres de acuerdo a las conveniencias económicas y de linaje en las clases altas y según las conveniencias de la comunidad en las clases más bajas y en la población rural agrupada en aldeas.

*La familia monogámica permaneció estática en sus características elementales hasta fines del siglo dieciocho*⁷⁷. ¿Cuales eran las características de la familia monogámica durante los siglos que precedieron a la forma inmediata al nacimiento de la familia nuclear?

La familia de los siglos XVI y XVII

En este apartado nos interesa abordar las pautas, ya más particulares, que caracterizaban a la familia monogámica en los siglos que precedieron al nacimiento de la moderna familia nuclear. Es importante tener en cuenta una aclaración que Shorter hace respecto a los siglos anteriores a los que vamos a ver en este apartado:

... las modernas investigaciones en la historia medieval sugieren que la denominación 'tradicional' conviene más apropiadamente a los tres siglos entre la reforma y la revolución Francesa. En el siglo XIII se notaba un movimiento generalizado: había prosperidad general y la población crecía a saltos; la cultura popular mostraba una efervescencia que sólo ahora los investigadores están

⁷⁷ La cursiva es nuestra.

empezando a sacar a luz. Luego a fines de la Edad Media, tuvo lugar una regresión ..., y comenzó un período de recesión económica, demográfica y cultural, que hubo de continuar hasta comienzos del siglo XIX. Es esta época de declinación y estancamiento de la vida occidental que podemos llamar ‘tradicional’.

Existían en Europa, debido al mercantilismo de la época, dos clases sociales inmensamente ricas. Una constituida por la nobleza y la otra, por la naciente burguesía. A una distancia abismal en el status socioeconómico, estaba la clase popular, sumergida en la más grande de las miserias.

Durante estos tiempos el propósito de las personas era dar el ejemplo a las generaciones futuras así como lo habían recibido de las generaciones pasadas. La familia estaba sujeta de manera muy firme a **las tradiciones y la herencia en las comunidades rurales y de artesanos; y a consideraciones de linaje y económicas en las clases altas**. Shorter (1975), utiliza la metáfora de ‘un barco bien amarrado’ para definir a la familia de estos tiempos: “...un barco que no viaja a ningún lado sino que forma parte del paisaje del puerto”. De acuerdo con este autor la familia estaba sujeta a la comunidad por tres clases de ataduras:

Pues bien, en los Viejos y Malos tiempos –digamos los siglos dieciséis y diecisiete- la familia estaba anclada e inmóvil en el ordenamiento social. Una serie de lazos la amarraba a la parentela: la red de tíos y tías, sobrinos y sobrinas que decoraban el paisaje social antiguo. Otra serie la aseguraba a la comunidad, a tal punto que los vacíos de poder en el campo privado autorizaban la intromisión de alguien ajeno para preservar el orden. La tercera serie de ataduras unía a esta familia con las generaciones pasadas y las futuras. En su vida cotidiana, la gente debía tener presente tradiciones ancestrales y comportamientos heredados ... necesitaban reglas claras que jerarquizaran las relaciones dentro de la familia. (Shorter, 1975: 9)

Hasta esos tiempos la familia era más una unidad productora y reproductora que una unidad emocional. Y el matrimonio siguió siendo un trato que no cerraban las partes interesadas. La preponderancia del hombre ya llevaba instalada muchos siglos, a esto se agregó la indisolubilidad del matrimonio promulgada en el Concilio de Trento a fines del siglo dieciséis. La familia monogámica queda vinculada a tres valores principales: el económico, el respeto a

las tradiciones y el carácter de sacramento al que lo elevó la Iglesia Católica al declarar su indisolubilidad.

Había una preferencia por las costumbres y las tradiciones antes que por la espontaneidad y la individualidad.

Familia, hogar y comunidad

En la Europa tradicional los hogares eran amplios y complejos ya que albergaban a más miembros que la simple unidad conyugal. En las ciudades había grandes variaciones que dependían de la posición económica y social. Cuanto más alta la clase social, más grande y complejo era el hogar. En las poblaciones rurales generalmente se hacían presentes más generaciones viviendo juntas en un hogar, incluía muchas veces parientes laterales como a los hermanos solteros de ambos sexos, para los que no había tierras, como así también a los abuelos. Había grandes variaciones en la estructura del grupo doméstico y eran las siguientes:

- Familia conyugal básica: madre, padre e hijos sin otros parientes viviendo con ellos
- Familia ramificada: padre, madre, hijos más los abuelos
- El gran hogar familiar múltiple: extendido lateralmente a los hermanos y hermanas del marido y la mujer y verticalmente incluyendo la tercera generación de abuelos. Se caracterizaba por la presencia de varias parejas emparentadas de la misma generación viviendo bajo la ley patriarcal del padre. (Ejemplo de esta estructura familiar son las zadrugas eslavas, aún existentes)

Es importante agregar que cualquiera de estos grupos, en la ciudad o en las aldeas rurales podían incluir pensionistas, sirvientes, *huérfanos e hijos de uniones previas*.

En estos tiempos los novios se casaban alrededor de los treinta años y generalmente uno de los cónyuges moría entre los primeros cinco y diez años de matrimonio. Los hombres se volvían a casar rápidamente. Las mujeres esperaban un poco más. Lo que interesa rescatar “de estas frecuentes rupturas es que cualquier matrimonio podía no ser el primero para uno de los contrayentes y que algunos niños en el hogar podían provenir de uniones anteriores” (Shorter, 1975: 33).

El valor que se le otorgaba a la socialización de un niño nada tenía que ver con el actual. Generalmente había pocos niños residiendo en el hogar, por tres razones principales. Por una parte, la alta tasa de mortandad infantil “...uno de cada tres niños moría antes del primer año de vida, y sólo uno de cada dos llegaba a los veintiún años”. Por otro lado, los niños campesinos abandonaban el hogar alrededor de los siete u ocho años “para trabajar como sirvientes, pastores, cuidadores en alguna granja... o aprendices de algún artesano”. En la ciudad, aun niños de ambos sexos de familias educadas y de clase media partían apenas un poco más tarde que los niños campesinos, destinados a una gran variedad de ubicaciones en la escala social (Shorter, 1975: 33).

La privacidad sexual en el hogar es también una adquisición de la modernidad. Una pareja rica podía apartarse más fácilmente que una pobre aunque antes del siglo diecisiete es difícil que lo hicieran aunque las estructuras de sus casas se lo permitiesen. Las familias dormían en un espacio único que compartían incluso con las gallinas.

La población rural estaba agrupada en aldeas. Los trabajos de la tierra se hacían generalmente en común y la comunidad ejercía fuertes controles, no sólo sobre el ganado y la agricultura, sino también sobre el ciclo anual de ceremonias, controlaban la vida de los individuos en aspectos como las migraciones y la moralidad; el grupo de pares controlaba los noviazgos. En las ciudades los controles los ejercía la comunidad a la que la persona pertenecía (gremio, linaje, etc.), aunque no con tanto éxito como en el campo. El campo de la privacidad estaba reducido al máximo en la misma medida en que se ampliaba el campo de la interacción pública, con lo cual quedaba rígidamente establecido lo permitido y lo prohibido. La matriz física dentro de la cual se desarrollaba la vida de la familia desalentaba la intimidad; la vigilancia informal de la comunidad era omnipresente.

Los matrimonios populares carecían de afecto en toda Europa y se mantenían unidos por consideraciones de corrección y linaje. No era posible desobedecer a la comunidad a la que se pertenecía. La pareja y la familia se mantuvieron durante siglos en un intenso aislamiento emocional gracias a una estricta demarcación de roles sexuales y de la división de trabajo. Los hombres debían ser excesivos, egoístas y dominantes en su autoridad patriarcal, en tanto que las mujeres debían ser sumisas, leales e insignificantes. Cada cual cumplía con sus obligaciones. Hacían lo que la comunidad esperaba que hiciesen. Sus vidas se desarrollaban sin desorden y a nadie se le hubiera ocurrido preguntarse si eran

felices. La distancia emocional que separaba a las parejas era abismal, y si hubo quienes lograron escapar a las celdas de acero que eran sus roles sexual y social las fuentes documentales no lo dicen (Shorter, 1975). Esta conducta prevaleció en todas las clases sociales europeas hasta fines del siglo dieciocho, a excepción de un puñado de ricos e intelectuales.

La gran emergencia del sentimiento como valor social y cultural prioritario para la elección de pareja emergió después de la segunda mitad del siglo XVIII y se extendió masivamente con grandes implicaciones y cambios. Es a partir de este deshielo emocional que comienza a formarse el nuevo modelo de familia, una nueva manera de vivir. Previo a este deshielo emocional, la relación madre - hijo era muy diferente de lo que es en la actualidad.

Madres, hijos y nodrizas pagas

La buena maternidad (en la cultura occidental) es también un invento de la modernidad. Hasta fines del siglo dieciocho, las madres veían con indiferencia el desarrollo y la felicidad de sus hijos menores de dos años. Y si carecían de amor materno, era porque las circunstancias materiales y las opiniones de la comunidad las forzaban a subordinar el bienestar de sus bebés a otros objetivos, tales como mantener ordenada la granja o ayudar a sus maridos cosiendo ropa. (Shorter, 1975: 218). Fue Phillips Ariès el primero en afirmar, que la indiferencia materna ante los bebés, era un fenómeno generalizado. De acuerdo con este autor, esta indiferencia comenzó a retroceder en la alta burguesía y entre la nobleza en los siglos dieciséis y diecisiete.

Mas allá del grupo minoritario de las mujeres nobles y burguesas, la mayoría de las mujeres tenían muchas obligaciones que cumplir, no se dedicaban al cuidado del hogar, ni de los lazos emocionales, ni de que reinara la armonía afectiva, esos no eran los valores de la época. Los valores les indicaban que debían cumplir con las asignaciones que les imponían sus roles sexual y social. Poco tiempo quedaba para atender a los bebés después de cumplir con las múltiples tareas que debían realizar en la granja o el trabajo dentro o fuera de la casa en la ciudad. Los niños pequeños eran brutalizados por la vida cotidiana; una práctica generalizada de esta época era la de dejar a los bebés inmovilizados durante días. Los médicos eran quienes se espantaban ante esta práctica. No había luto frente a la muerte de un bebé, nadie se inmutaba por ello salvo en ocasiones especiales en las que el bebé era

el primero y la madre moría junto con el niño al dar a luz, en ese caso el esposo debía devolver la dote a la familia de la mujer y esto no causaba mucha alegría. Shorter se pregunta qué afecto podrían haber sentido estas madres hacia sus hijos si se limitaban a dejarlos agonizantes en los albañales. Hijos legítimos eran abandonados en las puertas de instituciones de caridad, donde casi todas las probabilidades indicaban que el niño moriría pronto. **La miseria era uno de los factores que llevaban a los padres a abandonar a sus hijos. La cantidad y la edad de los niños expósitos aumentaba, con relación al aumento del pan**⁷⁸. Ya no solo abandonaban a los bebés sino también a niños de más edad. La espantosa miseria de la época aparta un poco estas situaciones de la indiferencia absoluta.

Sólo al ver la práctica generalizada de las nodrizas pagas, se observa que la separación entre madres e hijos era una costumbre en todas las clases sociales europeas. No se trataba de nodrizas que venían al hogar a amamantar a los hijos frente a la atenta presencia de la madre; sino que una vez bautizados, los bebés eran enviados a lugares distantes, donde si sobrevivían al viaje, pasarían los próximos dos años. Durante este tiempo las madres no veían a sus hijos, aunque se comunicaban de vez en cuando por carta.

La tremenda pobreza que había llevado a las mujeres rurales a tomar un lactante a su cargo creaba un ambiente inaceptable para la crianza, e incluso riesgoso para la supervivencia del bebé. La mortalidad de niños legítimos pensionados con nodrizas superaba el 30%. Esta práctica era tan generalizada y comúnmente aceptada que existían instituciones oficiales que se dedicaban a esta tarea como la 'Direction Municipale de Nourrices' de París y además agencias privadas improvisadas (Shorter, 1975).

El grupo que nunca envió a sus niños afuera a gran escala, ni tomó niños ajenos a su cargo fue el de los obreros industriales, la vanguardia de la modernidad. Aunque estas mujeres amamantaran con biberón o tomaran una nodriza, no enviaban a sus hijos afuera por largos períodos. Lo importante a señalar es que las madres en la familia de estos tiempos no se interesaban por sus bebés y por eso los índices de mortalidad eran tan elevados. Pareciera ser que no tenían conciencia de la fragilidad de la vida de un bebé. Los valores imperantes de la época no permitían otra cosa. En las clases menos pudientes, obediencia a la comunidad, llevar adelante la parte del trabajo que le correspondía como mujer, que era mucho. Poco lugar

⁷⁸ La negrita es nuestra.

había para el desarrollo de un sentimiento materno como hoy lo conocemos. Las mujeres si querían cuidar a sus bebés debían abandonar las tareas asignadas por la comunidad y en consecuencia resignar las ganancias que aportaban al hogar y esto no fue posible en los Viejos y Malos tiempos.

Amor sexual individual

Como ya hemos visto, la monogamia no nace del amor sexual individual, sino de consideraciones económicas, de linaje y de herencia. Así como en la familia sindiásmica eran las madres quienes decidían la unión matrimonial con base a las conveniencias de la gens; en toda la antigüedad fueron los padres quienes concertaron los matrimonios de sus hijos y estos hijos se limitaban a aceptar tranquilamente. A nadie se le ocurriría preguntarse acerca de la propia felicidad en estas épocas.

Durante siglos, el objetivo del matrimonio y la familia era dar el ejemplo a las generaciones futuras así como las generaciones pasadas se los habían brindado a ellas. Los roles estaban rígidamente definidos y cada cual debía cumplir con ellos. La familia fue sobre todo una unidad productora y reproductora y no una unidad emocional. Un mecanismo para transmitir la herencia, el linaje y las tradiciones. La transmisión de estas cosas era lo importante, aquello que era puesto en valor, no las manos entrelazadas ni la reunión alrededor de la mesa.

A fines del siglo XVIII nace el amor romántico para afianzarse como valor y base para decidir la unión matrimonial en el siglo diecinueve. Aún así, en las clases dominantes, la injerencia de los padres en la elección de cónyuge para sus hijos era muy poderosa. En cambio las clases más humildes, que no tenían bienes que transmitir podían elegir libremente su pareja.

Ante tanta rigidez social era difícil que los sentimientos de afecto personal pudieran surgir. *Los valores imperantes en todos los niveles sociales eran la tradición y el respeto por los antepasado*⁷⁹ como ejemplo para las generaciones futuras. Tal era la situación en Europa antes de la conquista de América; a partir de los nuevos descubrimientos geográficos los europeos se disponían a conquistar el

⁷⁹ La cursiva es nuestra.

mundo a través del comercio universal y la industria manufacturera. Comienza el mercantilismo y evoluciona hacia el capitalismo.

F. Engels en el siglo pasado afirmaba que precisamente el capitalismo al otorgar a todas las cosas el valor de mercancía rompe las relaciones tradicionales del pasado y reemplaza, las costumbres heredadas y los derechos históricos, por la compraventa. Es decir que a partir del nacimiento del capitalismo el mundo occidental pasó de un orden de cosas heredadas a un orden de cosas libremente consentido. Nace el 'libre' contrato. Los ideales de libertad e igualdad proclamados por el iluminismo se afianzan en la cultura como valores básicos para la vida.

Aquí se presentaba una gran contradicción en el matrimonio. Si el matrimonio era un contrato, debía ser libremente consentido. De acuerdo con el concepto burgués "... el matrimonio era un contrato, una cuestión de derecho, y por cierto, la más importante de todas, pues disponía del cuerpo y del alma de dos seres humanos para toda su vida" (Engels, 1884: 76-77). Pero el 'sí' de los cónyuges no era una auténtica decisión personal, no era un consentimiento libre. Para las clases altas, el trato siguió cerrándose de acuerdo a los intereses económicos de las familias.

Antes de la Edad Media no puede hablarse de amor sexual individual; en los tiempos clásicos:

...el poco amor, en el sentido moderno de la palabra, no se presenta en la antigüedad sino fuera de la sociedad oficial (entre esclavos). En la Edad Media arranca del punto en donde se detuvo en la antigüedad, con su amor sexual en embrión, es decir, arranca del adulterio... De este amor que tiende a destruir el matrimonio, hasta aquel que debe servirle de base, hay un largo trecho que la caballería jamás cubrió hasta el fin (Engels, 1884: 74).

Durante los siglos dieciséis y diecisiete y hasta mediados del dieciocho, el matrimonio siguió siendo un trato que no cerraban las partes interesadas. En las clases altas dependía por entero de consideraciones económicas, para el burgués y de linaje para el noble. En las aldeas rurales, aún quienes no tenían tierras debían casarse de acuerdo a los arreglos que hacía la comunidad para su propio beneficio, basados en la transmisión de las tradiciones con las menores variantes posibles. En las ciudades, las clases pobres también debían responder a las exigencias de la comunidad a la que pertenecían.

Ante las posibilidades de un mundo infinitamente más grande, que los europeos se disponían a conquistar, el orden de importancia del honor y los privilegios, transmitidos de generación en generación, fue cambiado paulatinamente por el deseo de riquezas obtenidas del Nuevo Mundo.

Entre la burguesía naciente, y sobre todo en los países protestantes, se conmovió de manera más profunda el orden de cosas existente y se fue reconociendo cada vez más la libertad de contrato para el matrimonio. Para los burgueses el matrimonio continuó siendo un matrimonio de clases, pero se otorgaba libertad para que la elección de la pareja se realizara dentro de la propia clase. En los países Católicos, los padres siguieron tomando decisiones por los hijos durante mucho más tiempo. En cambio, el matrimonio del naciente proletariado, al no haber riquezas de por medio, y habiendo perdido valor el respeto tan extremo por las tradiciones, se realizaba por afinidad y se terminaba cuando terminaba la afinidad. (Engels, 1884)

Los ideales de libertad e igualdad propagados por el capitalismo, al provocar la ruptura de las tradiciones, posibilitaron el deshielo de las emociones y el surgimiento del sentimiento como valor; y como sostiene Shorter 'un oleaje de sentimiento' ayudó a liberar a la familia tradicional.

En la segunda mitad del siglo dieciocho los jóvenes de ambos sexos, en las clases bajas, fueron conscientes de que la vida iba más allá de cumplir con las tradiciones de su comunidad y comenzaron a buscar pareja por sí mismos, llevados de la mano del ideal del amor romántico.

La revolución romántica que nació en Europa a fines del siglo dieciocho, no paró en los siglos siguientes, barrió en todo el mundo occidental con las viejas normas de conducta en el noviazgo y afectó profundamente la forma de relacionarse entre los miembros de la familia. Nació una nueva relación entre los integrantes de la pareja; y un nuevo modo de relación entre la pareja como unidad y el orden social que la rodeaba. (Shorter, 1975)

Con el nacimiento del amor romántico, la sexualidad quedó ligada a los sentimientos amorosos y así permaneció hasta los años sesenta del siglo actual en que amor y sexo comenzaron a tomar rumbos diferentes.

El nacimiento de la familia nuclear

El oleaje de sentimientos, en el sentido de espontaneidad y empatía, que ayudó a liberar a la familia de los rígidos roles establecidos se produjo en tres áreas: **el amor romántico, el amor materno y la domesticidad**⁸⁰.

Por una parte el galanteo, el **amor romántico**⁸¹ abandonó las consideraciones materiales y comunitarias y las reemplazó por la dicha personal como criterio básico para reunir a la pareja. Por otro lado la relación *madre - hijo* sufrió un cambio fundamental. Aunque las madres de los años anteriores a la emergencia del sentimiento como valor, estaban preparadas para la crianza de sus hijos, en las clases bajas la desesperada lucha por la supervivencia era un interés superior al bienestar del niño.

En la nueva sociedad naciente, las madres tomaron conciencia de la fragilidad de la vida del bebé. La cristalización del **amor materno**, da una nueva base emocional a la familia, e introduce una razón independiente del amor romántico para unir a la pareja. El amor de la madre por el bebé terminó involucrando a los hijos mayores y al padre. La mujer se retiró de sus duras obligaciones laborales para dedicarse a construir un '*nido*' para toda la familia. El hogar se convirtió en un cálido refugio para el esposo y los hijos mayores, donde podían encontrar calor y tranquilidad para reponerse del duro contacto con el mundo exterior. La familia levantó altos muros para proteger su privacidad e intimidad. Y nació esta manera de ser de la familia donde todos estuvieron felices por largos años.

El modelo de familia nuclear, nació en la clase media y se extendió a todas las demás y se convirtió con el paso del tiempo en ideal anhelado y deseado. Pero *la familia nuclear se formó sobre todo sobre la base de la relación madre - hijo*. Los hijos ocuparon el lugar principal. Si bien el amor romántico fue el primer paso, y se ocupó de reunir a la pareja; si el amor conyugal es el principal vínculo que debe unir a la pareja, el amor sexual es inestable y la pareja debía separarse cuando este acceso de amor se terminase. Pero esto no sucedió como fenómeno social por mucho tiempo. Como sostiene E. Shorter:

El núcleo no fue el amor romántico; pues como hemos visto las clases bajas fueron las primeras en experimentar la aparición del romance y la sexualidad que

⁸⁰ La negrita es nuestra.

⁸¹ Ibidem

crearon la conciencia moderna. Y en ninguna clase, alta o baja, los sentimientos románticos llegaron a sobrevivir más allá de los primeros años ardientes de la realidad marital. Antes bien, la familia nuclear se formó sobre la relación madre - hijo. (Shorter, 1975: 266).

Este amor de la madre por el bebé, terminó envolviendo a todos los integrantes de la familia y nació la **domesticidad**, la última de las tres grandes erupciones del sentimiento que convirtió al hogar en dulce hogar y a la familia en una unidad emocional y en el núcleo alrededor del cual se centraba la vida de los individuos. Los sentimientos pasaron a ocupar un plano importante en la vida de las personas. Nació un nuevo '*estadio mental*' donde los miembros de la familia comenzaron a sentirse mucho más unidos entre sí que con el mundo que los rodeaba. Aprendieron a sentirse partícipes de un clima emocional privilegiado y debían proteger su nido.

Pero aquella familia nuclear del siglo pasado poco tiene que ver con la familia que hoy llamamos nuclear. La emergencia del sentimiento sacudió los basamentos familiares que se habían mantenido rígidamente durante siglos. La mujer se retiró de las duras exigencias del rol que le imponían las relaciones de producción y se refugió en el hogar, fue la principal constructora o creadora de la idea de 'nido'. La dicha personal para ella era ser madre y guardiana de las relaciones afectivas en su nido.

Ya dijimos que cada forma de familia hereda algo a la que le sigue. Con el advenimiento de la familia patriarcal y finalmente monogámica, hombres y mujeres perdieron el inmemorial derecho de la libertad sexual propia de los matrimonios por grupo, punalua y sindiásmico. Junto a la familia monogámica nació el adulterio. Adulterio castigado para las mujeres, en cambio para los hombres el adulterio era, y aún es a lo sumo una manchita moral que se lleva con cierto orgullo.

La familia nuclear, fue un gran avance histórico y evolutivo y heredó el aura de la familia tradicional: predominio del hombre sobre la mujer y por mucho tiempo la indisolubilidad del vínculo matrimonial. Con los nuevos valores surgió una nueva demarcación de roles sexual y social para el hombre y la mujer. Esta demarcación se volvió rígida con el tiempo. El desarrollo personal era un bien masculino. La mujer se convirtió principalmente en 'madre - guardiana del hogar' y el hombre siguió siendo el 'jefe' de la familia. El varón procuraba los bienes para el sustento familiar y la mujer cuidaba el hogar y la familia. Con el paso del tiempo las

nuevas costumbres se volvieron viejas y se convirtieron en tradicionales. La familia ‘moderna’ nuclear: padre, madre y un número, primero creciente y después decreciente, de hijos, estrechamente entrelazados entre sí por lazos amorosos, se convirtió en la ‘norma’ y el ideal aceptado en mundo occidental durante algo más de cien años. La familia nuclear pasó a ser la forma tradicional y aceptada de la familia.

Patrones conductuales derivados del modelo de familia nuclear

¿Qué modelos conductuales o patrones de vida contiene este modelo naciente de familia nuclear moderna? Como ya hemos visto, cada forma nueva de familia hereda algo del modelo que le precedió. La moderna familia nuclear nacida en el siglo diecinueve trajo consigo cambios verdaderamente revolucionarios con respecto al orden social preexistente. Fundamentalmente la familia pasó a ser no sólo una unidad productora y reproductora, sino también una unidad emocional.

Por primera vez los lazos afectivos, en el sentido de empatía y espontaneidad, entre los miembros de una familia: *el amor materno, la idea de domesticidad, y la libre elección de la pareja conyugal* ocuparon un lugar de valor social, no sólo aceptable, sino necesario. Pero continuaron presentes en la familia nuclear naciente importantes características de la familia monogámica y patriarcal: el hombre siguió siendo el ‘jefe administrativo’ de la familia, en un sentido de máxima autoridad reconocida. Si bien un tanto más moderado que en la forma anterior. Su rol sexual y social se definía básicamente por ser quien proveía el sustento para toda la familia, sostenía el mando y era la máxima autoridad frente a los hijos, quienes le debían el mayor de los respetos. Durante muchos años lo normal era que los hijos dependieran de la autoridad del padre (sobre todo) y sólo pasaban a ser independientes a partir de que formaban su propia familia.

El nuevo rol de la mujer en la familia al mismo tiempo que exaltaba las virtudes de la maternidad, también mantuvo ciertas características de la forma anterior de familia; principalmente el sometimiento a la autoridad del marido, de quién dependía económicamente en las clases medias, y en cualquier clase social, alta o baja, la mujer dependía civilmente del hombre. En nuestro país, de hecho las mujeres no tuvieron capacidad legal hasta 1926, año en que se sancionó la ‘Ley de Derechos Civiles de la Mujer’. Hasta ese momento no podía disponer de nada por sí misma; su esposo, hijos o hermanos varones debían hacerlo por ella. Sus derechos políticos se sancionaron veinte años después.

Como ya hemos visto el modelo de familia nuclear se formó sobre la base del amor materno que terminó por envolver a todos los integrantes en la delicada red de la domesticidad. La mujer se sintió cómoda y feliz retirándose del duro rol social anterior y se convirtió en la principal constructora y guardiana del ‘nido’. Con la familia nuclear se exalta el rol de la mujer teñido con las virtudes de la maternidad. Se naturaliza primero el rol de la *mujer ‘madre - ama de casa – esposa - reguladora de la educación, higiene, paz y amor en el hogar’*, se ‘naturaliza’ el modelo de familia nuclear, ‘la familia unida por el amor’ y se privilegia el sentido de unidad como algo ‘dado’; no como algo que es producto del trabajo y del cuidado; es decir la familia y los lazos familiares como algo dado, como un hecho, y no como un proceso que requiere tiempo, dedicación y trabajo.

Las instituciones que en principio se resistían a dejar de lado las tradiciones, sin más remedio aceptan y convierten a la naciente forma de familia en una nueva tradición. Desde este lugar se ‘naturalizan’ las relaciones familiares como ‘dadas’ y de manera que dificultan el reconocimiento de las mismas son culturalmente creadas, relaciones en las que ‘debe’ predominar el amor. La cultura occidental se olvidó rápidamente de los miles de años que le costó parir estos sentimientos y convertirlos en un valor cultural apoyado por las instituciones. Rápidamente decidió que eran *inherentes a la naturaleza humana*. Esta familia nuclear, que tuvo el nombre de familia ‘moderna’, fue mayoritaria durante aproximadamente cien años; y como mayoritaria marcó la ‘norma’ y lo ‘normal’, por lo que cualquier otra forma de familia quedaba fuera de esa norma.

Podemos esquematizar las coordinaciones conductuales que se ocultan al decir ‘familia nuclear’ de la siguiente manera:

Permanecen en la nueva familia nuclear⁸², las características heredadas del modelo anterior:

- Continúa siendo una unidad productora y reproductora (de bienes y de la especie)
- La familia continúa siendo monogámica y el vínculo matrimonial sigue siendo indisoluble.

⁸² La cursiva es nuestra.

- Mantiene la característica de ser patriarcal y, aunque más moderada, sigue determinando una relación de dominio/sumisión entre esposo/esposa e hijos

Incorpora como nuevas adquisiciones⁸³:

- El carácter de convertirse en una unidad emocional para todos sus integrantes.
- La libre elección de la pareja.
- Se privilegia el bienestar afectivo y material de los hijos a fin de posibilitar su desarrollo.
- A partir de los hijos, la familia adquiere su *verdadero sentido*, y con esto quedan definidos los nuevos roles para el hombre y la mujer, como padre y madre.
 - Para el hombre, como padre: proveedor de los bienes necesarios para el sustento de todo el grupo familiar y representante de la máxima autoridad, es decir, el ‘jefe’ de la familia.
 - Para la mujer, como madre: dadora de cuidado físico y amoroso. ‘madre-ama de casa- reguladora de la educación, higiene, paz y amor en el hogar y finalmente esposa.
- A partir de la definición de los roles sexuales del hombre y la mujer como padre y madre:
 - La pareja parental subordina a la pareja conyugal.
 - La idea de felicidad personal queda asociada a la idea de felicidad de los hijos y de la familia como un todo.
 - Pasa a ser el centro o núcleo de la vida de las personas.
 - La idea de la familia como unidad y como unida se convierte en un valor principal, que subordina el desarrollo de los integrantes del grupo como individuos al mantenimiento de la unidad y unión familiar.

⁸³ Ibidem

Las últimas transformaciones

La familia, nuclear o no, no importa cuál sea la estructura del hogar, continúa siendo una unidad emocional además de una unidad productora y reproductora en la cultura occidental. Pero ya no es posible hablar de ‘la familia’ moderna, sino más bien de los distintos modelos de familia que coexisten en la cultura postmoderna.

En la familia nuclear o deberíamos decir ‘**intacta**’⁸⁴, las cosas han cambiado mucho; los roles se han flexibilizado en gran medida. Los hombres participan de la crianza de los hijos y las mujeres trabajan también fuera del hogar. Esto ha acarreado no pocas consecuencias. Los valores han cambiado nuevamente; ahora la dicha, el desarrollo y crecimiento personal comienzan a ser derechos del hombre, la mujer y los hijos.

Lewis Morgan en 1877 escribía:

Si se reconoce el hecho de que la familia ha atravesado por cuatro formas y se encuentra en la quinta actualmente, plantease la cuestión de saber si esta forma puede ser duradera en el futuro. Lo único que puede responderse es que debe progresar a medida que progresa la sociedad, que debe modificarse a medida que la sociedad se modifique; lo mismo que ha sucedido antes. Es producto del sistema social y reflejará su estado de cultura. Habiéndose mejorado la familia monogámica desde los comienzos de la civilización, y de una manera muy notable en los tiempos modernos, lícito es, por lo menos suponerla capaz de seguir perfeccionándose hasta que se llegue a la igualdad entre los dos sexos. Si en un porvenir lejano, la familia monogámica no llegase a satisfacer las exigencias de la sociedad, es imposible predecir de qué naturaleza sería la que le sucediese. (Morgan, 1877; citado en Engels, 1884: 80)

Y en 1884 F.Engels agregaba:

Pero sin duda lo que desaparecerá de la monogamia son los caracteres que le han impreso las relaciones de propiedad a las cuales debe su origen. Estos caracteres son en primer término, la

⁸⁴ Las comillas y la negrita son nuestras.

preponderancia del hombre y, luego, la indisolubilidad del matrimonio. La preponderancia del hombre en el matrimonio es consecuencia, de su preponderancia económica, y desaparecerá por sí sola con ésta. La indisolubilidad del matrimonio es consecuencia, en parte, de las consecuencias económicas que engendraron la monogamia y, en parte una tradición de la época en que, mal comprendida aún, la vinculación de esas condiciones económicas con la monogamia fue exagerada por la religión. Actualmente está ya deteriorada por mil lados. Si el matrimonio fundado en el amor es el único moral, solo puede ser moral el matrimonio donde el amor persiste; en virtud de ello, cuando el afecto desaparezca o sea reemplazado por un nuevo amor apasionado, el divorcio será un beneficio lo mismo para ambas partes que para la sociedad (Engels, 1884: 79)

Estos estudiosos de la familia, que se cuentan entre los primeros, preveían acertadamente que la familia seguiría evolucionando. La familia es productora y producto a la vez de la sociedad de la que forma parte y se modifica junto con ella modificándola a su vez. En la medida en que la dicha y el desarrollo personal se han convertido en un valor diferente del amor parental; el amor conyugal ha pasado a ocupar un lugar independiente de este amor parental que era la base de la familia nuclear; los índices de divorcio han aumentado y la lucha por conseguir la igualdad de los sexos está en plena vigencia hoy. A diferencia de cincuenta o cien años atrás la mujer ya no depende económicamente por entero del hombre y esto le ha dado libertad para terminar con un matrimonio mal avenido.

*Por otra parte, si bien los hijos y la maternidad siguen ocupando un lugar preponderante en la vida de la mujer, la mujer actual empieza a vivir su derecho a ser una persona; más allá de la maternidad, hay otros parámetros que van ganando lugar en su identidad. La ecuación mujer - madre ya no es la única, pero sigue firmemente arraigada. Las personas, hombres y mujeres buscan su crecimiento personal y la familia nuclear necesita transformarse para dar cabida al desarrollo de las necesidades de sus integrantes*⁸⁵.

En el modelo de familia tradicional, hasta fines del siglo dieciocho, eran más importantes y estrechos los lazos que las personas establecían con la comunidad

⁸⁵ La cursiva es nuestra.

a la que pertenecían; y esta comunidad era más importante, en tanto valor cultural y como red de nucleamiento social que la familia. En la transformación de la familia tradicional a la nuclear, la familia pasó a ser el centro que nucleaba las relaciones del individuo, era el valor imperante. En bien de la felicidad y unión de la familia las personas dejaban de lado muchos intereses individuales. En la actualidad el acento tiende a desplazarse hacia la felicidad, el desarrollo y crecimiento personal de todos los integrantes de la familia más que en el desarrollo de la familia como un todo. Cuando los intereses personales de los integrantes de la pareja no son compatibles, o cuando el amor del comienzo se termina, la pareja se divorcia o se separa, pero si han tenido hijos, continúan ligados en sus funciones parentales.

Sin embargo, la familia actual, aún estando constituida por madre, padre y los hijos que ambos tuvieron juntos dista mucho de esta familia nuclear original. En esta unidad familiar básica (que sigue en proceso de cambio), la mujer y el hombre están cambiando sus roles. La mujer también sale a trabajar y el hombre está aprendiendo a conocer y disfrutar otros aspectos de la paternidad que antes eran funciones, tanto deberes como privilegios, femeninos. La familia moderna está perdiendo las características patriarcales y evoluciona hacia la igualdad de los sexos, tal como lo preveía L. Morgan en 1877. Esto ha acarreado no pocas dificultades, porque los estereotipos están profundamente arraigados. Las parejas conyugal y parental, aunque siguen estando fusionadas en la familia intacta actual, han adquirido lugares de importancia independientes. En el modelo de familia nuclear, pareja y parentalidad estaban identificadas. En la familia postmoderna la independencia de las funciones conyugal y parental como valores, llevaron a la **no necesidad de ser cónyuges para ser padres**⁸⁶.

Nos interesa remarcar la *pauta de desplazamiento* de los valores colectivos a los individuales a lo largo de la evolución histórica del modelo de familia en distintos aspectos hasta llegar al individualismo exacerbado de la cultura actual.

De la mano del individualismo y en la búsqueda de dicha y satisfacción personal las parejas se divorcian y no tardan en volver a casarse; paradójicamente el modelo de familia con padrastro y/o madrastra exige a las personas involucradas un esfuerzo por aprender a ser solidarias y un gran respeto por la diversidad para poder alcanzar la dicha 'personal'. Ya no se trata de sacrificar la individualidad como en

⁸⁶ La negrita es nuestra.

otras épocas, primero en función de los intereses de la comunidad y después en función de la unidad familiar, sino de dejar de lado el individualismo para promover el desarrollo de las distintas individualidades en el seno de la familia, cualquiera sea su forma.

Ruth Goldfarb

A manera de resumen podemos plantear que en la era moderna las familias podían ser:

- La FAMILIA NUCLEAR, que estaba definida por el amor materno, la red de domesticidad, el nido y la unión de la pareja basada en el amor.
- La FAMILIA EXTENSA, que comprende la red de familiares de primer, segundo y tercer grado. También los allegados.
- La FAMILIA POLÍTICA, que es la familia de origen del cónyuge.
- La FAMILIA ADOPTANTE, hacía todo lo posible por mantener el secreto sobre el origen de los hijos.

La familia de hoy

Mantiene algunas de las características de la familia de la modernidad, pero ha adquirido nuevas configuraciones, que la hacen más variada, que la hace diferente. Las mismas están relacionadas con el número de miembros, con el grado de parentesco, con el género de quienes definen las relaciones y las circunstancias cotidianas, la/s cultura/s y la/s religión/es de los miembros de la pareja, con la legalidad (o ritual) que eligen para darle “respaldo” la unión (casamiento civil, casamiento religioso, sin ningún trámite o ritual que los una).

Susana Torrado ⁸⁷ refiere que “en los censos de población y habitación y en las encuestas de hogares se utilizan cuatro unidades de observación: las viviendas, los hogares, las familias y los individuos. Estos términos designan lo siguiente:

- *Vivienda particular*: es un recinto de alojamiento destinado a, o usado para albergar hogares (se usan como sinónimos las expresiones ‘unidad de vivienda’ o ‘local de habitación’).
- *Hogar particular*: grupo de personas que comparten la misma vivienda, las que asocian para proveer en común a sus necesidades alimentarias o de otra índole vital. Comprende también los hogares unipersonales.
- *Familia* La familia comprende a dos o más miembros de un hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción

⁸⁷ Torrado, S. (2003). Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870 – 2000).

o matrimonio (incluye parejas consensuales). Existe un tipo de familia – denominado *núcleo conyugal*⁸⁸ - que es crucial en la diferenciación de los hogares y las familias.

- *Individuo*: la persona que es miembro de un hogar”.

Por otra parte la postmodernidad ha propiciado un desdibujamiento de los límites generacionales, generando un acercamiento “peligroso” entre padres e hijos, aunque la brecha generacional se mantiene, son los hijos los que bregan por mantener la diferencia.

Los *padres* en muchas áreas actúan con conductas propias de los adolescentes, a su vez los *hijos* en muchas oportunidades asumen y muestran comportamientos adultos, a veces a instancias o por solicitud de éstos. Con lo cual los límites generacionales inevitablemente se hacen más difusos, lo cual permite y potencia problemas en los límites generacionales y en las jerarquías propias de la familia.

Como resumen podemos dejar establecido que en la postmodernidad debemos considerar:

Familia Nuclear

De la modernidad mantiene el amor materno, la red de domesticidad, el nido y la unión de la pareja por amor.

Entendemos que es aquella formada por un núcleo conyugal primario, es decir padres e hijos conviviendo de manera estable, con una historia de la pareja que incluye proyectos, ahora transformados en acciones conjuntas, que pueden o no incluir la formación de una familia, pero asumida ante la realidad concreta. Este proceso los ha llevado a lo largo de los años a generar vínculos fuertes entre sí y para con los integrantes de las familias de origen y la familia extensa de cada uno.

No consideramos si la pareja se encuentra civil y/o religiosamente casada.

⁸⁸ Se llama Núcleo conyugal a la familia constituida exclusivamente en alguna de las siguientes formas: a) pareja sin hijos. b) pareja con uno o más hijos solteros (estado civil) que no tienen pareja e hijos propios convivientes en el hogar. c) Un progenitor (padre o madre) con uno o más hijos solteros.

Familia de origen

Reconocemos como tal, a la familia en la cual se ha criado, educado cada uno de los miembros de la pareja. Por lo tanto pueden provenir de una familia nuclear, de una familia adoptiva, de una familia ensamblada.

Familia política

Reconocemos como tal a la familia de origen del cónyuge.

Familia extensa

Se entiende por tal, a la suma de los familiares que integran aquellos que constituyen la familia de origen y política de cada uno de los miembros de la pareja. Debemos incluir a los todos los familiares (abuelos/as, tíos/as, primos/as y otras personas que podrán no ser consanguíneos, pero seguramente poseen un vínculo particular que los hace miembros de la familia).

Familia compuesta

Aquella “formada por una familia nuclear o una familia extensa más otros no-parientes”⁸⁹

Familia adoptante (sin secreto)

Aquella que adopta legal o ilegalmente un miembro (hijo).

Familias ensambladas, o de segundas o terceras nupcias

Se llaman así a todas aquellas familias que resultan de la unión de hecho, o de manera legal, de dos personas, una de las cuáles posee un hijo de una relación anterior. En la actualidad se encuentra “legalizada” culturalmente y socialmente y en

⁸⁹ Torrado, S. (2003). Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870 – 2000).

muchas ocasiones la unión ha sido acompañada por los rituales civiles, religiosos y/o sociales propios.

Algunas combinaciones posibles:

- Una madre (que puede ser soltera, casada/separada/divorciada, viuda) – con un soltero sin hijos.
- Una mujer soltera y sin hijos con un hombre que es padre (soltero, casado/separado/divorciado, viudo)
- Una mujer viuda con hijos con un viudo sin hijos.
- Viuda (con hijos) – viudo (con hijos)

Familias uniparentales

Cuando una persona es madre o padre exclusivo, com producto de una propia decisión, o por el abandono (no recocimento del hijo o el abandono posterior) o por la muerte de su pareja, crían, educan a sus hijos solos o con ayuda de los miembros de la familia extensa.

Familia homosexual o gay

Aunque resulte obvio entendemos por familia homosexual a aquella constituída por dos hombres o dos mujeres. Hace muchos años que se encuentran entre nosotros, en nuestra comunidad y que se organizan como familia.

En el año 1996 se incluyó “el Artículo 11 en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que reconoce y garantiza el derecho a ser diferente, no admitiéndose discriminaciones que tiendan a la segregación por razones de orientación sexual. En Diciembre del 2002 se promulgó la Ley 1.004 de Uniones Civiles que establece que “para el ejercicio de los derechos, obligaciones y beneficios que emanan de toda la normativa dictada por la Ciudad, los integrantes de la unión civil tendrán un tratamiento similar al de los cónyuges”⁹⁰.

⁹⁰ Rumbos, Año 2, N° 77, 13 de febrero del 2005.

En el mismo artículo César Ciglutti, primero en ejercer el nuevo derecho refiere que un nuevo proyecto de Ley Nacional de Uniones Civiles está a punto de ingresar en el Congreso: “será una ley compleja, que regula desde la herencia y las pensiones por fallecimiento hasta la posibilidad de compartir el apellido de la pareja. Pero sobre algunos puntos, especialmente adopción, creemos que hay mucha desinformación. Por eso editamos un libro con ensayos de importantes pensadores y psicólogos que dan por tierra con muchos argumentos discriminatorios y demuestran claramente cómo la adopción es un acto de mucho amor y responsabilidad, sea uno homo o heterosexual”⁹¹.

“Entre julio de 2003 y agosto de 2004 se legitimaron legalmente 203 parejas, 101 conformadas por dos varones, 30 por dos mujeres y 72 parejas heterosexuales”.

Familias mixtas

La unión de dos personas que profesan diferentes religiones, o bien que son de diferentes razas, o pertenecen marcados ambientes sociales, o poseen diferentes mundos culturales. Y por si fuera poco, se pueden agragar todas las combinaciones posibles derivadas de combinar los pares de opuestos mencionados.

Recordemos la famosa película “¿Sabes quien viene a cenar esta noche?”. Que además de tener un reparto de figuras del momento, tenía como temática que una hija adulta de raza blanca y católica practicante presenta a su pareja de raza negra. Para la época en que se realizó el film era novedoso, hoy no lo sería en otros países, pero en algunos ambientes del nuestro sería todo “un suceso inesperado” y generaría la crisis consecuente.

¿Cuál será la organización de la familia dentro diez años?

No es posible precisar.

Pero seguro que todas estas diferencias se van a profundizar.

Jorge Fernández Moya

⁹¹ Ibidem.

CAPÍTULO 6

LA FAMILIA

CAPÍTULO 6

LA FAMILIA

Definición de familia

La posibilidad de ofrecer al lector una definición de la familia parecería una cosa sencilla, pero no lo es. No resulta fácil ponerse de acuerdo con cuáles deben ser los requisitos indispensables que se deben reconocer en estas organizaciones que ofrezcan parámetros útiles a la gran mayoría.

*Rosalía Bike*⁹², en 1982, propuso la siguiente definición:

“La familia es un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y consanguinidad sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad, para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual - histórica de cada uno de sus miembros”.

Esta definición queda más actualizada si realizamos un pequeño agregado y planteamos que:

“La familia es un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual - histórica de cada uno de sus miembros”.

⁹² Bikel, R. (1982) “Las etapas de la vida familiar: transición y cambio”.

De esta manera podemos incluir toda gama de nuevas organizaciones familiares, que pudieran no estar comprendidas si las limitamos a la consanguinidad como factor esencial.

Otras definiciones de *familia* son:

“Un grupo social doméstico que manifiesta una relación cotidiana y significativa, supuestamente de amor y protección”, propuesta por María Cristina Ravazola⁹³.

“Unidad social que posibilita crecer a sus miembros y desarrollar sus capacidades, su potencial y habilidades necesarias para lograr su autonomía como también un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, pena, amenaza, violencia y abusos sexuales” (Reynaldo Perrone y Martine Nanninn⁹⁴).

Otra definición de los mismos autores es:

“En el mismo crisol se hacen y deshacen los nudos de los lazos familiares y se conjugan sentimientos positivos y negativos. Así, poco a poco se realiza la alquimia de la construcción de la identidad y de la individualización o bien de la indiferenciación y alienación lo que inicialmente parecía contradictorio deja de serlo. Ante la idea de que, allí donde circulan los afectos más grandes, emergen los sufrimientos más intensos. Los lazos familiares pueden ser también violentos abusivos y fuera de la ley”. Reynaldo Perrone y Martine Nanninni.

Salvador Minuchin y Charles Fishman⁹⁵ definen a la familia, como:

“Un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura de la familia, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define sus gamas de conducta y facilita su interacción recíproca”.

⁹³ Ravazola, M. (1997). Historias infames: los maltratos en las relaciones.

⁹⁴ Perrone, R. y Nannini, M. (1997). Violencia y abusos sexuales en la familia.

⁹⁵ Minuchin, S. y Fishman, C. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

Los mismos autores agregan y amplían: “*las familias son sistemas multiindividuales de extrema complejidad pero son, a su vez subsistemas de unidades más vastas: la familia extensa, el vecindario, la sociedad como un todo*”.

Susana Torrado, en su libro *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870 – 2000)*, define a la unidad de observación familia, como “*un núcleo conyugal más el eventual agregado de otros parientes no – nucleares y/o de otros no – parientes, corresidentes en una misma vivienda*”.

Concepto de familia funcional

No ha sido posible encontrar consenso acerca de los conceptos que puedan determinar la normalidad de una familia. Pero sí es posible, dentro de determinados parámetros y pautas de relación propias de las etapas evolutivas por las que cursa una familia, precisar si una determinada familia se ajusta o no a éstos parámetros a éstas pautas, como una forma de consensuar la funcionalidad por la que cursa.

Los conceptos a considerar deberían incluir aspectos por nosotros estudiados acerca de los sistemas, en el sentido que deben ser posibles de ser descriptos (fenomenológico), ya que se trata de un sistema integrado por numerosos miembros con sus múltiples interrelaciones (es complejo), y dado que se nos presenta como un objeto con una estructura de elementos que lo componen (es estructural), ya que es posible que las descripciones reflejen la naturaleza dinámica del sistema (es funcional), porque genera, invierte y consume energía (es termodinámico), por que lo que cada uno de los miembros hace o deja de hacer, representa la posibilidad de obtener una respuesta, y aún la falta de ésta será información (es cibernético), en su doble condición de estructural y funcional a la vez, o sea, prospectivista.

Los aspectos culturales de las diferentes comunidades, etnias, plantea, la imposibilidad de concebir un concepto universal de familia para que pueda ser evaluada como “normal” o “sana”, por ello distintos autores han propuesto diversos conceptos para referirse al funcionamiento más “correcto” o aceptable de un sistema familiar.

Es por ello que debemos denominar como *familia funcional* a aquella que cumple con parámetros que la investigación ha definido como necesarios para identificar la dinámica de la familia dentro de parámetros aceptables.

Es una “ciencia nueva”, con una epistemología diferente, la que nos hace pensar en la familia como *unidad de abordaje*, por ello, debemos distinguir las características que señalan las diferencias entre una familia funcional y una familia disfuncional. La diferencia se advierte cuando se hace foco en⁹⁶:

- La capacidad de la familia para resolver problemas.
- El clima emocional de la familia.
- La capacidad para cambiar, en el curso del ciclo vital de la familia.
- La capacidad para regular la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares.
- La formación de fronteras generacionales funcionales. (Simon, Stierlin y Wynne, 1988)

No queda ninguna duda de que todos estos factores son influidos a su vez y de manera simultánea por los contextos sociales, económicos, culturales, y comunitarios de cada una de las familias, y que cada uno de estos ámbitos deben tenerse en cuenta en la evaluación, ya que representan el suprasistema en el cual están, de hecho incluidos. Y como expresa Carlos Sluzki, es “la red social, la frontera de la práctica sistémica”⁹⁷.

*Virginia Satir*⁹⁸ afirma que las familias que funcionan bien, resuelven los problemas con diverso grado de éxito y requieren lapsos diversos, para hacerlo. Las familias funcionales evitan paralizar o fijar sus procesos interaccionales. Los conflictos suelen ejercer un efecto positivo, en cuanto a que estimulan los cambios de desarrollo necesarios. No hace falta un *chivo emisario* que con sus síntomas resulte el portavoz denunciante de la disfunción existente.

*John Weakland*⁹⁹ dice que las familias funcionales son aquellas capaces de abandonar las conductas que les han resultado ineficaces, (soluciones intentadas), y formularse creativamente nuevas estrategias. Las familias pasan a ser disfuncionales

⁹⁶ Simon, F.; Stierlin, H.; Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

⁹⁷ Sluzki, C. (1998). La red social: frontera de la práctica sistémica.

⁹⁸ Satir, V. (1976). “Psicoterapia familiar conjunta”.

⁹⁹ Weakland, J.; Fish, R.; Watzlawick, P.; Bodin, A. (1974). “Brief Therapy: Focused problem resolution”.

repetiendo las conductas ineficaces, culpando a otros con reacciones emocionales excesivas o simplemente negando la existencia del problema. La solución que proponen pasa a ser el verdadero problema.

Reiss¹⁰⁰, refiere que la **familia funcional** se caracteriza por:

- su sensibilidad al medio.
- sus cualidades como dominio y colaboración
- su apertura hacia nuevas experiencias.

Las familias con buena sensibilidad al medio tienen un desempeño alto en la dimensión de la **configuración** (se llama así a la secuencia o conexión ordenada de los sucesos de la familia que facilita la solución de problemas). Operativamente se la puede visualizar como la contribución que hace la familia, trabajando como grupo, a la solución del problema. La eficacia de la resolución de los problemas familiares, representaría la contribución adicional que el grupo familiar agrega a lo que el individuo pudiese lograr actuando aisladamente.

*Lymann Wynne*¹⁰¹ aborda el tema desde una perspectiva epigenética o de desarrollo. Llama **mutualidad** a los procesos de renovación y reconstitución de la relacionalidad elaborada positiva o negativamente a través del tiempo y que son impulsados por la convergencia y /o el conflicto, el crecimiento y el envejecimiento y las discontinuidades de los ciclos vitales del individuo y la familia.

La mutualidad se construye en la fase de desarrollo correspondiente a la resolución conjunta de los problemas. Según Wynne la comunicación es la etapa de desarrollo relacional previa a la resolución conjunta de los problemas. La cuestión del equilibrio de las relaciones entre la proximidad y la distancia, que comienza en la primera fase evolutiva de apego/protección, resulta de capital importancia.

Durante el desarrollo, los miembros de la familia se enfrentan con la inevitable y constante tarea de reorientar y redefinir sus relaciones recíprocas (coevolución). Si bien la necesaria reestructuración de las relaciones exige flexibilidad y capacidad de adaptación a las circunstancias, también debe haber estabilidad a fin de mantener un marco de referencia confiable dentro de la familia.

¹⁰⁰ Reiss, D. (1981). The familys´ construction of reality.

¹⁰¹ Wynne, L. (1984). "The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development".

Más adelante, en este mismo Capítulo, desarrollaremos el Modelo Epigenético propuesto por L. Wynne.

En una familia funcional, la estabilidad y la flexibilidad están equilibradas y tienen que ser constantemente renegociadas. (Ver conceptos de morfogénesis y morfoestasis).

Entre 1951 y 1964, Wetley y Epstein¹⁰², realizaron una amplia investigación con la finalidad de relacionar la salud emocional de los individuos y el funcionamiento de la familia. La conclusión más importante fue que la salud emocional positiva de los hijos estaba estrechamente relacionada con una relación conyugal cariñosa y proveedora de seguridad lo que no dependía necesariamente de que los padres fueran emocionalmente sanos como individuos.

Epstein, Bishop y Baldwin¹⁰³ esbozaron dimensiones de funcionamiento familiar, que en parte se superponen y en parte se diferencian en tres esferas de tareas:

- *Esfera de las tareas básicas*: que se ocupa de satisfacer las necesidades materiales de la familia.
- *Esfera de las tareas de desarrollo*: relacionada con el ciclo vital.
- *Esfera de las tareas arriesgadas*: en la que se pone de manifiesto la capacidad de la familia para resolver crisis imprevistas.

Una familia funcional tiene la posibilidad de funcionar en las tres esferas con eficacia.

Partiendo del modelo de comunicación característico de las familias disfuncionales, Virginia Satir¹⁰⁴ propuso algunas reglas de la comunicación que garantizarán la funcionalidad de la familia, ellas son:

- Las transacciones que son iniciadas deben ser terminadas.
- Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad.

¹⁰² Wetley, W. y Epstein, N. (1969). The silent majority.

¹⁰³ Epstein, Bishop y Baldwin esbozaron dimensiones de funcionamiento familiar, que en algunos aspectos se superponen

¹⁰⁴ Satir, V. (1976). "Psicoterapia familiar conjunta".

- La hostilidad y los conflictos son reconocidos e interpretados.
- Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.
- Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes.
- Se admite la diferencia de opiniones.
- Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta. Cada uno de los miembros tiene capacidad para aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos.
- Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje.
- La diferencia entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados es mínima. Por lo tanto los mensajes encubiertos son mínimos.

Este estilo de comunicación funcional, que presenta actitudes para resolver problemas, capacidad para la internalización y equilibrio entre la proximidad y la distancia, hace posible la *individualización conexa*¹⁰⁵.

Las familias funcionales presentan una organización jerárquica clara con fronteras generacionales inequívocas, pero no impermeables.

Es característico de las familias funcionales que sean capaces de superar problemas sobre la justicia familiar y el equilibrio del registro de méritos familiares, de una manera que permita lograr una mentalidad positiva.

Los atributos que caracterizan a una familia funcional, según Beavers¹⁰⁶, son:

- Un sistema común de valores que pueden ser religiosos en el sentido tradicional, pero no necesariamente.

¹⁰⁵ Individuación/ Individuación conexa/coindividuación: para mejor información, ver Glosario.

¹⁰⁶ Beavers W. (1977). *Psychotherapy and growth: A family systems perspective*.

- Una preocupación recíproca, una inversión en el bienestar de cada miembro, el ensalzamiento y no la desvalorización mutua, pero sin privarse de la capacidad de trazar límites y afirmar la independencia individual.
- Una amplia gama de sentimientos como, por ejemplo, ternura, alegría, dolor, hostilidad, etc. , que permite aflorar el conflicto, la confrontación y la disputa, es decir, la clave de interacción que tiende a clarificar la atmósfera y generar soluciones.
- La voluntad de confiar, de creer que las personas, dentro y fuera de la familia, en general tienen buenas intenciones y no son hostiles y tendientes al rechazo.
- La oportunidad de dialogar, que permite que cada uno sintonice lo que el otro está sintiendo y no obstante, mantenga y manifieste su propia posición. Un diálogo en el que se procura la imparcialidad, la justicia y la reconciliación.

En las familias disfuncionales se observa un desdibujamiento de las fronteras generacionales, la suspensión de la organización jerárquica y la formación de una triangulación patológica.

Tipos de familias

Tipología: Es un método de clasificación o diagnóstico en el cual se identifican modelos, grupos o tipos característicos, que preferentemente se excluyen entre sí.

Los *Métodos Tipológicos* de clasificación se diferencian de los *dimensionales*, pero también se ha intentado la formulación de modelos mixtos, que combinan los principios de ambos.

Los investigadores del campo de la terapia familiar están disconformes con la utilización de diagnósticos individuales, no sistémicos, como en el DSM IV, para agrupar a la familia.

En las primeras tipologías empleadas en la investigación de la terapia familiar, se utilizó el modelo médico de clasificación diagnóstica. Las familias se clasificaron según la sintomatología del paciente identificado. Ejemplo: Familia de

esquizofrénicos, familia de alcohólicos. Este tipo de clasificación no se basa en distinciones que expliquen o muestren cómo es el funcionamiento del sistema familiar.

L. Wynne¹⁰⁷ realizó una encuesta entre terapeutas familiares y examinó la posibilidad de introducir un sistema de clasificación de las familias para incluir en el DSM IV, que es el Manual en donde se encuentra codificada la nosología psiquiátrica. La tarea de clasificar la familia no está clara entre los terapeutas de la familia y por ello, la transmisión de ésta a otros profesionales no es fácil.

Fisher (1977) intentó una clasificación de clasificaciones. Para ello organizó la bibliografía en cinco esquemas según:

- El estilo de adaptación.
- La etapa de desarrollo de la familia.
- El problema inicial o diagnóstico del Paciente Identificado.
- El tema o dimensión de la familia.
- Los tipos de relación marital.

A partir de la bibliografía constituyó su propia tipología en seis grupos de tipos familiares, que parecen coincidir descriptivamente: limitado, internalizado, centrado en el objeto, impulsivo, infantil, caótico. Esta propuesta no tiene claro cuáles son los criterios para identificar las familias que pertenecen a cada uno de los grupos y no resultó operativa. De donde quedó descartada.

Bradford Keeney¹⁰⁸ analizó las dificultades que entraña la formulación de un diagnóstico dentro del marco de la cibernética, la ecología y la teoría de los sistemas.

Gregory Bateson hizo un importante primer aporte para examinar los datos en tres niveles de abstracción, comenzando con datos observados concretos y terminando con una tipología diagnóstica abstracta. Esta fue la distinción de relaciones sistémicas y complementarias derivadas del concepto de *esquismogénesis*.

¹⁰⁷ Wynne, L. (1985). "A preliminary proposal for strengthening the multiaxial approach of DSM – III: Possible family oriented revisions".

¹⁰⁸ Keeney, B. (1979). "Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis".

Este concepto fue introducido por Bateson al campo de la antropología cultural para describir *el proceso de diferenciación de las normas de conducta individual, resultante de la interacción acumulativa entre individuos*. (Bateson, 1935-36) Lo podemos llamar ***experiencia, recursos***.

Salvador Minuchin, hace una tipología de dos opuestos, tomando como características esenciales el apego excesivo y el desapego, según que los límites sean permeables, y poco o nada permeable respectivamente. Minuchin intercaló a la familia funcional entre las dos clases mencionadas.

Kantor y Leer¹⁰⁹ (1975) descubrieron tres tipos principales de sistemas familiares: *cerrados, abiertos, y casuales*, de los cuales derivan tres modelos diferentes de homeostasis y que muestran cómo la familia mantiene sus límites. En el sistema familiar *cerrado* se confía en estructuras estables (espacio fijo, tiempo regular y energía sostenida) como referencia para el mantenimiento del orden y el cambio. En el sistema familiar *abierto* se espera que el orden y el cambio sean el resultado de la interacción de estructuras familiares evolutivas, relativamente estables (espacio movable, tiempo variable, y energía flexible). En el sistema *casual*, se experimentan estructuras inestables (espacio disperso, tiempo regular, energía fluctuante)

Wertheim¹¹⁰ propuso una tipología elaborada en una clasificación basada en tres dimensiones:

- *Morfoestasis consensual*: cuando existe una distribución equilibrada del poder intrafamiliar.
- *Morfoestasis forzada*: es similar a la seudomutualidad.
- *Morfogénesis inducida*: se llama así a la capacidad del sistema para realizar un cambio adaptativo como reacción a una intervención extrasistémica, por ejemplo una intervención terapéutica (Wertheim, 1973).

La clasificación de cada familia en Alta o Baja con respecto a cada dimensión produjo una cuadrícula de ocho tipos de familia, por ejemplo un sistema

¹⁰⁹ Kantor, D. y Lehr, W. (1975). Inside the family: Toward a theory of family process.

¹¹⁰ Wertheim, E. (1973). "Family unit therapy and the science and typology of family systems"

abierto - integrado, alto con respecto a la morfoestasis consensual, bajo en la morfoestasis forzada y alto en la morfogénesis inducida.

*Fleck*¹¹¹ propone otra cuadrícula para la tipología. Recomienda una evaluación transversal del funcionamiento actual en cuatro esferas: Liderazgo, límites, afectividad y comunicación. Combinadas con una dimensión longitudinal en la que varían las tareas propuestas para resolver problemas según la etapa del ciclo vital.

Es muy difícil incorporar el concepto de cambio en una tipología. Por ello, *Hoffman*¹¹² sugirió establecer niveles, según cada uno contenga un tipo de familia diferente. Por ejemplo, en un nivel colocaría la tipología de familia centrífuga y centrípeta; y en otro nivel la tipología anárquica - autoritaria.

Las variedades de clasificación de las familias, tanto tipológicas como dimensionales, son útiles para referirse a cuestiones como los aspectos funcionales o disfuncionales del equilibrio, por ejemplo entre la proximidad y la distancia. Al mismo tiempo hay que considerar el grado de abstracción de estas clasificaciones y las consiguientes dificultades para convertir los esquemas en herramientas que resulten confiables en la práctica.

Según el proceso por el cual la familia define la relación (Don Jackson)

Basadas en el tipo de transacciones empleadas para definir y/o redefinir la naturaleza de la relación.

En todas los sistemas, por lo tanto en todas las familias, se lleva a cabo un intercambio constante de mensajes relacionales, que tienden a mantener una cierta estabilidad, constancia y permanencia por lo tanto es probable (dentro de ciertos límites) que pueda caracterizarse una familia por las maniobras que emplea, para definir la relación.

El número (cantidad) y el grado (intensidad), en que los mensajes relacionales son implícitos (por ejemplo, síntomas de diversas clases), o bien son

¹¹¹ Fleck, S. (1983). "A holistic approach to family typology and the axes of DSM III".

¹¹² Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas.

claramente explícitos (por ejemplo, órdenes, maniobras de tipo desvalimiento o inferioridad) varía en cada familia.

Por lo tanto, Don Jackson clasificó a las familias o a las relaciones de éstas, en cuatro tipos *sobre la base de las cuáles son transacciones empleadas para definir la naturaleza de la relación*.

Estas cuatro categorías son:	Satisfactoria estable
	Satisfactoria inestable
	Insatisfactoria estable
	Insatisfactoria inestable

Dichas categorías pueden utilizarse para describir una fase de la relación, una relación que exhibe rasgos perdurables o a una familia que muestra una tendencia predominante.

Una pareja puede tener una relación satisfactoria inestable hasta la llegada del primer hijo y para cuando nace el tercero, ya han establecido una relación que puede ser definida como insatisfactoria estable.

Recordemos un ejemplo propuesto por Jackson¹¹³:

“Una familia pasó por un período inestable en el cual hubo considerable lucha manifiesta entre el padre y la madre, hasta que aquel desarrolló una tuberculosis y debió permanecer fuera del hogar durante casi cuatro años. Cuando regresó, la situación familiar había pasado a un estado insatisfactorio estable”.

Y agrega: “Quisiera describir brevemente cada tipo de familia, subrayando que esta descripción es temporal y que no se ha hecho intento alguno por relacionar estos tipos con las clases socio-económicas”.

Y continúa: una relación satisfactoria estable puede definirse como una relación en la que ambas partes llegan al acuerdo explícito de que una o la otra controla la relación, o bien, ciertas áreas dentro de la relación. *Se dice que una persona controla la relación cuando es la que inicia la acción, decide qué acción ha*

¹¹³ Jackson, D. (1977). “El problema de la homeostasis familiar”. En: Comunicación, familia y matrimonio.

de iniciarse, o establece que áreas dentro de la relación serán controladas por la otra persona. Obsérvese el énfasis en la palabra *explícita*.

En este tipo de relación, cada persona puede hablar sobre la relación y comentar el efecto que la conducta de la otra persona tiene sobre ella. Así, la estabilidad se mantiene gracias a la posibilidad de regresar a un estado estable, cuando la relación se vuelve inestable por un desacuerdo. Estable no significa un desacuerdo. Estable no significa un funcionamiento perfecto de la relación y sí implica breves períodos de inestabilidad. Además, no debe entenderse que el hablar sobre la relación significa hacer psiquiatría de salón. El hecho de que se puedan hacer comentarios sobre la relación puede querer decir que no hace falta hacer comentario alguno.

Y continúa: “Una relación satisfactoria inestable difiere de la anterior sólo en cuanto a la duración de los dos períodos de inestabilidad.”

Aparece cuando dos personas definen su relación durante un período en el que las fuerzas internas y externas propician o estabilizan un período de inestabilidad y el acuerdo se establece, considerando esta falta de estabilidad.

Estos períodos son lo bastante frecuentes como para que la relación sea inestable, a pesar de lo cual, los períodos estables son satisfactorios para ambas partes. Por ejemplo, una madre y una hija pueden empezar a crear una relación inestable, pero satisfactoria cuando las fuerzas de la pubertad, sumadas a la conducta de sus amigas, hacen que la niña busque una mayor independencia y actividades de mujer en lugar de infantiles. La madre, al mismo tiempo, puede resistirse a aceptar que la hija crece, reaccionando de manera competitiva al hecho de que la hija se va convirtiendo en mujer, o temer a la crítica de sus amistades si aquella no se comporta adecuadamente.

La cuestión consiste entonces en establecer quién controla la relación, a medida que la hija, trata de definirla en términos de una relación de dos mujeres iguales, y la madre intenta definirla como una relación madre e hija.

La joven puede volver demasiado tarde de una cita, como maniobra destinada a mostrar que define la relación a su modo, y la madre puede ordenarle que no lo haga durante una semana para demostrar que es ella quien la define a su manera.

La relación sigue siendo satisfactoria sólo si madre e hija tratan explícitamente la relación y llegan por último a una transacción. Debo volver a señalar que el término explícito no se refiere necesariamente a procesos verbales.

En el ejemplo citado, ni la madre, ni la hija necesitan hablar sobre sus definiciones. Se podría interactuar con el padre de modo tal que éste cree una serie de reglas aparentemente nuevas, que a su vez traería como resultado una fórmula de transacción.

Así, “el tipo de relación satisfactoria inestable es una característica de cualquier relación nueva o modificada, ya que las partes deben definirla progresivamente hasta llegar a una definición compartida de la relación”. (Jackson, 1977)

Por ejemplo, una pareja de recién casados debe pasar por períodos inestables pero satisfactorios en su relación, hasta que se llega a un acuerdo acerca de quién está a cargo de áreas particulares de la relación. La introducción de parámetros como la educación de esfínteres y el contacto sexual en una relación, inevitablemente crean una inestabilidad por lo menos temporaria.

Si la madre siente que el niño controla los esfínteres porque ella se lo ordena, y el niño siente: “*las heces son mías, así que no me importa hacer lo que ella dice*”, se puede recuperar la estabilidad porque se ha llegado a un acuerdo con respecto a ciertas áreas. Es muy distinto lo que ocurre si el niño siente vagamente que es la madre quien le hace mover los intestinos.

Continúa definiendo, “... en una **relación insatisfactoria inestable** no se llega a un acuerdo implícito- explícito acerca de quién controla la relación o bien que áreas dentro de ella. Se caracteriza por la necesidad de redefinir la relación en cuanto se llega a definirla, de modo que los períodos estables son breves y los inestables, prolongados. La discusión que tiene lugar entre las partes no suele corresponder a un nivel relacional, sino a un nivel de detalles. Cada una de las partes tiende a tomar la conducta de la otra como un desafío en un nivel relacional, sin que esto se discuta nunca. Se hacen maniobras para controlar la relación junto con negaciones de que se trata de maniobras”.

Según Jackson, a menudo se utilizan síntomas psicossomáticos e histéricos como maneras de definir la relación, puesto que son mensajes que pueden negarse como mensajes. Una esposa puede tener dolor de cabeza cada vez que está con su

marido, no obstante, lo cual, ambos hablan sobre la desgracia que significan esos dolores de cabeza. El dolor de cabeza puede permitirle controlar un área de la conducta del marido, sin necesidad de asumir la responsabilidad explícita en cuanto a definir la relación. Así, puede pedirle que la deje sola porque tiene dolor de cabeza en lugar de definir explícitamente la relación como teniendo el derecho de estar sola si así lo desea.

Y propone, que la relación insatisfactoria inestable a menudo se caracteriza por maniobras desvalidas para controlar la relación. Ninguna de las partes puede hacer referencia y decir “yo soy el que manda”, ni afirmar “tú eres el que manda”. Así, las transacciones suelen consistir en maniobras complementarias que se redefinen en cuanto el otro individuo las acepta. En otros términos hay competencia respecto de la dependencia, así como supuesta independencia.

En ese tipo de relación, la madre y la hija podrían discutir sobre si alguna otra muchacha la deja salir hasta la una de la mañana en lugar de hasta las doce.

Las peleas no se refieren explícitamente al hecho de que la madre tenga o no derecho a definir los límites de la conducta de la hija o a que ésta tenga derecho a definir sus propios límites. La madre no puede dejar que la hija decida a qué hora volverá, porque ello implicaría que la hija es la que manda en la relación. Del mismo modo, no puede fijar un horario para la hija e insistir en que ésta siga sus instrucciones, porque ello significaría que es la madre quien define la relación.

El resultado es que la madre fije una hora que la hija no tiene en cuenta o bien respeta, pero aclarando que estaba cansada y quería volver a la casa y quería volver a su casa. Si la hija tratara realmente de obedecer, la madre manifestaría preocupación por su actitud sometida.

En este tipo de relación la madre podría manejar mediante maniobras desvalidas y dolidas, de modo que la hija sienta continuamente que debe ofrecerse a hacer las cosas que pueden complicarse a su madre.

Es decir, debe iniciar la acción respondiendo a órdenes indirectas de la madre, pero puesto que tales acciones parecen ponerla a cargo de la relación, la madre debe sabotearlas. Ni la madre ni la hija pierden asumir abierta y explícitamente, la responsabilidad por la acción de asumir la iniciativa en lo que se refiere a establecer los límites de la relación. (Jackson, 1977)

Continúa Don Jackson: “así, la relación nunca debe llegar a estabilizarse, porque la madre y la hija experimentan pánico o dolor si existe la amenaza de discutir el tema en nivel relacional”.

Y agrega: “nos ha impresionado la virtual ausencia de transacciones completas en la familia insatisfactoria inestable. En cuanto se llega aparentemente a un acuerdo entre dos miembros, se reabre la discusión, sea por la iniciativa de uno de los participantes o de otra persona”.

Por ejemplo: en una entrevista con una familia de éste tipo, la madre llegó borracha para poder decirle al terapeuta, que la hija debía cambiar sus modales o abandonar el hogar. La hija que había comenzado a definir su relación con la madre como simétrica, manifestó que se alegraría de irse. El terapeuta trato de lograr que él padre manifestara su opinión, pero éste dejó que la madre hablara por él.

El terapeuta señaló entonces que había encontrado un lugar ideal para la hija y que quizás ésta debería trasladarse allí durante un tiempo. La madre concluyó la sesión diciendo que el terapeuta debía encontrar un lugar para ella también porque había decidido abandonar el esposo. (Jackson, 1977)

Este autor pasa luego a definir que en una *relación insatisfactoria estable* las partes han acordado no discutir jamás quien está a cargo de la relación o de áreas dentro de ella.

Ninguna de las partes se atreve a manifestar insatisfacción con respecto a la relación, ni a reconocer esas señales en la otra parte.

La relación se establece en el sentido de que los problemas que podrían hacerla inestable se evitan, pero es insatisfactoria porque muy poco es lo que se da o se recibe. Típicamente se trata de una clase de relación retraída y distante, aunque el observador puede pensar que la estabilidad es más satisfactoria de lo que en realidad es.

Tanto Lidz como Jackson, han mencionado que pueden pasar varios meses antes de que el terapeuta perciba la patología subyacente. Esto es cierto sobre todo debido al frente unido inicial que ofrecen los padres, o su *pseudo - mutualidad* como lo han llamado Lyman Wynne y sus colaboradores.

La *pseudo mutualidad* (pseudo-hostilidad) es un concepto usado para explicar las soluciones frustradas de los problemas humanos, e implica a la vez lograr relacionalidad e identidad. En el sentido de lograr claridad relacional propia

de la comunicación, al mismo tiempo que se confirma/desconfirma al otro en su identidad.

El interés predominante en las relaciones de pseudomutualidad consiste en ajustarse el uno al otro (vínculo), a expensas de la discriminación “self-objeto” de las identidades de las personas de la relación.

La pseudo - mutualidad y la pseudo - hostilidad son partes de los mitos familiares, sostenidos por modelos de contacto, según los cuales es peligroso apartarse de la expectativa fijada. El temor al conflicto o la separación intrafamiliar y el deseo común de evitarlo, genera la fachada de armonía de la pseudo mutualidad. El miedo a la intimidad y la proximidad crea el disenso persistente (sin una separación genuina) de la pseudo- hostilidad. Por lo tanto la espontaneidad, el entusiasmo, el humor, la originalidad dentro de la familia son vividos como actitudes amenazantes.

Agrega Don Jackson: “la relación insatisfactoria estable se caracteriza por una tremenda inflexibilidad y compulsividad. Las normas culturales y sociales tales como los principios religiosos, adquieren importancia porque incluye una autoridad externa, y así liberan aparentemente a la familia, del conflicto con respecto a quien determina la naturaleza de la relación.

El desempeño de rol puede estar intensificado por una razón muy similar. Así mamá goza de ciertos derechos y privilegios que van con el título que todos aceptan. Puede haber distorsiones gigantescas de las definiciones sociales corrientes, destinadas a hacer impersonales las acciones del individuo. La falta de contacto con personas fuera de la familia contribuye a este proceso”. (Jackson, 1977)

Y destaca que estas familias enfrentan un problema en las raras ocasiones en las que se reúnen con un psicoterapeuta. Para mostrar acuerdo y cohesión, los padres en particular suelen ofrecer disculpas o explicaciones con respecto al otro. Con ello, realizan una maniobra simétrica que puede ser igualada por el cónyuge.

Una madre deseosa de explicar la casi ausencia del padre en el hogar, pero sin querer mostrar que se relacionaba con sus sentimientos hacia ella, manifestó que era un hombre muy trabajador. El padre le replicó que no trabajaba tanto, dando así al terapeuta la oportunidad para preguntarle qué hacía con su tiempo.

De acuerdo con nuestra experiencia, la familia insatisfactoria estable difícilmente inicia una terapia y casi nunca permanecen en ella. Si surge entre ellos

un esquizofrénico, las prácticas hospitalarias corrientes para el manejo de los familiares, los protegen de todo escrutinio, y el paciente sigue siendo el paciente. (Jackson, 1977)

Según el Modelo Circumplejo de Olson ¹¹⁴

En este modelo de los sistemas maritales y familiares, la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación de la familia, son tres dimensiones de la conducta familiar, que surgieron de más de cincuenta ideas concebidas para describir la dinámica matrimonial familiar.

En la dimensión de la **cohesión** ¹¹⁵, demasiada proximidad desemboca en un apego excesivo y la carencia excesiva de proximidad se traduce en desapego. Algunas variables pueden usarse para medir el grado de cohesión, por ejemplo: lazos emocionales, independencia, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses, recreación, etc.

En cuanto a la dimensión de la **Adaptabilidad** ¹¹⁶, el grado de flexibilidad y cambio del sistema familiar, debe hallarse un equilibrio entre la flexibilidad demasiado restringida y una flexibilidad excesiva.

El modelo desarrollado por Olson sirve como auxiliar del diagnóstico, y como ayuda para determinar las metas específicas de la terapia.

La definición de adaptabilidad utilizada es: “*capacidad de un sistema matrimonial o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de los roles y las reglas de relación frente a tensiones situacionales y de desarrollo.*”

Un sistema adaptativo requiere un equilibrio entre morfogénesis (cambio) y morfoestasis (estabilidad). Las variables que adquieren interés son:

- Estructura de poder familiar (afirmación y control).
- Estilos de negociación.
- Relaciones de los roles y reglas de las relaciones.

¹¹⁴ Simon, F; Stierlin, H y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la terapia familiar.

¹¹⁵ Cohesión: mayores detalles en el Glosario.

¹¹⁶ Adaptabilidad: mayores detalles en el Glosario.

- Retroalimentación positiva y negativa.

En el diagrama se describen las diversas combinaciones de las fuerzas cohesivas que determinan la distancia y la proximidad existente en un sistema familiar, así como también la disposición y capacidad de adaptación de la familia. En consecuencia se muestra la tendencia del sistema familiar a la estabilidad y al cambio.

En los polos extremos de la adaptabilidad, se encuentran estructuras familiares rígidas o caóticas, mientras que en los polos externos de la cohesión, hay un apego excesivo o una dispersión general de la organización del sistema familiar.

La tercera *dimensión* de este modelo, es la **comunicación** familiar. Se considera que esta es una dimensión facilitadora, *decisiva para el movimiento de las otras dos dimensiones*, que permite a la pareja y a las familias compartir sus necesidades y preferencias al relacionarse con la cohesión y la adaptabilidad.

Según el Modelo Sistémico de Beavers¹¹⁷

Es un enfoque “dimensionalizado” de la clasificación del funcionamiento familiar, proporciona evaluaciones sobre la competencia (adaptabilidad) de familias enteras ocupadas en la realización de tareas corrientes, y sobre el estilo de la interacción familiar (modelos centrífugos y centrípetos).

A partir de una cuadrícula de evaluaciones trazadas sobre estas dos dimensiones, se constituye una tipología de familia que es útil clínicamente y tiene una base empírica. Fue concebida para representar datos tomados de observaciones directas de la interacción familiar. Se les pide a los miembros de la familia que discutan acerca de un tema dado, por ejemplo:

¿Qué le gustaría que cambiara en la familia de ustedes?

La investigación demostró que la competencia en pequeñas tareas se relaciona con la competencia en mayores responsabilidades familiares como la confianza hacia los hijos. La interacción de la familia es observada directamente en una filmación por evaluadores capacitados. El terapeuta o investigador no participa de la interacción de la familia.

¹¹⁷ Simon, F; Stierlin, H y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la terapia familiar.

La dimensión horizontal, correspondiente a la adaptabilidad, es conceptualizada como una interacción completa, sistémica, de características morfogénicas, y morfoestáticas.

La dimensión vertical se refiere a la causalidad estilística de una interacción familiar vuelta hacia adentro para lograr satisfacciones (centrípeta), o hacia el mundo externo (centrífuga), o una combinación de las dos.

Helm Stierlin introdujo en 1973, los modelos centrífugos y centrípetos en la teoría de la terapia familiar, para descubrir dos constelaciones familiares diferentes en el período de la separación entre padres y adolescentes.

En la serie continua de la adaptabilidad, las familias se evalúan globalmente en una escala de diez puntos como: sanas, de nivel medio, o gravemente disfuncionales. Además, hay trece subescalas que abarcan diversos aspectos del funcionamiento de la familia como por ejemplo: el poder manifiesto, las coaliciones, la amplitud del afecto y la claridad de la comunicación.

El modelo se ha aplicado a distintos tipos de familia y en diversos grupos culturales. Resulta oneroso reunir datos observando la interacción familiar, pero desde el punto de vista clínico y conceptual, puede constituir una evaluación que permite registrar logros de la terapia.

Según la configuración de la familia de Salvador Minuchin

Cuando un terapeuta es consultado, la información acerca de la composición (número de miembros, grado de parentesco) y la estructura de la familia le da una aproximación acerca de los posibles motivos de la consulta.

Al coparticipar con la familia, al explorar sus interacciones y vivenciar la estructura se puede certificar esa información previa obtenida de los datos de la preentrevista.

De manera que Salvador Minuchin y Charles Fishman¹¹⁸ proponen los siguientes tipos de clasificación según la *composición de la familia*:

- Familias de *pas de deux*.

¹¹⁸ Minuchin, S. y Fishman, C. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

- Familias de tres generaciones.
- Familias con soporte.
- Familias acordeón.
- Familias cambiantes.
- Familias huéspedes.

En relación con el estado de desarrollo en que se encuentra la familia, tenemos:

- Familias con padrastros o madrastras.
- Familias con un miembro fantasma.

Este desarrollo supone una transición, es esta la que generalmente motiva la consulta. Otros tipos de familia son:

- Familias Descontroladas.
- Familias Psicosomáticas.

Amplíemos los conceptos de cada uno de los tipos de familia para que nos resulte mejor comprender los alcances que tiene cada tipo cuando hace referencia a:

Familia de Pas de Deux

Se trata de una familia, o parte de lo que quedó de ella, luego de la emancipación de algunos hijos que viven lejos o del fallecimiento de otros de sus miembros, lo que deja a la familia reducida a dos personas. Puede ser un matrimonio sin hijos en las últimas etapas de la vida de éstos, unos hermanos del mismo o de diferente sexo, dos personas de generaciones diferentes como una madre o un padre y un hijo/a. Pueden ser dos personas que tienen lazos de parentesco, pero que viven juntas durante mucho años y en los que desarrolla un fuerte vínculo de dependencia entre

Esta posee un estilo intenso de vinculación, que fomenta la dependencia y en un determinado momento aparece el resentimiento recíproco, en caso de que una de ellas desee “vivir su propia vida”. Por lo que la otra se siente abandonada, traicionada y no cree que pueda vivir sola.

Todas estas familias tienen una característica: llevan una vida en la que la *dependencia de cada uno de ellos respecto del otro es sumamente intensa*.

Las consultas a los profesionales surgen, cuando uno de ellos intenta recuperar su “propia vida”, o bien, descubre intereses personales que comienza a compartir con otra persona o grupo de personas. Puede consultar quien se siente abandonado o bien quien se siente que se le está coartando su posibilidad de “emancipación”, a la que sostiene todavía tiene derecho.

El terapeuta deberá investigar las fuentes extra familiares de apoyo o de interés y propender a la obtención equilibrada de otros recursos o ámbitos de acción de los dos miembros de la organización Pas de deux.

De tres generaciones

Es la configuración más frecuente y típica de la cultura predominantemente latina. Como su nombre lo indica, la constitución está dada por la existencia de abuelos, padres y nietos, o por la inclusión de tíos que puedan pertenecer a la generación de los abuelos o de los padres.

Los conflictos que se presentan con mayor frecuencia se relacionan con:

¿Quién y cómo se toman las decisiones?

¿Cuál es el procedimiento para la toma de decisiones de la familia?

Este conflicto alrededor de las decisiones en general se relaciona con respecto al manejo del dinero y las decisiones que se refieren a los niños, hijos o nietos.

¿Quién gana el dinero y quién lo administra?

¿Cubre las necesidades básicas o se administra “la pobreza”?

¿Quién decide o mantiene las pautas educativas para los hijos, lo hacen los padres y las deben llevar a cabo los abuelos que tienen creencias diferentes?

Se deben pesquisar cuáles son las fuentes de fortaleza adaptativa. Es necesario un contexto en que la familia y el medio extra - familiar se encuentren en armoniosa continuidad. El terapeuta no debe intentar separar. Se debe trabajar

dentro del sistema cooperativo hacia una diferenciación de funciones y no promover o forzar una estructura según una norma cultural diferente de la familia.

Con soporte

Cuando las familias aumentan de tamaño, cuando los padres salen a trabajar y permanecen muchas horas fuera de la casa, es preciso delegar autoridad, por ejemplo: pedirle a un hijo/a mayor que de manera temporal y en ausencia de sus padres se haga cargo de responsabilidades parentales.

Esto en sí mismo, no genera problemas si las responsabilidades son definidas con claridad por los padres y además éstas no superan la capacidad del niño – hijo a cargo de hermanos, y a veces de ancianos. Éste miembro de la patria, nunca debe ser excluido del sistema de los hermanos, ni tampoco debe ser incluido en el subsistema parental, de manera temporal y flexible participa de ambos, pero nunca debe permanecer de manera rígida y/o permanente en el holón de los padres. Se debe poseer la flexibilidad como para que el niño – joven se sienta cómodo en la doble función y no se genere una barrera infranqueable entre él y sus hermanos. Se debe fijar la reorganización del subsistema parental, ya que también es una organización temporal.

Acordeón

Cuando uno de los progenitores permanece alejado del hogar por lapsos prolongados de tiempo, mientras la familia permanece en el lugar habitual de residencia, ésta adquiere de manera temporal una nueva organización. Ésta no incluye la presencia de este miembro que se aleja de forma continua, por períodos más o menos prolongados de tiempo.

La familia crea y mantiene un doble juego de reglas según esté o no incorporado ese miembro. Es el ejemplo de las familias cuyo progenitor - esposo trabaja en los campamentos petroleros y se ausenta por diez días para trabajar y luego descansa otros cuatro en su casa. Durante la ausencia, la organización gira alrededor de la figura materna. Al regresar, necesariamente debe incluirse, para lo cual es necesario definir la relación de forma diferente.

Esto hace que uno de los padres (la madre en el ejemplo anterior) concentre las funciones de cuidado, guía, decisión y ejecución. En general se sobrecargan responsabilidades y proporcionalmente también aumenta su capacidad para tomar decisiones. Luego de un tiempo, resulta una organización que dependiendo de las características presentes en el miembro que se aleja y se reintegra posee, la familia se acomoda a la modalidad o tiende a excluir, expulsar al progenitor periférico, cuándo éste desconoce y cuestiona las reglas de la organización habitual (mayor tiempo de funcionamiento), al no adaptarse a ellas, por los cambios producidos de los que ha estado “ausente” en el proceso de renegociación de los cambios de reglas y de la redefinición de la relación.

En este momento de la consulta se deben reorganizar las funciones. Todos los integrantes de la familia deberán aceptar que se encuentra en una nueva etapa de la familia y que las reglas son diferentes. Aunque sea la misma familia ahora posee una nueva organización. Lo que ha cambiado son las reglas, o por lo menos una parte de ellas.

Cambiantes

Se trata de aquellas familias que, por causas que vamos a mencionar, pierden el sistema de apoyo que significa el contexto amplio en el cual desarrollan su vida diaria. Por ejemplo: cambian constantemente de domicilio, hacen una mudanza con cada un nuevo contrato de alquiler. También es una constante en las familias de diplomáticos, en las familias de los militares y hasta hace un tiempo en las familias de los empleados bancarios.

Las dificultades para sus miembros pasan por la poca posibilidad que tienen para manejarse en un nuevo contexto, al tener que aprender todas las veces cuales son las reglas que definen la relación, en el nuevo ámbito. Siempre están en el proceso de conocer un nuevo contexto y las reglas que le son propias, luego deben aprender a incluirse en ellas, y quizá, cuando las estén aprendiendo deben cambiar de domicilio. También son aquellas familias en que el progenitor soltero cambia de pareja una y otra vez: la inestabilidad de la pareja se transmite al resto de la familia, cuyos proyectos siempre están supeditados a los del progenitor “cambiante”.

El terapeuta debe ayudar a definir con claridad la estructura organizativa. Siempre que hay cambios de domicilio la familia pierde sistemas de apoyo (familia,

comunidad) y comienza a funcionar con un nivel más bajo que cuando tiene el apoyo del contexto extra - familiar.

Huéspedes

Cuando los sistemas judiciales de asistencia a menores lo permiten, es posible que un niño pase a formar parte de una familia para su cuidado, por un determinado período de tiempo. El niño que llega en guarda a dicha familia es por definición un miembro temporario. Por lo tanto, la organización de la familia anfitriona también adquiere una estructura temporal en su organización. Un ejemplo frecuente lo es la familia que recibe un “estudiante de intercambio” Si éste proviene de una cultura muy diferente de la de la familia que lo aloja, la necesaria definición de la relación entre la familia y el huésped se hace más difícil. La imprescindible redefinición de la relación entre los miembros de la familia entre sí, puede ser generadora de síntomas que pongan en evidencia la dificultad adaptativa de los miembros del sistema. Un problema potencial es que la familia se organiza como si no fuera huésped. O como si el huésped pasara a ser un miembro definitivo de la organización.

Es necesario evaluar el nexo del síntoma con la organización familiar. Si la sintomatología es el producto del ingreso del niño en un sistema nuevo, éste funciona como si atravesara una crisis de transición. Por el contrario, si el niño ya está integrado a la familia, sus miembros obedecen a la organización de ésta.

Con padrastro o madrastra

Un padre adoptivo puede no integrarse a la nueva familia con un compromiso pleno, o la unidad original puede mantenerlo en una posición periférica. Las crisis son comparables a los problemas que surgen en un organismo familiar reciente, se las debe considerar normales. Se necesita un tiempo para adquirir una cierta legitimidad funcional. A veces es conveniente mantener fronteras funcionales y relacionarse como dos mitades que cooperan, tratando de llegar a una configuración única.

Estas familias ensambladas plantean un gran capítulo en las nuevas organizaciones familiares, si se tiene en cuenta que se conforman 7.000 familias

ensambladas nuevas por día, y que a partir del año 2000, la mayor parte de los jóvenes norteamericanos han pasado a formar parte de una familia ensamblada.

Con un fantasma

La familia que ha sufrido una muerte, un abandono o una deserción puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro que falta.

La tarea de adueñarse de las acciones y/o trabajos que pertenecían a quien ha dejado de estar presente, puede ser un acto natural e inevitable, pero en estas circunstancias puede ser vivido como un acto de deslealtad a su memoria, puede significar reconocer la ausencia definitiva, la muerte de ese miembro (por ejemplo: las familias que han tenido un miembro desaparecido, durante los años de la dictadura).

Los miembros de estas familias pueden vivir sus problemas como la consecuencia de un duelo incompleto. Se trata de una familia en transición. Para ampliar y profundizar sobre este tema, que obviamente posee una mayor complejidad, recomendamos la lectura del libro de Pauline Boss, titulado *La pérdida ambigua*. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado”¹¹⁹.

Familia psicósomática

Cuando Salvador Minuchin¹²⁰ comenzó a estudiar a la familia psicósomática, identificó tres grupos: los pacientes diabéticos, los pacientes asmáticos y posteriormente comenzaron a estudiar a los pacientes anoréxicos. De dicha tarea identificaron que en la familia uno de sus miembros podía presentar “un **desorden primario** como disfunción fisiológica, por ejemplo diabetes, diátesis alérgica con asma, etc. El componente psicósomático radica en la ‘irritación emocional’¹²¹ del síntoma ya existente. Entonces el niño diabético, por ejemplo presenta ataques repetidos desencadenados por excitación emocional, por lo que se

¹¹⁹ Boss, P. (2002). *La pérdida ambigua*.

¹²⁰ Minuchin, S. *Family of the slums*. Traducción realizada en el Centro Privado de Psicoterapias S. R. L.

¹²¹ Las comillas son nuestras.

lo considera ‘diabético psicósomático’. Esto no implica etiología psicológica para la enfermedad original”.

En cambio se trata de un “**desorden secundario** cuando no es posible demostrar una disfunción desde la predisposición física. El elemento psicósomático aparece por la transformación de conflictos emocionales en síntomas somáticos los cuales pueden derivar en una enfermedad severa como la anorexia. Existen patrones comunes y característicos de las familias con niños con problemas psicósomáticos, tanto sea el desorden primario como secundario”¹²².

Es una familia que incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos y funciona óptimamente cuando alguien está enfermo. Se caracteriza por:

- Sobreprotección.
- Fusión, unión, o aglutinamiento.
- Incapacidad para resolver conflictos, evitándolos y tratando de mantener la paz.
- Rigidez extrema.

La **sobreprotección** se pone en evidencia en el alto grado de interés por el bienestar que tiene cada uno de los miembros de la familia, no sólo del Paciente Identificado y en diversas áreas, que trasciende la enfermedad específica. En la familia de manera constante se producen acciones de protección y nutrición.

Los miembros hipersensibles a la angustia, que resulta el indicador, la señal relevante de los niveles de tensión y conflicto. La sobreprotección de los padres hace que los hijos se retraigan y retracen en el desarrollo de su autonomía, de las capacidades e intereses o actividades fuera de ésta. Los hijos, principalmente el “niño psicósomático enfermo” siente la gran responsabilidad de proteger a su familia. El refuerzo de la enfermedad y del circuito de interacciones, es el resultado de la experiencia de usar los síntomas para proteger a la familia.

La **fusión, aglutinamiento o enmarañamiento** es el resultado que produce la intensa proximidad que desarrollan las interacciones familiares. Implican todos los niveles: familia, diferentes subsistema y el individuo.

¹²² Ibidem de 120

En la familia altamente enmarañada y comprometida, los cambios en un miembro de la familia o en la relación entre los miembros repercute en todo el sistema (principio de totalidad o coherencia de la Teoría General de Sistemas). Un conflicto en la pareja puede iniciar una cadena de alianzas cambiantes en toda la familia, o bien se presenta cuando un miembro de la familia “normal y habitualmente” le transmite a otro el mensaje de un tercero, bloqueando la comunicación directa.

Los límites del subsistema en la familia enmarañada son insatisfactoriamente diferenciados, débiles y fácilmente cruzables, esta característica surge por la actuación inadecuada de las funciones del subsistema (ejemplo: relación conyugal subordinada a la función de padres o control de niños por parte de padres ineficaces, un hijo se une a uno de los padres y se coloca contra el otro para tomar decisiones)

En el nivel individual las diferencias interpersonales son pobres, el individuo se pierde en el sistema, los límites que definen la autonomía individual son tan débiles que se obstaculiza el funcionamiento diferenciado individual. La falta de privacidad es producto del excesivo compañerismo y la co – participación de los integrantes. Se mezclan y se confunde la autoría de los pensamientos y los sentimientos entre los miembros, por lo que se traduce en percepciones pobremente diferenciadas.

La **rigidez** es la característica que compromete a la familia a mantener a cualquier costo su statu quo. En los períodos que se caracterizan por cambios y crecimiento (crisis evolutivas, crisis por sucesos inesperados) se presentan y/o experimentan grandes dificultades y problemas.

La familia con enfermos psicossomáticos tiende a sostener las antiguas reglas, aún cuando la adolescencia de los hijos reclamen cambios en las normas. La negociación de la autonomía individual en un tema que amenaza con los cambios y que procura mantenerse lejos de la superficie. En terapia pasan por familias normales, sin problemas, niegan la necesidad de cambio. Son familias altamente vulnerables a hechos externos como la pérdida de un familiar.

Falta de resolución de conflictos la rigidez y sobreprotección más los constantes choques mutuos producto del enmarañamiento disminuyen los umbrales para el conflicto. El resultado son los problemas que no se resuelven y que amenazan constantemente activando mecanismos de prevención.

En la familia psicossomática existen diferentes formas de evitar el conflicto. A menudo uno de los integrantes del holón conyugal es el que evita los planteos por lo que el otro miembro menciona, expresa, plantea cuáles son las áreas de conflicto. El primero evita la confrontación que conduciría al reconocimiento del conflicto y tal vez a su negociación por lo que tiende a abandonar el hogar, cada vez que el otro intenta abordar un problema.

Muchas familias psicossomáticas actúan negando la existencia de problemas, aún sin que exista una necesidad aparente. Lo pueden hacer para disentir, o por el interés de mantener el consenso y la armonía dentro de la organización. Otras en cambio disienten abiertamente, pero no cambian de tema o se interrumpen por lo que no se lo considera un tema sobresaliente.

De la lectura de los cuatro ítems desarrollados apreciamos que se retroalimentan por lo que se introduce un quinto elemento. El síntoma funciona como regulador del sistema familiar. La **involucración del niño en los conflictos conyugales sostiene el síntoma**, este factor es la quinta característica de la familia psicossomática. Los padres no son capaces de entenderse, pero se unen para proteger a su hijo enfermo, recurriendo a la evitación del conflicto a favor de la protección, el niño es mediador, asistente o se pone del lado de uno de los padres.

Este tipo de familia se destaca por las relaciones de lealtad y de protección. Funciona como si fuera la familia “ideal”. El terapeuta puede creer que cooperan con él, pero sólo consigue sentirse una y otra vez decepcionado por los problemas que le oponen, así como por la facilidad con que lo absorben con las seducciones de su política de paz a cualquier precio. Son familias que fácilmente abandonan los tratamientos si perciben la modificación del *status quo*.

Familias descontroladas

En la Introducción de su libro, Reynaldo Perrone y Martine Nannini¹²³ señalan:

“Es en la familia donde nacen y maduran los sentimientos más intensos, y donde se realizan los aprendizajes sociales básicos.

¹²³ Perrone, R. y Nannini, M. (1997). Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico comunicacional.

La aceptación de la diferencia y de la autoridad, el respeto de las reglas, la tolerancia a la frustración, la experiencia del compromiso y de la negociación dejan atrás las réplicas violentas, tanto en la red social como en la familia. Si estos aprendizajes no se llevan a cabo, es decir si no se toman en cuenta la diferencia, la singularidad y los deseos de cada persona, aparece la violencia, y ésta se vuelve el modo habitual de resolver los conflictos familiares”.

Cuando no se pueden aceptar las diferencias y/o la autoridad, cuando no se respetan las reglas y la tolerancia es mínima, cuando no se hace experiencia del compromiso, pueden surgir problemas en el área de control, que en principio pueden manifestarse en los hijos como trastornos de conducta (desde berrinches hasta problemas de delincuencia), y en la pareja como maltrato en cualquiera de sus formas, el terapeuta debe suponer que existen problemas en:

- La organización jerárquica de la familia.
- La puesta en práctica de las funciones ejecutivas en el subsistema parental.
- La proximidad entre miembros de la familia.

El tipo de problema varía según la etapa de desarrollo de la familia. Cuando un niño de edad preescolar tiene problemas de conducta el terapeuta debe pensar como certeza que los cónyuges se desautorizan entre ellos, que seguramente lo triangulan en una posición de poder que es aterradorante para él y su familia.

La meta terapéutica será reorganizar la familia de manera que los padres colaboren entre sí, y el niño sea colocado en su lugar de hijo.

Con hijos adolescentes, los problemas de control pueden pasar por el hecho de que los padres no han podido pasar de padres solícitos, a padres respetuosos de la elección de sus hijos adolescentes.

En familias con hijos delincuentes, el control depende de la presencia de los padres. Las pautas de comunicación tienden a ser caóticas.

En las familias en que los niños son maltratados, los padres carecen de sistemas de apoyo. Cada acción del hijo es vivenciada como una respuesta personal. La familia es el único campo en el cual el padre puede desplegar poder y capacidad y esta restricción excesiva aflora como agresión. Suele haber una alianza muy estrecha entre madre e hijo a quien el padre ataca.

En dos tipos de familias se dan las fobias escolares:

- Familia con organización “delincuencial”.
- Familia donde hay una unión excesiva entre el niño y un miembro que lo ataca y lo mantiene en la casa, como compañero.

Siempre se trata de problemas de límites.

Jorge Fernández Moya

Construyendo la funcionalidad de la familia

La familia es un sistema humano en cambio constante, crisis, satisface los objetivos de los subsistemas (individuos y combinación de miembros) y también de los suprasistemas en los que se encuentra insertos (la comunidad en la que vive, la sociedad a la que pertenece sea en aspectos generales o particulares).

La familia es definitivamente, la principal intersección de la cultura y de los individuos que existen dentro de esa cultura; es el punto de mayor interacción y cambio. Todas las modificaciones sociales, macro y microeconómicas y legales, representan el contexto en el cual la familia realiza modificaciones continuas. La familia representa una variable dependiente de los cambios que se producen en el exosistema, pero también funciona como una variable independiente, que produce cambios en él.

Con una visión de la familia como un holón, es oportuno decir que la misma es construida tanto por la sociedad como por los sujetos que la componen. Cualquiera de ellos es, por definición, tanto parte como todo.

En un holón, ningún sistema individual singular es determinante, como tampoco la conducta sistémica resulta determinada solamente en un nivel, parte o todo. La causalidad es siempre múltiple, mutua y multidireccional.

Diversas son las transformaciones estructurales en la familia desarrolladas a lo largo de la historia. Algunos autores plantean que existieron modos familiares matriarcales; hipótesis discutidas. Pero sí es posible hablar de modificaciones de formas patriarcales o familias nucleares, en el siglo XVII, y de las actuales transformaciones de la familia nuclear. Por ejemplo, la familia ensamblada o reconstituida por un divorcio.

El V Congreso de la Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires, realizado en el año 1999, se organizó con el nombre de “Organizaciones Familiares Actuales”, refiriéndose a los sistemas de relación existentes entre los miembros que comparten la vida cotidiana y que se desarrollan junto como personas, con componentes que difieren de los tradicionales núcleos de pareja de padres heterosexuales con uno o más hijos.

Se trata entonces de familias con un solo padre o una madre por razones de viudez, divorcio, maternidad en soltería o adopción de hijos por parte de un solo

adulto, familias ensambladas posteriores o divorcio o viudez. También en familias no tradicionales, en donde las funciones son ejercidas por miembros que no son los actores tradicionales.

Se trata de Familias armadas por lazos sanguíneos donde la función de cada miembro no corresponde a ese tipo de ligamen o posición, por ejemplo: una abuela que ejerce la función materna junto a su hijo que quedó a cargo de la paternidad, cuando la madre decidió irse con otra pareja; tíos con sobrinos, hijos de padres desaparecidos que cumplen la función paterna; familias donde el rol tradicional paterno de sustento económico del hogar está en manos de la mujer, con un padre desocupado, que ejerce las funciones de crianza y doméstica tradicionalmente asignadas a la madre; familias con un padre o madre homosexual que mantiene su pareja gay paralelamente a su familia tradicional.

O sea, los cambios pueden ser de roles, de miembros componentes, de quien ejerce las funciones parentales, diferencias en el ejercicio del rol de género y el no complemento de las expectativas de conducta derivadas de su posición social en la familia.

A esto podemos incorporar las modificaciones en la crianza, la precocidad con que se separa al niño de su hogar (guarderías), que plantea un gran esfuerzo de adaptación (cuando todavía está con pañales), porque exige el desprendimiento forzado en los momentos de máxima dependencia y se obliga pertenencia en un momento de máxima separación – individuación por las dificultades, en la emancipación en nuestras épocas. Por ejemplo la delegación parental, a partir de no ejercer la función de protección psicosocial de los hijos, etc.

Los terapeutas familiares estamos en un momento, como expresa Ruth Casabianca¹²⁴, de gran desafío, porque debemos enfrentarnos con cambios múltiples y de diversos órdenes: a saber, políticos, económicos, sociales, en los roles tradicionales, en los valores de la cultura, en la calidad y tipo de vínculos humanos, etc. “Dichos cambios redundan en estas nuevas formas de organización familiar o de convivencia, algunas de las cuales apenas podemos afrontar sin considerar disfuncionales *per se*, y ante otras – más minoritarias, menos frecuentes – no sabemos literalmente ‘para dónde tomar’; no tenemos conocimientos o teorías

¹²⁴ Casabianca, R. (2000). “Nuevas organizaciones familiares: introducción”.

específicas para comprenderlas o para atisbar alternativas de vida que les resulten funcionales a quienes nos consultan en particular.”

Ruth Casabianca¹²⁵ propone que la tolerancia a la ambigüedad y la diversidad de información en este mundo complejo, es un punto básico en el terapeuta, además de la inclusión de paradigmas diferentes como el género, la cultura, etc., inclusión de redes, comunidades y otros grupos. Investigación y apertura al intercambio nos permitirán generar conocimientos básicos para proyectarnos y transmitirlos.

Un ejemplo, son los desarrollos de “Just Therapy”, en el Centro Familiar de Wellington¹²⁶, Nueva Zelanda. Ellos trabajan con culturas subordinadas y que han sido marginadas por la cultura dominante, las primeras son justamente las más necesitadas de los recursos de la salud y bienestar que se les pueda proporcionar. La procesos terapéuticos son éticos y justos, cuando parte de la base de considerar que cualquier terapia que no considere los determinantes socioeconómicos para los temas de salud, y a su vez no se dirija a la reconciliación entre las culturas, prolongará simplemente la marginación y la enfermedad de los pacientes¹²⁷.

En un contexto de transformación y cambio constante, referirnos a la funcionalidad familiar es un desafío.

Las investigaciones y clasificaciones familiares desarrolladas en el siglo XX, son referidas en su mayoría a los siguientes factores seleccionados por los autores como centrales en el funcionamiento familiar:

La adaptabilidad de la familia

El Cambio y la Transformación es adaptabilidad familiar, por lo tanto, estas nuevas organizaciones familiares pueden ser consideradas intentos de adaptación más o menos exitosos.

La adaptabilidad depende de dos mecanismos de regulación, los circuitos de retroalimentación positivos y negativos. Los circuitos negativos mantienen una

¹²⁵ Ibidem

¹²⁶ Citado por Casabianca, R. (2000) “Nuevas organizaciones familiares: introducción”.

¹²⁷ Devoto, R. (2000). “Evolución de las organizaciones familiares”.

estructura (morfoestasis), y la retroalimentación positiva posibilita la creación de nuevas estructuras y se produce el cambio morfogénesis.

La adaptabilidad de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante que se traduce en sistemas caóticos y una situación excesivamente estable que se presenta como sistemas rígidos.

La flexibilidad de la familia es importante y necesaria para garantizar los cambios y el desarrollo que se produce en todas las situaciones, sean éstas de crecimiento y/o envejecimiento, considerando todas las condiciones contextuales y ambientales que siempre están en proceso de cambio (coevolución o también llamada mutualidad, por otros autores¹²⁸)

No obstante es necesario cierto grado de **estabilidad** en el sistema para lograr un espacio familiar interno bien definido, con **reglas** aceptadas que brinden a cada miembro de la familia en un marco de orientación afectivo y cognitivo.

La funcionalidad familiar se define por la manera en que la familia se adapta a los cambios. En la tipología familiar presentada por el modelo circunflejo de Olson¹²⁹, la adaptabilidad constituye un principio central y es investigado en la flexibilidad en su liderazgo, en los roles, en las reglas de relación, control de disciplina, estilo de negociación. También en los modelos de Mac Master y Beaven, la adaptabilidad es un indicador relevante del funcionamiento familiar óptimo.

La cohesión de la familia

En la evolución de la familia, la dimensión de la cohesión pone de manifiesto el equilibrio que guardan, la **proximidad** y la **distancia**, así como los modelos centrífugos y centrípetos, durante el ciclo de vida familiar.

Moos y Moos¹³⁰ definen la cohesión como: “el grado en que los miembros de la familia se interesan por ella, se comprometen con ella, y en que se ayudan y apoyan mutuamente”.

¹²⁸ Simon F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

¹²⁹ Olson, Partne y Layer. Modelo circunflejo. FACE III. Paraná.

¹³⁰ Moos, R. y Moos, B. (1976). “A typology of family social environments”.

Olson¹³¹ la define como “el apego que los miembros de la familia tienen entre sí”. Se puede medir la dimensión de cohesión familiar en el apego emocional, los límites interpersonales, las coaliciones, tiempo, espacio y amigos (compartidos), en la toma de decisiones, intereses y tiempo libre (compartido o no). Si el grado de cohesión es alto, predominan las fuerzas **centrípetas**, y se produce un **apego excesivo**. En esas condiciones es difícil que los miembros de la familia logren un nivel adecuado de **individuación conexas, discriminación self/objeto y autonomía**, según las reglas del medio social.

Cuando predominan las fuerzas centrífugas, la modalidad transaccional es el **desapego** de los miembros de la familia y puede terminar en la **expulsión** de algún miembro. Cuánto más se esfuerza la familia en mantener la cohesión, puede producir el efecto contrario, porque desarrolla estructuras rígidas que le impiden satisfacer las exigencias de **cambio**. La cohesión es evaluada por la mayoría de los autores.

La Comunicación

Los autores consideran esta dimensión como facilitadora de las otras dimensiones. Don Jackson la toma como elemento central en su calificación según la definición de relación. Otros autores tienen en cuenta la claridad de la comunicación, si es directa o indirecta coherencia relacional (temática, afectiva).

Debe existir una mínima y balanceada capacidad para escuchar al/los otro/s, una habilidad para hablar (para uno mismo o para el/los otro/s). Debe existir apertura a los criterios diferentes, con el respeto consecuente y la consideración que posibilite la inclusión. También será necesario un buen manejo de las simetrías, y de las complementariedades, para bien manejar las escaladas o las complementariedades rígidas, así como todos los patrones destructivos de la comunicación (críticas, descalificaciones, insultos, etc.)

La comunicación es la matriz de la organización y por ende hace a la estructura de un sistema. Por lo tanto es facilitadora de las posibilidades de cambio y de aceptación al medio.

¹³¹ Olson, D. ; Russell, C. y Sprenkle, D. (1983) “Circumplex Model of marital and family systems: VI Theoretical update”.

Cambio

Los autores introducen el cambio en las tipologías. Olson plantea el cambio de primer orden y de segundo orden en su tipología (desarrollada más adelante). Si, es un cambio de primer orden, sería el pasaje de una familia aglutinada balanceada a desbalanceada, y si el cambio fuese de segundo orden, el pasaje sería hacia una familia desapegada con nivel de cohesión.

Otros autores, como Wertheim¹³², introducen el cambio determinando qué tipo de morfoestasis (consensual - forzada inducida) hay en el sistema y esto puede producir la posibilidad de cambio de segundo orden.

Beavers plantea un modelo en el que el cambio de una estructura a otra es común y puede ser terapéuticamente útil, por ejemplo, de formas caóticas de comunicaciones confusas, límites borrosos y evitación de toda cuestión de poder, hay un paso hacia las formas autoritarias con abiertas diferencias de poder

Haley se aproxima a Beaver en su libro *Leaving Home*¹³³, cuando propone un enfoque terapéutico basado en lograr que los padres de “jóvenes alocados”, se comporten como virtuales tiranos.

Estas tipologías constituyen una tipología de proceso, como lo llama Lynn Hoffman¹³⁴, que subrayan el movimiento y el cambio, y no dependen de categorías fijas, ni de características negativas familiares.

Por ejemplo, las categorías de Kanton y Lehr, de estructuras abiertas, cerradas y aleatorias. El cambio de primer orden se basa, en gran medida, en la retroalimentación negativa, que equilibra las desviaciones y mantiene el sistema en un nivel constante **morfoestasis**. Los cambios de segundo orden, modifican al sistema mismo. Los sistemas que tienen la capacidad de variar de manera cualitativa, son mucho más capaces de adaptarse al ambiente. **La capacidad de aprender** está relacionada con el cambio de segundo orden.

¹³² Wertheim, E. (1973). “Family unit therapy and the scienceand Typology of Family Systems”.

¹³³ “Dejando la casa”, en la traducción literal. Haley, J. (1980). *Leaving home*. McGraw – Hill, citado por Lynn Hoffman.

¹³⁴ Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. Un marco conceptual para el cambio de sistemas.

Todos los procesos de desarrollo capaces de modificar estructuras (coevolución o morfogénesis), pertenecen al cambio de segundo orden. Este se basa en la retroalimentación positiva que aumenta las desviaciones (fluctuación) e inicia así el desarrollo de nuevas estructuras (**autoorganización**), manteniendo la coherencia.

Kanton y Lehr catalogan a la familia según una elección de distintos ideales homeostáticos, o maneras de enfocar el equilibrio y el cambio: las desviaciones también derivan del ideal, pero son defectuosas.

La familia cerrada (puede compararse con la autoritaria), es muy estructurada, jerárquica y gobernada por reglas rígidas, en las que el/los individuo/s queda/n subordinado/s al grupo. En su versión defectuosa se convierte en una cáscara rígida, hueca y si se desarrolla una “escapada”, en la que puede aparecer la violencia.

La familia aleatoria (anárquica) valora la individualización “Haz lo tuyo”, posee pocas reglas y propone pocos límites; en su versión defectuosa es caótica, contradictoria.

El sistema abierto (democrático) equilibra el orden con la flexibilidad, y los derechos del individuo con los del grupo. En su versión defectuosa tiende al cisma y al divorcio. La movilidad, el cambio y por lo tanto, el proceso, caracterizan esta tipología.

Reiss¹³⁵ establece la idea de paradigma familiar que configura y propone la manera de la familia de enfrentarse con lo distinto y lo extraño.

Una forma de **conexión** interna, **conexión** externa y el **cierre**, que le permite a la familia coordinar respuestas frente a lo distinto y extraño, tratando de encontrarle un sentido, y la capacidad de aplazar el cierre hasta haber recibido información suficiente de afuera y de adentro de la familia. Esto tiene mucho que ver con la capacidad de resolver problemas que desarrollan otros autores, como Mc Master por ejemplo.

Reiss¹³⁶ hace referencia a la familia funcional sana cuando la familia “es sensible al medio”, refiriéndose a una familia cuyos miembros poseen la capacidad

¹³⁵ Reiss, D. “Varieties of Consensual Experience”. Citado por Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar.

de colaborar entre sí y de admitir información del medio circundante. Estas familias experimentaron conjuntamente la necesidad de observar todas las señales posibles procedentes de los demás y directamente del ambiente externo. Estas familias fueron capaces, como individuos y como unidad, de desarrollar hipótesis relativas a la solución óptima del problema planteado. Podía postergar una decisión hasta haber reunido y evaluado toda la información posible de ser obtenida.

Hay un equilibrio entre la demarcación de los límites personales y la proximidad de la familia, así como también entre la delimitación con respecto al medio externo y la apertura hacia él.

Reiss¹³⁷ ha estudiado la hipótesis según la cual el enfoque de una familia para construir la realidad, para interpretar su mundo social, se manifiesta en su estilo de procesar la información y resolver los problemas. Esto fue medido en el laboratorio con familias con un miembro esquizofrénico, otras con miembros delincuentes y otras sin miembros sintomáticos graves. Las primeras fueron sensibles al consenso, las segundas familias con sensibilidad a la distancia interpersonal y las últimas, sensibles al medio.

Los estudios de Reiss y otros¹³⁸, demostraron que la tendencia al **consenso** (del latín consensus = pensamiento unánime), o sea que la familia valora más ponerse de acuerdo y evitar conflictos, que encontrar la solución óptima a un problema dado; puede ser que la familia, se prive de una solución óptima de los problemas por mantener un acuerdo estrecho e ininterrumpido en todo momento (seudo – mutualidad). Por lo tanto estas familias abandonaban rápidamente sus ideas individuales y forzaron precipitadamente un consenso sin prestar mucha atención a las señales externas que podrán facilitar la solución del problema, presentando una tendencia a desdibujar los límites y la consiguiente tendencia al **apego excesivo**.

Por lo demás tampoco resulta funcional el modo de las familias con una sensibilidad a la distancia interpersonal. En estas familias cada uno trata de mantener su independencia a costa de la cooperación familiar. Ninguno de los

¹³⁶ Citado por Simon F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

¹³⁷ Reiss, D. "Varieties of Consensual Experience". Citado por Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar.

¹³⁸ Ibidem.

miembros puede aceptar sugerencias, observaciones o ideas de los demás para asegurarse de que su desempeño independiente no se vea amenazado.

Mantendrían, por lo tanto, una distancia interpersonal.

Cuando se pidió individualmente a cada uno de los miembros de la familia que resolviese el problema, se lograron mayores resultados que cuando se les pidió a la familia que colaborase como unidad. Estas familias presentan características correspondientes al **desapego** y a la **seudohostilidad**.

Reiss¹³⁹, consideró tres dimensiones básicas:

- **La Configuración:** que pone de manifiesto cómo hace la familia para trabajar en conjunto, a diferencia de cómo lo hace cada uno de los miembros, para solucionar el mismo problema.
- **La Coordinación:** que expresa el deseo y la capacidad de ejecución de la familia para encontrar soluciones posibles.
- **La Culminación:** se trata de la tendencia de la familia a permanecer abierta a nuevos datos y experiencias (demora de la culminación) o llegar muy pronto a la culminación.

Reiss introdujo la idea de **paradigma** familiar para explicar cómo se organizan en cada una de las familias los supuestos sobre las propiedades del mundo.

Con respecto al concepto de paradigma familiar, Dora Fried Schnitman¹⁴⁰, expresa: “la realidad se construye en la interacción de grupos sociales que actúan en forma relativamente coordinada”.

En su práctica los grupos humanos, organizan: *“paradigmas (maneras de entender el mundo), que proveen un conjunto de premisas cognitivo – emocionales compartidas, con las que van a organizar su actividad actual, a sí como futuras realidades y futuras prácticas”*¹⁴¹.

¹³⁹ Reiss, citado por Simon F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

¹⁴⁰ Schnitman, D. (1986). “Constructivismo, Evolución Familiar y Proceso Terapéutico”.

¹⁴¹ Ibidem

De este modo, los miembros de la familia pueden actuar en forma **coordinada** y mantener un sentido de identidad y predictibilidad basado en el consenso. La autora plantea que el cambio del sistema familiar es importante y lo refiere como: “*la generatividad de la familia, la creación de nuevas formas de acción social y nuevas ideas, es tan importante como su habilidad para conservarlas*”¹⁴² Y destaca el valor de los contextos de desviación de las pautas y premisas habituales. El desorden, la novedad y el azar, que generan tensión, son indispensables para la adaptación familiar e individual.

Para mantener su organización, el sistema necesita adaptarse a su medio y a las modificaciones intrasistémicas. Para adaptarse y mantener su identidad modificará su estructura, o sea pautas preferidas y que otorgan un sentimiento de continuidad. Para cambiar su estructura, el sistema entra en crisis. Por lo tanto, vive un lapso en que las viejas pautas ya no sirven y las nuevas no se establecen. Los procesos de cambios son propios de cualquier sistema abierto que mantiene con su entorno un constante intercambio de energía e información.

Esta recursividad entre persistencia y cambio se da en una transformación en el tiempo como un proceso. Mientras una relación permanece igual, otra se modifica y esa modificación, si es suficientemente intensa, acarrea otras, o se opaca. Según Dora Fried Schnitman, la evolución familiar se da en términos de una dialéctica entre premisas y formas de interacción.

Considera un *primer estadio*, que es cuando la relación entre paradigma familiar y la práctica social resultan relativamente congruentes, la familia funciona en forma **implícita**. Cuando esta congruencia disminuye, también disminuye el consenso entre los miembros, lo que trae como consecuencia una discordancia en las interacciones, o dificultades para **coordinarlas**. Se crea un estado de desorganización sistémica, y una predominancia de estados alejados del equilibrio, una alteración de la dialéctica entre persistencia y cambio. Aquella adquiere la forma de oscilaciones que van de un predominio de procesos de mantenimiento a procesos de desestabilización y cambio.

El funcionamiento se vuelve explícito y nos encontramos en el *segundo estadio*.

¹⁴² Ibidem

El funcionamiento familiar deja de ser implícito; los miembros cuestionan la naturaleza de las relaciones familiares, los rituales, las ideas y creencias familiares. La familia gana en posibilidad de generar nuevos modos, nuevas ideas y a la vez pierde en pertenencia, en funcionamiento implícito. Schnittman refiere que es el momento en que pueden generar nuevos paradigmas. Por lo tanto estamos en *tercer estadio*, que Schnittman denomina “**nucleación**”, ya que es un proceso en el cual la familia establece nuevas pautas de interacción recuperando el consenso, el funcionamiento se va tornando implícito y los estados de tensión son bajos.

Facilita una reorganización con modificaciones más o menos significativas en su accionar conjunto y en sus premisas básicas. Por ejemplo, cuando sobreviene la crisis del divorcio de la pareja parental, el funcionamiento familiar se ve desequilibrado hasta que las pautas puedan modificarse y reorganizarse, de familia nuclear intacta a familia binuclear en el mejor de los casos con conservación de la coparentalidad.

El paradigma de cómo es una familia, cambió. Por ejemplo, algunos jóvenes entrevistados en la etapa postdivorcio de sus padres refieren: *“Yo creía que la familia era todos juntos sentados viendo televisión y me di cuenta que la familia es otra cosa, que aunque no compartamos todos juntos, las relaciones afectivas son importantes...”*

Recordamos a Reiss que cuando se refiere a los paradigmas familiares, plantea que la disfunción de cada familia está en relación directa con su paradigma. Reiss refiere también, que cuando un paradigma deja de servir puede que el desorden y la descomposición representen la oportunidad potencial para el crecimiento, y/o la destrucción.

Aunque llena de riesgos, se abre para la familia una experiencia nueva, alterando su sentido de sus propios miembros y el mundo exterior, y transformando, así un paradigma que pudo haber sido celosamente guardado durante años, aún por diferentes generaciones. Se trata entonces de una posición evolutiva frente al cambio de paradigma.

Lynn Hoffman¹⁴³ describe el movimiento y el proceso de cambio en un modelo evolutivo. En cada nivel existe la posibilidad de un estilo u otro (centrípeto

¹⁴³ Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas.

o centrífugo) y del cambio discontinuo de un plato a otro, con una reorganización total del sistema (por ejemplo: centrífuga autoritaria). El cambio está diagramado en espiral, un movimiento con final abierto.

Para la misma autora, los atributos de una familia serán diferentes según consideremos el tiempo (ciclo vital) o el espacio (situación particular) desde el cual se lo considere). Las familias pueden cambiar de centrífugas a centrípetas, o con un salto discontinuo a anárquicas o autoritarias, o de autoritarias a democráticas.

Ilya Prigogyne¹⁴⁴ hace referencia a los sistemas **alejados del equilibrio** para explicar el cambio permanente de la familia e individuos. Para ello introduce el **tiempo** y por lo tanto la **historia**, en los sistemas como amplificaciones de elementos pequeños que pueden conducir a bifurcaciones, dando cabida a la **impredictibilidad**, al **azar** y al **devenir** de lo nuevo.

Los cambios en los sistemas familiares pueden ser:

- **estructurales** (de familia extensa a familia nuclear),
- **evolutivos** (de familia nuclear a familia uniparental) o
- **conductuales** (crisis adolescentes).

Las **crisis** deben ser consideradas como estadíos de los sistemas, fuera del equilibrio.

Laszlo¹⁴⁵ habla de **estado estable** refiriéndose a *“La configuración concreta de las partes y sus relaciones que se mantienen en un sistema que se mantiene y se corrige a sí mismo”*. Es un estado en el que las energías se utilizan en forma continuada para mantener la relación de las partes entre sí y para protegerlas del colapso y la decadencia.

En estado estable el estrés es óptimo y necesario, la estructura posee amplias posibilidades de cambio, el intercambio con el medio es óptimo y necesario, y el sistema es abierto. James Carse¹⁴⁶ refiere: *“El cambio es en sí mismo la verdadera base de nuestra continuidad como personas. Sólo lo que cambia puede continuar”*.

¹⁴⁴ Ilya Prigogyne

¹⁴⁵ Laszlo, citado por Anderson, C. y Carter, Y. (1994). La conducta humana en el medio social.

¹⁴⁶ Carse, citado por Anderson, C. y Carter, Y. (1994). La conducta humana en el medio social.

Con respecto a la adaptabilidad familiar, el ítems de la **capacidad familiar para la resolución de problemas**, es tomado en los indicadores de Mc Master y son tomadas en cuenta en otros análisis como los de Reiss, etc.

La capacidad para resolver problemas está referida tanto a las situaciones afectivas como a las instrumentales.

El Modelo Epigenético del Desarrollo de Lyman Wynne¹⁴⁷

“El esfuerzo por relacionarse con otros seres humanos es de carácter primario y universal, y el esfuerzo simultáneo por desarrollar un sentido de identidad personal generan un dilema en los sistemas interpersonales”.

Se define epigénesis como¹⁴⁸: *“Los intercambios o transiciones de cada fase evolutiva que se apoyan en el resultado de transacciones anteriores”.*

Lyman Wynne plantea que: “si en una fase evolutiva dada las transacciones se distorsionan u omiten, se alteran todas las fases evolutivas subsiguientes, porque se edifican sobre un sustrato diferente. Se presume que el ambiente familiar debe proveer necesariamente determinada clase de influencias en cada fase de moderación del desarrollo”.

Recordando el concepto de niveles de organización en la Teoría General de los Sistemas, postula que la naturaleza puede ser observada como un continuo ordenado de manera jerárquica en el que las unidades más grandes y complejas dominan a las unidades más pequeñas y menos complejas. En esta jerarquía de organizaciones, este nivel posee cualidades distintas y únicas. Esta es una visión evolutiva y epigenética de los procesos de los sistemas relacionales.

Cuatro son los procesos que plantean Singer y Wynne¹⁴⁹, que se desenvuelven de modo epigenético en los sistemas relacionales:

¹⁴⁷ Wynne, L. (1991). “Un modelo epigenético de procesos familiares”. En *Transiciones de la familia*. Originalmente publicado en *Family Process* 23: 297- 3118, 1984.

¹⁴⁸ *Ibidem*

¹⁴⁹ Singer y Wynne. “Thought disorder and family relation of schizophrenics: IV. Results and implications”. Citado por Falicov, C. (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida*.

- **El apego:** (cuidado solícito), ligazón afectiva complementaria, manifiesta de manera prototípica en el allegamiento progenitor – hijo.
- **La comunicación:** que comienza por compartir los focos de atención y continúa en el intercambio de mensajes.
- **La resolución conjunta de problemas:** y la participación cotidiana renovable en los intereses, las tareas y actividades recreativas.
- **La mutualidad:** es término equiparable en el lenguaje de Maturana, de coevolución. Existe entre los miembros del grupo familiar un compromiso mutuo de ir modulando la relación a medida que se desarrolla el ciclo vital, en tanto se ocurren hechos inesperados y surjan nuevos intereses y aspiraciones como cuando un matrimonio que transita diferentes crisis evolutivas, y permite la diferenciación clara de las identidades individuales y su propio desarrollo. Para esto el apego incorpora el distanciamiento o desvinculación y la nueva vinculación constructiva.
- **La intimidad:** surge como un quinto punto, no es imprescindible en las relaciones duraderas, pero que es un corolario de las relaciones mutuales y confiables.

Desarrollaremos cada uno de estos conceptos

Apego

Al respecto, Bowlby¹⁵⁰ señaló que la conducta de apego se da en un sistema de realimentación en el que la función complementaria es el cuidado solícito.

La necesidad de proximidad a la persona por la que se tiene apego, y en los momentos de zozobra, aumenta el bienestar y disminuye la angustia cuando se está en compañía de esa persona y hay un marcado aumento del malestar y la angustia ante el descubrimiento de que la accesibilidad a esa persona está amenazada.

¹⁵⁰ Bowlby, J. (1980). "Attachment and loss". Vol. III Loss: Sadness and depression, anxiety, and mourning". Citado por Falicov, C. (1991). Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida.

Reiss plantea que en las relaciones, cara a cara, el apego es una expresión del mismo sistema emocional que el apego infantil, aunque modificada en el curso del desarrollo. No es tan abrumador y dirigido hacia los pares y sobretodo con la persona con la que la persona adulta mantiene una relación sexual.

Bowlby¹⁵¹ define la conducta de apego como *“cualquier forma de conducta que dé por resultado que una persona obtenga o retenga la proximidad a otro individuo diferenciado y preferido, por lo común visto como más fuerte y/o más sabio”*.

Ainsworth¹⁵² refiere que en un buen matrimonio cada cónyuge desempeña según la ocasión, el rol de figura más fuerte de modo que cada uno recibe seguridad y bienestar, y rechaza la separación.

La modalidad de apego/cuidado solícito, puede ser observada desde la relación de sobreinvolucración emocional o bien desde el desapego categórico a una relación de crítica y hostilidad.

Como plantea Salvador Minuchin, la pertenencia y la separación forman la matriz de identidad en la familia. La experiencia de apego implica la experiencia de separación, depende de cuándo, cómo, se genere ésta, y, si es positiva o negativa. Si una pareja en el momento de la consolidación, en vez de desarrollar la relación de apego/cuidado solícito, se separa por largos períodos o no establece rutinas de reunión, el desapego o rechazo se puede instalar y las críticas y hostilidad desarrollarse hasta niveles de posible disolución.

En cambio, en otros momentos de la evolución de la pareja, por ejemplo durante la crianza de los hijos, es posible que aumente la sensación de separación y resulte más tolerable. Esto es considerado también en las investigaciones sobre cohesión en los sistemas.

La alta emoción expresada de Vaughn y Leff¹⁵³, y la **Respuesta afectiva de sobrereacción** de Mc Master, también está relacionada con las dificultades en el

¹⁵¹ Bowlby, J. (1975). “Attachment theory, separation anxiety, and mournig”. Citado por Falicov, C. (1991). Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida.

¹⁵² Ainsworth, M. (1982). “Attachment: Retrospect and prospect” en Parkes y Stevenson- Hinde (eds.). The place of attachment in human behavior. Citado por Falicov, C. (1991). Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida.

desenvolvimiento de las relaciones de apego que puede llevar a una sobreinvolucración emocional, a la crítica y la hostilidad que impiden la posibilidad de la **comunicación**, de la **resolución de problemas** y de una **intimidad** disfuncional.

Comunicación

Wynne¹⁵⁴ (1986) plantea que en la temprana infancia el estado de allegamiento recíproco entre la madre y la criatura, de base no verbal, influye en el desarrollo ulterior del lenguaje comunicativo. Esto se relaciona con lo epigenético ya que la comunicación se desarrolla sobre la relación de apego/cuidados solícitos.

Sostiene, además que una conducción previa necesaria para la comunicación es tener un foco de atención compartido, que conduce a significados potencialmente compartidos. O sea que los participantes hayan establecido una “*realidad social compartida*”, un “*aquí y ahora*” común para poder intercambiar mensajes.

Es cierto que el apego/cuidado solícito contiene un componente comunicativo pero, ya más avanzado el desarrollo del alejamiento, el aprendizaje de códigos de comunicación compartidos, y de habilidades en materia de expresión simbólica y uso del lenguaje, pasa a ser la tarea primordial. Por lo general, se admite que la familia y sus sustitutos proporcionan el esquema básico para aprender a comunicarse y adquirir otras habilidades de relación utilizadas en contextos ajenos a la familia.

Cuando no ha habido un apego/cuidado solícito, es imposible establecer correctamente una perspectiva legítima y afectiva compartida. Singer y otros¹⁵⁵ formulan el concepto de desviación fragmentada de la comunicación, en el que un oyente es incapaz de construir una imagen visual o un constructo coherente a partir de las palabras del hablante.

¹⁵³ Vaughn, C. y Leff, J. (1976). “The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness”.

¹⁵⁴ Wynne, L. y Wynne, A. (1986). “The quest for intimacy”.

¹⁵⁵ Singer, M.; Wynne, L. y Toohey, M. (1978). “Communication disorder and the families of schizophrenics” . Citado por Falicov, C. (1991). Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida.

No obstante, cuando los procesos de comunicación se basan en el apego/cuidado solícito, los participantes se valen de una información abundante que puede darse por supuesto y ya no necesita ser manifestada. Todo este desarrollo tiene que ver sustancialmente con la crianza y con los desarrollos sobre comunicación clara propuesta por Virginia Satir.

Resolución Conjunta de Problemas

Hace poco tiempo que la Terapia Familiar ha prestado atención a lo planteado por las conductas sobre la resolución conjunta de problemas como tarea para el allegamiento familiar sano. La resolución conjunta de problemas y el compromiso compartido en tareas sostenidas y renovadas entrañan procesos relacionales que crean la posibilidad de un nuevo crecimiento en las relaciones. Los efectos de las pautas de comunicación disfuncionales, emergen con máxima claridad en esta nueva etapa. Las familias efectivas resuelven sus problemas de manera real, con eficiencia y fácilmente, y no acumulan los problemas irresueltos.

La resolución efectiva puede ser descripta como una secuencia de siete pasos:

- Identificación del problema.
- Comunicación con la persona adecuada a cerca del problema.
- Desarrollo de un conjunto de posibles soluciones alternativas.
- Decidir al respecto de una de esas alternativas.
- Realización de la acción requerida por esta alternativa.
- Monitoreo para asegurarse que la acción es llevada a cabo.
- Evaluación del proceso de solución del problema.

Las familias funcionales en el primer punto no niegan el problema, aceptarlo y definirlo es proceso principal. Las familias poco o nada efectivas niegan el problema o evitan el conflicto, pueden ver el problema, pero evitan plantearlo (segundo paso) porque temen el desarrollo de un conflicto. No creen en las potencialidades de crecimiento y cambio que pueden traer los conflictos. Otras familias pueden cerrarse en acuerdos rápidos sin explorar diversas alternativas de solución y analizar sus posibles consecuencias. Pueden demorar la decisión porque

ninguna de las alternativas es positiva, por ejemplo en el caso de divorcios estancados. O demoran la acción postergándola permanente, porque el significado para ellos de esa acción es destructivo de su propia imagen o de su status.

Hay familias que no monitorean, ni controlan que la acción (por ejemplo una penitencia) si se lleva a cabo, y además no evalúan si esta sanción ha sido efectiva para la corrección de la conducta desviada, y por lo tanto hace necesario tomar otra decisión al respecto.

Epstein y Bishop, en el modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar, plantean que los problemas familiares pueden dividirse en dos tipos: instrumentales y afectivos. Si la familia no tiene resueltos los primeros (dinero, comida, transporte), rara vez lucha efectivamente con los problemas afectivos, como la angustia y la depresión. Cuanto menos eficaces son las conductas de la familia para resolver los problemas, las mismas se encuentran menos sistematizadas y cumplen menos con los pasos necesarios para la resolución de problemas.

Lymann Wynne plantea que en las familias sobre-involucradas con comunicación amorfa, constreñida o fragmentada, la ineficacia, indecisión y desorganización en la resolución conjunta de problemas, constituye una queja que conduce al tratamiento terapéutico.

Follon y otros¹⁵⁶ recomiendan la enseñanza de habilidades de comunicación como un paso previo y necesario cuando fracasan los esfuerzos por ayudar a las familias a resolver sus problemas. Por lo tanto Wynne considera que la resolución de problemas más complejos y persistentes presupone haber superado las etapas anteriores de comunicación y haber desarrollado un apego familiar suficiente.

Hasta este punto, el modelo epigenético de Lyman Wynne, toma los tres ejes de Olson:

- Cohesión, equiparable a apego/cuidado solícito.
- Adaptabilidad, compatible con solución de problemas y conflictos, como forma de cambio, y
- Comunicación.

¹⁵⁶ Fallon, I.; Boyd, J. y Mc Gill, C. (1984). Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness.

En su cuarta etapa, Lyman Wynne plantea la *Mutualidad*

La mutualidad se basa en la experiencia y habilidad relacionales acumuladas en cada una de las etapas anteriores que retoma aquellas formas de allegamiento apropiadas a los cambiantes contextos internos y externos familiares.

La mutualidad es un concepto supraordenado cuyo asiento específico es el cambio relacional en el tiempo frente a los conflictos y a las divergencias. Es un proceso en que se pueden renovar relaciones de largo plazo, reconociendo las dificultades, el incumplimiento de expectativas, la no complementariedad en roles determinadas, las divergencias de los intereses individuales viéndolos como inevitables. Se reconocen las dificultades sin resolver en el marco de las formas de relación anteriores y se negocian nuevos tratos.

El problema a resolver es si la relación ha de continuar, y si lo hace en qué condiciones representará un modo diferente de allegamiento más distante, como en el divorcio.

Los individuos deben observar por un tiempo el funcionamiento del sistema en el que han venido participando como meta-posición parcialmente externa al sistema. Inventariar las cualidades del trato y las circunstancias que lo afectan (enfermedad, envejecimiento, otros involucrados, familia extensa, trabajo) El resultado de tal inventario puede alterar la relación previa. Wynne introduce el **cambio** y habla del modo como un sistema cambia cuanto elemento planteado por los investigadores familiares.

María Beatriz Sabah

CAPÍTULO 7

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

CAPÍTULO 7

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La posibilidad de pensar en la familia como unidad de abordaje resulta el ser el mensaje básico que este libro desea proponer para poder ir “en busca de resultados” cuando se produce una consulta psicológica - psiquiátrica.

La familia nuclear, la familia extensa y la red social que la cobija representa el contexto ideal para comprender lo que un síntoma puede “plantear, denunciar”. Hasta hace unas pocas décadas, los síntomas fueron considerados una expresión de aquello que le sucedía a un individuo, independientemente de su situación contextual. Una depresión manifestaba el estado de una persona. Las razones, los motivos, sólo podían encontrarse en su interior. Luego surgió la perspectiva de que los síntomas expresaban una relación interhumana y servían a algún propósito táctico.

La pregunta que comenzó a formularse entonces fue:

¿Qué función cumple una depresión desde el punto de vista del matrimonio, la familia, el trabajo o la relación con el terapeuta?

Nosotros contestaremos la pregunta desde una perspectiva más amplia (implícita en la terapia de Milton Erickson) y consideraremos que el síntoma aparece “*cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe*” (Haley, 1980). De modo que el síntoma es la luz roja (una señal de alarma) que enciende la familia cuando enfrenta dificultades para superar una etapa de su ciclo vital.

Como propone la terapia que hacía Milton Erickson y que fuera sistematizada por varios de sus discípulos entre ellos Haley, cuando abordamos

terapéuticamente a una familia, *"nuestra estrategia terapéutica se centra precisamente en los síntomas, pero nuestro objetivo más amplio es la resolución de los problemas de la familia, para que el ciclo vital se ponga nuevamente en movimiento"*. (Haley, 1980)

Superar una crisis en la etapa de la vida familiar no significa o representa un intento de adaptar al individuo a su familia, sino considerar que la libertad y el crecimiento del primero están determinados por su participación exitosa en su grupo natural y en el desarrollo dentro de éste. (Haley, 1980)

Creemos que la terapia es la introducción de nuevas perspectivas, es ofrecer y proporcionar mayor variedad y riqueza para los recursos que la vida genera en las personas, *"por lo tanto la meta terapéutica es liberar de las limitaciones y restricciones de una red social en dificultades"*. (Haley, 1980)

Según Haley, hay quienes sostienen que el tratamiento de los síntomas tiende a un alivio de los mismos y a su vez a una adaptación de la persona siendo que *"es imposible curar un síntoma sin que se produzca un cambio básico en la situación social del individuo, una modificación que le permita liberarse a fin de crecer y evolucionar"*. De modo que una depresión no puede aliviarse a menos que el terapeuta intervenga y ayude al paciente y a su familia o grupo significativo, a encontrar otras alternativas de vida. (Haley, 1980)

Antes de abordar las distintas *etapas por las que transcurre la vida de una familia*, es necesario establecer y considerar que existe muy poca información al respecto, ya que sólo poseemos datos parciales e investigaciones basadas en autoinformes, pero no estudios longitudinales sistemáticos. En este sentido es bueno recordar una cita que hace Celia Falicov en su libro, recordando a Jerome Kagan:

"Tenemos una explicación del desarrollo psicológico humano menos satisfactoria que la del ciclo de la mosca de la fruta, que ha sido objeto de estudio durante al menos cien años". (Falicov, 1991)

La dificultad de comprender a las familias en crisis está teñida por los mitos de cómo deberían ser las familias y no cómo son en realidad y en capítulo anterior hemos planteado los cambios que ha experimentado a lo largo de la historia y de cómo en el último siglo los cambios han sido múltiples y que muchas veces deben ser comprendidos como una auténtica revolución. El terapeuta familiar requiere entonces de una comprensión profunda del desarrollo de una familia, sus

circunstancias bajo el peso de los mitos y de los cambios culturales cada vez más globalizados.

Las etapas del ciclo vital

A los fines de mejor comprender a la familia en el proceso que realiza en su desarrollo, describiremos esquemáticamente algunas de las etapas familiares críticas, desde las perspectivas de Jay Haley, Rosalía Bikel y de observaciones obtenidas en las consultas de familias en nuestro trabajo.

Uno de los primeros discípulos de Milton Erickson, Jay Haley, reconoce que una familia transita un camino que se inicia en la etapa en que los jóvenes comienzan a realizar sus aprestos para la selección de su pareja. (Haley, 1980). A ese período lo llama:

El período de galanteo

En su relato, Haley nos recuerda que el reciente estudio sistemático de la especie humana ha coincidido con la observación de sistemas sociales de otros animales. *"El estudio comparativo nos muestra que los hombres comparten con otras criaturas los mismos procesos evolutivos del galanteo, apareamiento, la construcción del nido, la crianza de los hijos y la mudanza de la descendencia para iniciar una vida propia, la diferencia con los humanos radica en que éstos poseen una organización social más compleja, de modo que los problemas que surgen durante su ciclo vital familiar son únicos en la especie"* (Haley, 1980)

El ser humano, y consideremos esta sustancial diferencia, es *el único con parientes políticos*, mientras que en otras especies hay una marcada discontinuidad entre las generaciones.

Cita al *ganso salvaje* por ejemplo, que se aparea de por vida y produce una descendencia a lo largo de los años. Si alguno de ellos muere, el sobreviviente lo llora y probablemente no vuelva a aparearse.

Esto sucede también con algunos humanos. El mito de la monogamia es objeto de nuestro análisis, porque constituye la modalidad de una buena parte de nuestra sociedad latinoamericana. También nos ocupa la conjunción de dos familias

ejerciendo su influencia y creando una complejísima red de subsistemas en torno a la unión de esas dos personas que *eligieron* casarse.

Los problemas que pueden suscitarse en este período de elección de la pareja, se relacionan con numerosas variables:

- la relación simultánea que los miembros de la pareja deben mantener con los miembros de ambas familias (de origen y política) y, además con sus pares,
- el destete o la separación entre los padres y los hijos. Éstos podrán ser a partir de ahora, padres (de sus hijos), al mismo tiempo que hijos (de sus padres, pero con una distancia y autonomía diferente), seguirán siendo hermanos, cuñados, tíos, sobrinos, primos y también **esposos**. Con todos estos roles que deben seguir cumpliendo están fuertemente involucrados en las reglas y en la cultura de cada familia de origen y participan activamente de las reglas, costumbres y mitos de la familia política. En muchas oportunidades pueden tener fantasías de poder romper con algunos o todos los códigos que hasta ahora se les ha impuesto, pero sólo el tiempo dirá si ello es posible.

Lo que alguna vez se denominó **elección neurótica** de compañero, implicaba un proceso de decisión familiar (o por lo menos de expresa aceptación familiar), más que de elección y decisión individual. Si recordamos el Primer Axioma de la Teoría de la Comunicación, sabemos que “es imposible no comunicar”¹⁵⁷. Por lo tanto dicha elección y/o decisión puede ser aceptada, rechazada, descalificada o desconfirmada por la/s familia/s de origen y/o política.

Muchas son las consultas de personas o parejas que se realizan muchos años después de la ceremonia del casamiento, que representan reproches para una situación (definición de la relación) que siempre tuvo las mismas características, pero que a partir de un acontecimiento nimio, adquiere proporciones insospechadas, no predecibles.

La consulta al terapeuta en esta etapa tiene por objeto lograr una intervención con la cual se procura mayor autonomía, mas independencia y la

¹⁵⁷ Watzlawick, P; Beavin, J. y Jackson, D. Pragmática de la comunicación.

madurez en la toma de decisiones¹⁵⁸. La consulta terapéutica que resulta necesario realizar y la relación terapéutica que se crea puede convertirse en un ritual que sirve como una “ceremonia de iniciación” para que sea posible la salida desde una organización familiar cerrada, hacia la construcción de la propia pareja y posteriormente propia familia.

Una de las dificultades que se plantean al operar con los jóvenes en esta etapa se relaciona con la necesidad de disponer de la sabiduría para ser un guía, sin que ello implique **adaptarlos** a alguna idea estereotipada de cómo se supone que deberían ser. Esto implica el tacto suficiente como para favorecer una elección, en la que previamente se haya barajado y reconocido una diversidad de estilos de vida. (Haley, 1980)

La etapa de la que hemos hablado es con el correr de los años cada vez un período más largo. Alcanza con recordar que en la Edad Media, esta etapa era corta y se extendía entre los siete y los nueve años, ya que a los diez años, los jóvenes entraban en la etapa productiva¹⁵⁹. Adentrados en el siglo XXI en cambio, esta etapa se ha prolongado por lo menos tres veces más, ya que es normal que un joven que ha hecho una carrera universitaria, para los treinta años, recién se esté afianzando profesional, laboral y económicamente.

El matrimonio y sus consecuencias

Dice Jay Haley que esta etapa suele iniciarse con *"una ceremonia que cada vez ocupa más la atención de los encuentros terapéuticos, ahora que mucha gente joven renuncia a ella"*. (Haley, 1980) Nos referimos al casamiento, civil y/o religioso, éste depende del credo que los miembros de la pareja, que puede ser el mismo o bien cada uno posea sus propias creencias. Pudiendo esto ser o no una variable que con el tiempo genere, facilite los acuerdos o las diferencias.

Los rituales y el casamiento en especial, constituyen un mito cultural importante que colabora para que los involucrados **redefinan** nuevas pautas relacionales. Pero no sólo entre ellos, sino también entre los miembros de las familias de origen y política, entre los amigos y las relaciones laborales.

¹⁵⁸ “La madurez es la capacidad de decidir lo que está bien, ... aun cuando los padres lo recomiendan”. Viejo refrán español citado por Paul Watzlawick, en El arte de amargarse la vida.

¹⁵⁹ Shorter, E. (1977). El nacimiento de la familia moderna.

El “**nunca imaginé que fuera así**”, verbalizado por los cónyuges con relación a las expectativas anteriores al casamiento, nos muestra que la ceremonia modifica en forma impredecible la naturaleza personal y por lo tanto relacional de cada uno. Pero también debemos considerar frecuente la ilusión de algunos cónyuges, que **se juegan a un seguro cambio** de su pareja luego de que el matrimonio haya tenido lugar, cuando dicha pareja no desea o tiene en sus planes cambiar.

Para algunas parejas, el período posterior al casamiento es una verdadera luna de miel. Para otras no lo es, y se produce una tensión capaz de romper el vínculo marital. Muchas veces, las dificultades atañen a la finalidad que animó a los jóvenes a casarse. Por ejemplo, cuando se han casado para escapar de sus familias descubrirán, una vez casados, ha desaparecido las “verdaderas razones” del matrimonio. Resulta por lo tanto buscar y encontrar otras bases sobre las que se construyó el matrimonio para que éste continúe.

El acto matrimonial suele jugar una suerte de absolución de reservas mutuas, lo cual organiza un movimiento hacia una intimidad sin límites que puede ser bienvenido, pero también puede atemorizar. Además, en la convivencia deben elaborarse una cantidad de acuerdos que atañen a la íntima asociación, a las relaciones con sus familias de origen, a los aspectos prácticos de la vida en común, y a las diferencias existentes entre ellos como individuos.

El **modo de encarar los desacuerdos** es también un diseño elaborado por los miembros de una pareja con una significativa participación de las familias de origen, en torno a la nueva relación mutua.

En la primera etapa del matrimonio es frecuente que se eviten las discusiones y las críticas por el **clima amoroso** tan deseado que hará a la “pareja perfecta”. Con el tiempo, los desacuerdos y las controversias se generan, se amplifican y el **clima se tensiona** y es así como a partir de “cosas sin importancia”, surgen cuestiones que terminan en una pelea abierta, haciendo explícito lo que hasta entonces se había comunicado sólo de un modo indirecto. Es posible ahora ofenderse, sentir el dolor por lo que el otro hace o deja de hacer.

La mayoría de las decisiones de la pareja recién casada, están teñidas e influenciadas por las perspectivas heredadas de las respectivas familias y de las alianzas actuales con los padres, las cuales constituyen un aspecto inevitable del matrimonio, mucho más si de alguna manera dependen económicamente para la

subsistencia, o para la mayor, mejor calidad de vida. La comodidad de creer que los recursos de la familia de origen se mantienen intactos tiene el costo de la influencia de quienes son los auténticos dueños de los recursos.

La pareja joven deberá establecer un territorio con cierta independencia de la influencia parental, pero sin cortar la relación con su familia de origen, porque esto tendería a desgastar a la pareja. El arte del matrimonio implica que **la independencia se alcance mientras se conserva al mismo tiempo la involucración emocional con los respectivos parientes.**

La dependencia económica de los padres, la convivencia cotidiana en el hogar de solteros de uno de los miembros de la joven pareja, la necesidad de que sea una o las abuelas las que deban cuidar a un/os nietos, hacen que este territorio que mencionáramos, tenga límites difusos, y los conflictos se generen por la dificultad de acordar **quién/es** deciden **qué** y/o **cómo** al plantearse los temas en los cuales existen diferencias de criterio y expectativas.

El nacimiento de los hijos y el trato con ellos

En esta etapa del ciclo vital de una familia se generan nuevas oportunidades que necesariamente desestabilizan el funcionamiento del sistema íntimo y uno a uno que representa hasta ahora por la pareja.

Con el nacimiento del primer hijo, es posible hacer alianzas¹⁶⁰ y coaliciones¹⁶¹ y pueden tomar dimensiones y formas inesperadas. El **rey – bebé** puede ser un punto, una lazada o una hermosa trenza en el tejido de una familia¹⁶². Sin saberlo, los hijos **tejen** (facilitan, construyen) las funciones de papá, mamá, abuela, abuelo, tíos, sobrinos y también **son tejidos** por los mismos hilos (en el sentido de influidos por todos estos roles complementarios).

¹⁶⁰ Alianza, alineamiento: la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud o conjunto de valores.

¹⁶¹ Coalición: combinación de dos o más sujetos que adoptan una estrategia común frente a otros sujetos pertenecientes al mismo sistema. (Caplow, T. Teoría de las coaliciones en las triadas.)

¹⁶² Metáfora con la que intentamos describir la intensa trama que las relaciones interpersonales representan en una familia; y cómo y cuánto los roles y las funciones están determinadas por las necesidades propias y por las demandas ajenas.

Con el nacimiento del hijo, la joven pareja queda más distanciada de la familia de origen y a la vez más enredada en el propio sistema familiar. El niño los introduce en la red de la parentela, modificando los viejos vínculos y formando otros nuevos.

Algunos matrimonios se inician directamente como un triángulo, en los casos donde se inician con un embarazo, y la pareja no tiene la experiencia de vivir junta en una sociedad de dos.

La próxima vez que se encuentren ante la posibilidad de vivir solos como pareja, será probablemente cuando los hijos dejen el hogar, donde es posible que se encuentren frente a frente, en los albores de su pareja. Quizá hayan estado juntos durante años, *pero sólo mirando a los hijos, quizá viéndose a través de la relación con éstos y sin haberse detenido a mirar cuánto y como ha sido necesario cambiar, actualizarse o en el peor de los casos no habiéndose mirado.*

Por otra parte, la llegada de un niño discapacitado o con problemas a la familia, puede ser empleada como munición para una batalla familiar, o bien como bandera blanca para una tregua.

En la etapa del cuidado de los hijos pequeños a las mujeres se les plantea un problema especial, relacionado con necesidad de atención que los hijos pequeños demandan y la posibilidad de concretar sus personales de tipo profesional o laboral, o la necesidad de “tener que trabajar” fuera de su hogar porque contribuye a la economía de su hogar o porque sus ingresos económicos representan el único o el mayor de los ingresos económicos. El doble anhelo de mujer–mamá y de mujer–trabajadora, cargan sobre sus espaldas el peso extra que representa el conflicto de “tener que hacer ambas tareas con corrección y de manera competitiva”, al mismo tiempo que sus maridos no tienen esa doble tarea, que la cultura le ha designado a la mujer, afortunadamente las nuevas parejas comparten más y de mejor manera la crianza de sus hijos.

Cuando una mujer ha sido educada, preparada para desempeñarse en otras actividades, su trabajo, su profesión y se encuentra limitada a la crianza y en su mundo de realciones predomina la conversación con sus hijos, puede acudir a la consulta porque siente que no está haciendo la tarea para la que se preparó. No manejar su propio dinero, la hace sentirse desvalorizada de ser *sólo* ama de casa y madre.

El matrimonio puede entrar en conflicto y se erosiona la relación cada vez que alguno de sus miembros se siente insatisfecho. Una esposa puede reclamar y requerir más ayuda de su esposo para el cuidado de los hijos, mientras él siente que dicha tarea le pertenece “sólo” a su esposa. El marido puede sentir agobio producto de su situación laboral y de sus escasos ingresos y le reclama a su esposa que trabaje fuera de la casa, ésta siente, cree que es su cónyuge quien debería satisfacer la totalidad de las necesidades económicas.

En algunas oportunidades alguno de los miembros puede hipertrofiar su rol. Y entonces el trabajo pasa a ser lo más importante. Otras veces el énfasis queda claro en la importancia que se le asigna a la crianza, o a la necesidad que los hijos tienen de cuidado, alentando, sosteniendo con cuidados exagerados a que un hijo tenga o sostenga un problema emocional, de conducta o de aprendizaje, al que entonces alguien debe justificadamente dedicar su atención. (Haley, 1980)

El terapeuta tiene como tarea resolver el problema del niño ayudando a la madre a “desengancharse” de él, y a descubrir una vida propia más satisfactoria.

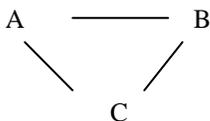
El período más común de crisis surge cuando los hijos comienzan la escolaridad. Etapa en la cual los padres comienzan la primer prueba social, acerca de cómo han venido realizando la tarea. Si el niño se porta mal, si se resiste a ir al colegio o presenta dificultades en el aprendizaje, dirigimos la orientación terapéutica hacia la familia, tratándola en su situación total, ya sea con el problema **en** el hogar, **en** la escuela o **en** ambos.

Este “**en**” hace referencia a la definición que algunos terapeutas hacemos de la terapia familiar, a los fines de disminuir la resistencia de algunos sistemas que desconocen nuestra visión circular y cibernética del síntoma y que por lo tanto, consideran al niño culpable y/o **responsable** de su conducta, visión cada vez menos frecuente en los círculos actualizados.

Aún en los matrimonios de **avanzada** (llamamos así a las parejas que desean resolver el tema de la crianza de los hijos dejando **todo claro** antes de que estos nazcan) pueden presentar conflictos en el intento de superar la propia educación recibida, con otra mejor **en teoría** y la que en definitiva es construida con aquello ya incorporado y aquello por realizar. Si consideramos además que con la escolaridad, el esfuerzo de la crianza es exhibido en público, podemos observar diferentes conflictos en consonancia con diversas estructuras familiares.

Encontramos varios tipos de estructuras desdichadas, vinculadas con la apertura de brechas generacionales. El problema más habitual es que uno de los progenitores establece una alianza en forma sistemática con uno de los hijos en contra del otro progenitor, presentando el progenitor más involucrado, ciertas dificultades para manejarse con el hijo. Porque éste ha captado la propuesta relacional que es el medio de comunicación entre sus padres y él.

El chico **coopera** en su comportamiento para mantener unida a la tríada, mediante la repetición de pautas propuestas. A veces tales reglas incluyen algún síntoma.



A = papá

A = C < que B

B = mamá

B + C > que A

C = hijo

Las dificultades matrimoniales del período intermedio

Siguiendo las propuestas de Jay Haley, entramos en esta etapa donde el ser humano, adulto, necesita adaptarse a los extraordinarios cambios de sus niños. Estos “niños”, todavía son protegidos por sus padres. Aunque no faltará mucho para que en otras etapas, los hijos comiencen a cuidar de ellos. Las relaciones van cambiando y el vínculo matrimonial también se encuentra sometido a una revisión constante. (Haley, 1980)

Éste suele ser uno de los mejores períodos de la vida. El marido puede estar disfrutando del éxito y la mujer puede compartir los logros por los cuales que han trabajado. Los hijos están más grandes, plantean nuevas exigencias, la relación matrimonial se profundiza y amplía.

El terapeuta generalmente ve las familias, para las cuales ésta es una época difícil, como puede suceder cuando el marido y padre de familia que descubre que no cumplirá con los proyectos y las ambiciones de su juventud, desilusión que seguramente alcanza al resto de los miembros. Probablemente el éxodo de jóvenes trabajadores a países con mayores oportunidades esté acompañado por un sistema social que los libera, y por un sistema familiar que puntúa la desilusión en las escasas ofertas, y las trabas socioeconómicas de nuestro país.

En estas circunstancias, la pareja ha interactuado intentando resolver diferentes conflictos, y de esa manera ha elaborado *modos relacionales rígidos y repetitivos*, que con los cambios en el ciclo vital se hacen necesario actualizar, ya que el crecimiento de los hijos hace ineficaz su mantenimiento, ya arroja resultados no deseados.

En esta época la llamada turbulencia adolescente sacude al sistema familiar, provocando una lucha por mantener el ordenamiento jerárquico previo.

El modo de abordar terapéuticamente a la familia en esta etapa, plantea la dificultad de que las pautas se hagan rígidas y el parche homeostático tejido por los hijos, a través de quienes la pareja se comunica. Esto cual trae aparejado, entre otras cosas, la amenaza del vínculo de pareja y la crisis cuando los hijos parten. (Haley, 1980)

Las teorías dinámicas han puesto el énfasis en el primer año de vida, como etapa en la que se "genera" la patología. Desde la perspectiva de los terapeutas de la familia, es ésta la etapa en la cual se presentan la mayoría de los problemas en las personas. Ya sea como conflictos individuales, de la pareja o de la familia.

El destete de los padres

Sugestivamente, Jay Haley hace una inversión de la puntuación colocando a los padres como responsables de la acción de "dejar que los hijos se alejen convenientemente" del hogar del que hasta ahora forman parte.

El período de emancipación de los hijos es una etapa de crisis, que requiere de adaptación por la pérdida de los hijos y se debe sobrevivir encontrando el **nido vacío**. (Haley, 1980)

Una encuesta nos señala que el mayor porcentaje de consultantes se presenta en esta etapa del ciclo familiar, y la experiencia confirma que el modo en que interviene una ayuda terapéutica es de importancia crucial, ya que suple al rito de iniciación a la vida adulta de los hijos, ceremonial que permite una demarcación más clara de las funciones y redes del sistema.

El modo en que el matrimonio ha ido resolviendo sus conflictos incluye, la manera en que se las arreglan para permitir que los hijos tengan sus propias parejas, carreras y trabajos, haciendo la transición a la condición de abuelos.

La turbulencia puede sobrevenir cuando el hijo mayor deja el hogar, mientras que en otras la perturbación parece empeorar progresivamente al irse yendo “**los chicos**” y en otras, cuando está por marcharse el menor.

Es probable que cuando los padres se encuentren frente a frente, luego de tanto tiempo compartido “mirando a los chicos”, dichos padres (que ocuparon más energías en este rol que en el de esposos) descubran que tienen poco que decirse. Lo que suele emerger entonces, es aquello que dejaron de lado con la llegada de los hijos (tanto al inicio de la pareja, como en su evolución).

La **esquizofrenia de un adolescente** puede visualizarse como un intento extremo de resolver, lo que le sucede a la familia en esta etapa. Vemos aquí que el costo de la homeostasis puede llegar a ser bastante elevado. Por otra parte, a esto podría sumarse, que el terapeuta **considera** este “*enfermo mental*” como el único paciente, la cristalización de las conductas de dicha familia en esta etapa de su desarrollo, sería la cronicidad para el joven hijo.

A veces, los padres tienen muy poca o ninguna preparación para dar el paso a la etapa siguiente, en la cuál deberán desempeñarse como abuelos. Entre las razones posibles se puede encontrar que los hijos no pasaron por los rituales matrimoniales acostumbrados.

Un modo importante de conservar la relación mutua entre las dos generaciones, es considerar la posibilidad otorgada a los hijos de desprenderse de la influencia parental, aceptando como válidas las decisiones, aun cuando se mantiene una real disponibilidad.

El retiro de la vida activa y la vejez

Del modo en que los adultos cuidan a los viejos deviene el modelo, a partir del cual se cuidará de ellos, cuando envejezcan. Esta tarea hace a que siempre se encuentren involucradas tres generaciones. ¡Qué paradoja representa el hecho de que el cuidado, el respeto que los adultos muestran en el trato hacia sus padres, sus suegros y hasta los miembros de la familia extensa, representa el libreto mínimo para que los hijos “aprendan” cómo se trata a los “viejos de la familia”!

En la pareja aparece nuevamente la posibilidad de estar **todo el tiempo, juntos**. Esta etapa representa toda una tarea, que entre otros ingredientes suele coincidir con la jubilación laboral, para la cual se puede o no estar preparados. Es

posible que en este período, alguno de ellos organice un síntoma, de manera que el otro cónyuge tenga de qué **ocuparse**. El terapeuta debe centrarse entonces, en facilitar a la pareja el acceso a una relación más afectuosa, en lugar de tratar “el problema” como si **sólo perteneciera a uno de ellos**.

En esta etapa puede surgir una familia **pas de deux**, que resultaría de la sobreinvolucración que tienen los dos miembros de una pareja, que se acomodan a un funcionamiento demasiado estrechamente y dependiente.

Homeostasis¹⁶³, morfoestasis¹⁶⁴ y morfogénesis¹⁶⁵.

Cuando hablamos de *homeostasis* en el sistema de interacciones de la familia, hacemos referencia a la combinación de dos tendencias propias de los sistemas que resultan necesarias para la supervivencia. Se trata de *la tendencia a mantenerse en un estado estacionario*, al mismo que se plantea de manera complementaria la *tendencia a la transformación o cambio*, lo que hace al equilibrio del sistema.

Habitualmente, la familia consulta cuando predomina la tendencia a la estabilidad (no cambio), y se encuentra amenazada por una perspectiva de cambio inevitable (el crecimiento, la evolución es inevitable) que muy probablemente, sea también la solicitud de una propuesta adaptativa a una nueva circunstancia. Esta situación sin duda será generadora de estrés para quienes desean mantener las “cosas” tal cual está (¿Para qué salir a bailar a esas horas?) y para quienes desean un cambio (ir a bailar después de la medianoche).

Existe una correlación directa entre **crisis** y **estrés**. Veamos, ¿qué implica el término **crisis**?. De acuerdo con el diccionario de Webster: "Un estado de cosas en las cuales de una u otra manera, es inminente el cambio decisivo". (Sluzki, 1980)

¹⁶³ Homeostasis: del griego *homois*, similar; *stasis*, permanecer quieto. Es el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autoregulación. Ver Glosario. (Simon, Stierlin y Wynne. Vocabulario de la Terapia Familiar)

¹⁶⁴ Morfoestasis: del griego *morphe*, forma; *stasis*, permanecer quieto. Es la capacidad de un sistema de mantener su estructura en un ambiente cambiante. Ver Glosario. Ibidem.

¹⁶⁵ Morfogénesis: del griego *morfhe*, forma; *genesis*, generación. Se refiere a la formación y desarrollo de las estructuras de un sistema. Ver Glosario. Ibidem.

Crisis es el punto a partir del cual las cosas mejorarán o empeorarán, según dice Frank Pittman III¹⁶⁶. Agrega con relación al estrés, que éste se encuentra determinado por las características de cada familia. En algunas, una entrada a la cárcel o un embarazo sin matrimonio puede no generar estrés, pero en otras, las mismas circunstancias pueden plantear una verdadera crisis debido al estrés que se genera. Y sugiere una cantidad de parámetros para conocer algunas de las características que tiene el estrés, que puede ser:

- Explícito o encubierto.
- Único o habitual.
- Permanente o temporal.
- Real o imaginado.
- Universal o específico.
- Surgiendo desde fuerzas intrínsecas de la familia o desde fuerzas extrínsecas, fuera del control de la familia.

La familia en su ciclo evolutivo atraviesa por necesidades de cambios, que se manifiestan al redefinirse las relaciones entre sus miembros. Por ejemplo, el adolescente que cuestiona y desatiende las reglas relacionales vigentes hasta el momento, promueve una tendencia que hace peligrar el sistema estable. Ante la amenaza de ruptura de la homeostasis, uno o más miembros de la familia solicitan la intervención de especialistas, a los que paradójicamente suele llamarse **promotores de cambio**.

Algunos profesionales en el marco de una concepción tradicional de la asistencia han tenido como meta **impedir o bloquear la crisis**, como si ello fuera posible. Desde esta concepción se proponen internaciones, medicación o terapias individuales cuando la situación involucra a varios miembros en la familia, por lo tanto nunca resultan el abordaje indicado para la solución de la crisis.

Cuando decimos homeostasis, debemos además reconocer la tendencia a la estabilidad por un lado y la tendencia al cambio al mismo tiempo. Aunque este tema será tratado con mayor amplitud en el capítulo de Terapia Estratégica, su lectura

¹⁶⁶ Pittman III, F. (1990). Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis.

posibilitará una mejor comprensión, debemos decir en este Capítulo que Watzlawick, Weakland y Fisch, en su libro Cambio, distinguen dos tipos:

- El cambio que puede verificarse en el interior de un sistema que permanece inmutable como tal; es decir, el que ocurre dentro de su organización global (cambio uno).
- El que afecta a todo el sistema y lo modifica (cambio dos).

Desde esta perspectiva debemos considerar que quienes vienen a la consulta tienen posible pretensión de cambiar sólo lo necesario como para poder recuperar la condición de equilibrio que tenían antes de la crisis. Con el riesgo de **cambiar algo, pero no demasiado**. Dicho de otra forma, quienes vienen a la consulta, esperan que las relaciones que le generan incomodidad o sufrimiento experimenten un cambio, pero que el mismo sea selectivo y por lo tanto no modifique aquellas otras “cosas” o situaciones con las que se siente cómoda.

Podemos decir entonces que la mejor definición de **Homeostasis** es pensar que se trata de un **cambio relativamente constante de un sistema**.

Este concepto fue introducido en la fisiología en 1932 por Walter B. Cannon, para explicar la constancia relativa de ciertas dimensiones fisiológicas.

En 1952 Ashby amplía este concepto aplicándolo a los sistemas cibernéticos en general, del cual deriva para nosotros el concepto de **morfoestasis**. Dicho concepto es similar al que estamos desarrollando. Hace referencia a la manera en que un sistema elimina las perturbaciones y es capaz de mantener una estructura determinada.

El primero en aplicar el concepto de homeostasis a los sistemas familiares fue Jackson en 1953, pero lo hizo para descubrir mecanismos y sistemas patológicos que se caracterizaban por una excesiva rigidez, la falta de flexibilidad y un potencial limitado de desarrollo. (Kornblit, 1984)

Esta lectura, que ponía el acento en la rigidez y en el mantenimiento del sistema, descuidaba los aspectos del cambio que nosotros presentamos al iniciar este apartado. Los primeros terapeutas familiares, estimaron que las estrategias deberían dirigirse a la ruptura de esa estructura homeostática. En la actualidad, consideramos que las familias disfuncionales son capaces, no sólo de mantener, sino de **modificar** por sí mismas sus estructuras.

Cuando queremos reflexionar sobre el mecanismo de la formación de síntomas, no dejamos de considerar que éstos, ya sean físicos, psíquicos o de conducta, poseen un significado y una función individual y familiar.

El problema se organiza alrededor de reglas que permiten que el "status - quo" de una estructura dada se mantenga. A esta capacidad del sistema de mantener su estructura en un ambiente cambiante es a la que llamamos **morfoestasis**. Que como habíamos mencionado, es un concepto similar al de homeostasis, que hace referencia además, a los mismos mecanismos esenciales para que el sistema logre la adaptación: los circuitos de retroalimentación negativa.

En este caso nos referimos a una adaptabilidad estructural limitada, que acompaña también la conducta sintomática en los miembros de la familia, considerados individualmente. Los primeros terapeutas familiares estimaron que la tarea fundamental era romper esas estructuras homeostáticas.

Hoy no sólo nos preguntamos cómo quebrar el ciclo homeostático, sino que apuntamos a la capacidad que posee toda familia, funcional o disfuncional, de modificar sola sus estructuras, mediante procesos de "morfogénesis". (Shazer, 1986)

La perspectiva actual orienta las estrategias de intervención terapéutica, hacia el fortalecimiento de los mecanismos morfogenéticos, que se refieren a la formación y desarrollo de las estructuras de un sistema.

Este concepto de **morfogénesis** fue introducido en la cibernética por Maruyama en 1960 y describe el fenómeno por el cual una retroalimentación positiva de desviación – ampliación, exagerando una desviación mínima en el sistema, puede inducir un cambio desproporcionadamente grande en dicho sistema.

La auto - organización del sistema familiar y la funcionalidad a largo plazo durante los ciclos de vida de la familia, dependen de la medida en que las estructuras son capaces de cambiar. Las situaciones de crisis requieren de nuevas definiciones de la relación, de nuevas reglas, de nuevas modificaciones en el equilibrio de estas relaciones, de un restablecimiento continuo entre el cambio estructural y la estabilidad estructural.

El videotape "Adriana, alfajores, chocolates, y nada" (adolescente con conductas anoréxicas) y el videotape "Marta y el pulpo" (mujer con crisis obsesiva), nos muestran que las familias ya habían implementado mecanismos de

morfogénesis, cuando bloquearon el intento manipulatorio de la niña o de la esposa, en ocasiones que no habían registrado. (Centro Privado de Psicoterapias, 1972-1992)

En el primer video, cuando el terapeuta señala esta capacidad, la familia la asimila mediante la metáfora de *los leucocitos al acecho*, el mecanismo morfoestático que predominaba, y con el cual se quiebra el ciclo para implementar los mecanismos de cambio.

En el segundo, las maniobras para no quedar entrampado por parte del marido resultaban ineficaces por insuficientes, debido a las acciones que llevaban a cabo los padres de la paciente.

Crisis familiares.

Frank Pittman III (1990) asevera, y es un criterio que comparto, que cada crisis es única; pero se las puede agrupar en cuatro categorías, basadas en la **naturaleza del estrés** que generan.

- Crisis Evolutivas o de Desarrollo.
- Crisis por Sucesos Inesperados.
- Crisis Estructurales.
- Crisis de Cuidado.

Rara vez se las encuentra en forma pura.

Repetimos un concepto: llamamos **crisis** a una situación de cambio inminente, una situación que se encuentra en un punto, en una instancia en la cual el cambio es inevitable, y que dependiendo de cómo transcurran los acontecimientos, se podrá mejorar o empeorar la situación original. La tendencia a la homeostasis es también una constante por parte de algunos miembros del sistema.

Podemos entonces reconocer situaciones en las cuales los cambios serán necesarios (y por lo tanto debemos planificarlos, aunque sea en partes) es decir, son **predecibles**. Otros cambios nos sorprenderán, son inesperados, indeseables y/o accidentales, por lo tanto **impredecibles**.

Las crisis evolutivas o de desarrollo.

Llamamos así a una instancia **previsible** y **predecible**, que puede pasar a veces **desapercibida** y que se presenta durante el desarrollo evolutivo de una familia. Generalmente la familia supera estas instancias sin mayores problemas. Estas circunstancias son:

- El casamiento.
- El nacimiento de un hijo.
- El ingreso a la escuela primaria.
- El ingreso a la escuela secundaria. La adolescencia.
- El ingreso a la universidad y/o la emancipación de los hijos.

Cuando la etapa se supera sin problemas, es porque se ha realizado un **cambio de normas o reglas** que hacen a la relación de los miembros de la familia. El estrés ha encontrado una adecuada forma de canalización. Por ello, en estos casos, hablamos de *Crisis Evolutiva Normal*, aunque suene redundante.

Todo crecimiento implica cambio. El crecimiento familiar nos lleva necesariamente al concepto de “cambio en los acuerdos de una nueva relación”.

El repertorio de reglas con que cuenta una familia no es ilimitado. Este repertorio está relacionado con las historias de los miembros que la componen y de las cuales se deriva su sistema de creencias.

Se puede **compartir o no** el sistema de creencias (tener iguales convicciones).

Se puede **estar de acuerdo o no** con el sistema de creencias del otro.

Se puede **respetar o no** el acuerdo o el desacuerdo, cuando éste existe.

En el compartir, acordar y respetar se pone en juego la organización de la familia, que muestran sus sistemas de creencias y las reglas que derivan de ellas.

En todo el proceso de crecimiento familiar, y más precisamente en el cambio de una etapa a otra, lo que debe negociarse es ese gran paquete formado por el sistema de creencias compartido y las reglas que lo mantienen. Ambos términos unidos en un proceso de retroalimentación continua.

Retomemos ahora el gran tema del *síntoma*. En términos generales se reconoce que “un síntoma aparece cuando una persona está en una situación imposible y procura salirse de ella”. (Haley, 1980)

Históricamente se le ha reconocido al síntoma distintos significados. Repasemos este concepto. Primero se lo consideró una expresión del individuo, independiente de su situación social. Luego se consideró que los síntomas expresaban la relación ínter – humana y tenían un sentido. En la actualidad se ha descubierto que los síntomas aparecen cuando el ciclo vital de la familia o de otro grupo natural significativo se disloca o se interrumpe.

El síntoma es comunicación, es mensaje para la familia y para el contexto amplio en el que se encuentra inmersa. El síntoma dice acerca del no acuerdo con las reglas instituidas, para superar la Crisis Evolutiva Normal por la que transita la familia. El síntoma es la **señal** de que la familia o el grupo tienen dificultad para superar una etapa de su ciclo vital.

De donde abordar terapéuticamente a una persona para **curar** un síntoma, implica producir un cambio en la situación social de ese individuo. Y esta modificación le permite liberarse, crecer, evolucionar.

Las personas son las únicas que al casarse lo hacen también con su familia política. Esta significativa diferencia es comparable con la **oposición del pulgar**, con el **uso sistemático de las herramientas** y con el **tamaño del cerebro**. Hasta es posible, como dice J. Haley, que el cerebro se haya desarrollado más que en el resto de los animales, porque el humano debe encarar una red social más amplia y compleja.

Esta compleja red social que significa la familia extensa, está presente en todas y cada una de las etapas de la vida humana. Por lo tanto el matrimonio no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias, dos sistemas, dos organizaciones con larga historia, con su propio sistema de creencias. Sistemas que ejercen influencia y crean una compleja red de subsistemas, alrededor de la familia nuclear.

La importancia de la familia extensa se mantiene, a partir de la permanente participación en el juego de las decisiones de la familia nuclear. Ya sea porque participan en la economía, porque participan en las decisiones laborales de uno o los dos miembros, porque participan cuidando nietos, o porque obviamente mantienen

una red social compartida, en donde se expresan y ponen en juego afectos y experiencias de vida.

Para mayor información sobre el tema de la emancipación de los hijos en la familia se pueden leer algunas Tesis de Graduación realizadas en la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua, por ejemplo las realizadas por María Belén Povedano, titulada: “La emancipación adolescente. Un proceso circular”, de Marzo de 1997. O la realizada por Estela Landaburu cuyo título es: “La sobreprotección y el proceso de emancipación”, de Mayo de 1998. O la de Analía Castañer, cuyo tema es: Emancipación y género. Semejanzas y diferencias de un proceso complejo, de Marzo del 2001.

Mariela González, que eligió el tema: “La emancipación de los jóvenes provenientes de familia uniparentales. La asertividad como una de las habilidades sociales que intervienen en el proceso”, de Mayo del 2001 y Luciano Vicario, que trabajó sobre: “Emancipación y afrontamiento”, de Agosto del 2001, por último, Luciana Fozzatti lo hizo sobre: “Emancipación y adopción” de Diciembre del 2001

Sucesos inesperados que provocan crisis imprevisibles o accidentales.

Se llama así a todas a aquellas situaciones en las que los miembros de una familia quedan expuestos. Simplemente por la condición de vivir, de hacerlo como grupo unido por relaciones de afecto, de mostrar una disponibilidad personal y grupal para la resolución de los problemas que cotidianamente se presentan y de llevarlo a cabo insertados en una comunidad (suprasistema) que nos implica en todos y cada uno de sus cambios.

Podemos reconocer distintas situaciones que contribuirán a que una familia adopte una **organización transitoria, adaptativa a la circunstancia que está viviendo**. Son ejemplos de esto:

- **Enfermedades prolongadas:** que obligan o no, a una internación. Tienen como común denominador el hecho de que dejan "fuera de acción" a la persona enferma. Esta no puede cumplir su rol dentro de la familia (de trabajo o de estudio) y necesita del resto de la familia, y a veces de los amigos o vecinos, para su cuidado y tratamiento.
- **Accidentes graves con convalecencias prolongadas:** es una situación semejante a la anterior, a veces cargada de dramatismo porque el

accidente es un instante, pero las alternativas de la rehabilitación forman parte de un proceso prolongado.

- **Pérdida del trabajo o disminución sensible de los ingresos de la familia:** Culturalmente la estabilidad laboral representa una seguridad para las personas y el grupo familiar que constituyen. Es muy frecuente que una pareja realice sus proyectos de matrimonio, cuando uno de ellos o ambos consiguen esta ansiada estabilidad en los ingresos. La familia de origen de los miembros de esta pareja pueden sugerir, recomendar y/o amenazar, mostrando la necesidad de que el camino a emprender se realice con propios recursos. Cuando no se puede contar con dichos recursos se pierde la autonomía, y la dependencia de la pareja o de la familia es un hecho penoso con el cual es difícil convivir. En estos casos, es factible que se vuelva a etapas anteriores de la evolución de la familia. Para mayor información sugiero la lectura de la Tesis de Graduación de Carolina Livellara, denominada “Pareja y género. Enfrentando el desempleo del hombre en pareja”, de Agosto de 1.999.
- **Fallecimientos:** Un fallecimiento siempre resulta un acontecimiento doloroso en la familia, y normalmente evoca en todas las personas, los mismos sentimientos (pena, dolor, tristeza) y pensamientos (confusión, desamparo, vulnerabilidad, necesidad de revisar los proyectos personales y familiares). En general y en particular las "cosas han cambiado" y las personas deben cambiar. Estos sentimientos y pensamientos seguramente tendrán variaciones de acuerdo a la edad, a la afinidad, a la proximidad afectiva y al rol que tenía asignado este ex – miembro, en la organización de la familia nuclear. La **causa** de la muerte también establece variantes en el proceso de duelo por el que atraviesa la familia. No es lo mismo la muerte luego de una prolongada y penosa agonía, que una muerte súbita. En la primera situación, la muerte puede ser una liberación deseada para evitar el sufrimiento del paciente y de su familia. En cambio en la muerte imprevista, por accidental, todos se plantean qué y cómo deberían haber hecho para prolongar la vida de esa persona que querían, y de la que todos esperaban mucho.
- **Infidelidad:** Es también una pérdida, en algún sentido comparable con la muerte. Porque "mueren" ciertos valores que hicieron a la estructura invisible de la pareja (la confianza, el respeto, etc.) y tiene un sello de

agravio personal para quien comúnmente se siente traicionado. (Pittman III, F.; 1990) La cultura es un factor de suma importancia en la resolución de estos conflictos. La nuestra ha llevado estas situaciones al terreno del **género**, permitiendo que a los hombres se les disculpe la infidelidad por el hecho de ser hombres. Por otra parte se educa a la mujer en un plano de igualdad de oportunidades, pero el doble mensaje cultural le propone que tolere aquello que es definido como una desigualdad. Para mayor información sobre este tema se puede leer la Tesis de Graduación de Ethel Santos, denominada: “La Infidelidad, sus efectos”. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Agosto de 1998.

- **Mudanzas (cambios de domicilio):** Se pierde el contexto en donde la familia desarrolla sus actividades, el barrio, los vecinos, los proveedores habituales. Se deben modificar los recorridos mínimos, para ir a la escuela, para hacer las compras. Es decir, se cambian las relaciones y los movimientos que hacen a todas las cuestiones cotidianas.
- **Migraciones:** No sólo se pierde el barrio, se puede perder la cultura. Las crisis son más intensas y profundas cuando la migración es obligada. Por ejemplo por razones políticas. (Simon, F.; Stierlin, H.; Wynne, L.; 1988) Carlos Sluzki hace un profundo análisis de estos temas, que bien puede ser ampliado. (Sluzki, C.; 1974). Para indagar más información sobre este tema, es recomendable la lectura de la Tesis de Ana Rosich llamada: El desarraigo en la familia, ¿Cómo sobrellevar la crisis?. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, de Marzo 1998.
- **Discapacidad:** Si a la crisis evolutiva que implica el nacimiento, le agregamos el hecho de que el nuevo integrante nace con una discapacidad, estamos sumando un motivo más de estrés. El abordaje de la discapacidad supera la intención de este texto, pero en el sentido de todo cuanto se plantea en este tema haremos un pequeño agregado al conceptualizar las Crisis de Cuidado. También se puede leer la Tesis de María José Videla, cuyo título es: *Síndrome de Down. El proceso de emancipación que nunca será completo*, de Marzo de 1999 y de Julieta Príncipe, titulada: *¿Es posible el matrimonio de los discapacitados mentales?* Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.

Crisis estructurales.

Para Frank Pittman III (1990), *"estas crisis no tienen nada que ver con el estrés y no representan un esfuerzo para evitar, o comprender, o cambiar algo. Estas familias funcionan de esta manera de vez en cuando, en respuesta a misteriosas fuerzas en la familia. Simplemente repiten sus viejas crisis familiares y confunden a cualquier pobre terapeuta que ande cerca"*.

Se trataría de familias que según Jackson se las puede clasificar como **insatisfactorias inestables**.

Pittman continúa diciendo, *"la mayoría de las familias verdaderamente patológicas (disfuncionales) tienen crisis de esta clase. Estas son las más difíciles de tratar, en tanto que la crisis no es esfuerzo para producir cambio sino que es realmente un esfuerzo para impedir el cambio que se está produciendo"*.

Y pone como ejemplos *"las familias con un miembro alcohólico, con un miembro violento, con un miembro adúltero, todos caen dentro de esta categoría. Familias que tienen un miembro que siempre amenaza con el divorcio, o el suicidio, o la fuga, o cambios de trabajo"*. (Pittman III, F.; 1990)

Son frecuentes las consultas que realizan algunas personas, en general mujeres por la conducta infiel de su esposo, en la entrevista inicial es muy posible que la consultante, haga clara alusión a que este tipo de conducta que era conocida y tolerada desde la época del noviazgo, pero se tenía la esperanza, la ilusión del cambio de hábitos después del casamiento de parte de su marido. Lo mismo se puede decir de quien siendo soltero y novio consumía drogas, alcohol o era un jugador compulsivo.

Crisis de cuidado.

Dice Franck Pittman III de ellas: *"Las crisis de cuidado ocurren en familias en las cuales uno o más miembros son **no funcionales y dependientes"***.

Agrega, *"el miembro no funcional y dependiente, somete a la familia por sus requerimientos de cuidados. Los niños pequeños, los ancianos y los inválidos, naturalmente requieren cuidados de otros miembros de la familia. El cuidador puede ser provisto dentro de la familia y llegar a agotar sus recursos. La familia necesita ayuda externa"*.

La dependencia de una persona se evalúa considerando la capacidad que tiene para autoabastecerse, para hacer esta valoración se considera su capacidad poder alimentarse, higienizarse y vestirse.

Se conoce como dependiente aquel sujeto que debido a sus limitaciones físicas, mentales y/o sociales, o una asociación de estas, no posee la capacidad de obtener los resultados esperados para su edad y desarrollo. Mantiene por lo tanto una relación de complementariedad respecto de un adulto, al necesitarlo como suplemento necesario para su evolución. El grado de dependencia que puede tener es variable, y va desde la dependencia absoluta a la supervisión esporádica.

Establecer el grado de dependencia – autonomía de una persona permite valorar y precisar el grado de ayuda que requiere para su cuidado cotidiano y por lo tanto para el tratamiento de rehabilitación, de mantenimiento y/o con el objetivo de evitar su deterioro. Se han establecido tres categorías, que son:

- Necesidad de asistencia completa; se trata de pacientes que requieren de su familia y/o de personal especializado, quienes lo asisten con una dedicación completa y permanente. Quienes están a cargo, deben hacerse cargo de todas las *acciones* que los pacientes se encuentran imposibilitados de realizar.
- Necesidad de supervisión completa; se trata de pacientes que requieren de su familia y de quienes lo asisten de una dedicación parcial y de una mirada de control permanente. Quienes están a su cuidado deben vigilar todo aquello que los pacientes pueden o intentan realizar.
- Necesidad de supervisión esporádica; se trata de pacientes que sólo requieren de un control para determinadas tareas que emprenden.

Cuando la ayuda externa es posible, la familia tiene una nueva variable a considerar y por momentos puede sentir que no tiene control sobre esta “ayuda” (una empleada, una enfermera que falta mucho y sin aviso), ni sobre sus propias acciones, porque cuando falta la empleada, alguien la debe reemplazar y en esta instancia alguien, en general la madre si de un niño o adolescente se trata debe necesariamente postergar sus propias obligaciones y/o tiempos libres. Cuando la persona a cuidar es un adulto, un anciano, suele ser la esposa, una hija y a veces una nuera la que se hace cargo del cuidado. Cuando esta situación se repite, una y otra

vez el cuidador “obligado” pierde la posibilidad y hasta la capacidad de decidir sobre sus cosas personales y privadas.

La mayor complicación surge cuando los restantes miembros de la familia, dejan de considerar lo voluntario de dicho accionar y lo transforman en una obligación para el cuidador, que sólo puede “zafar” cuando se enferma y es allí en donde la familia queda atrapada en la situación de que “para estar bien”, es necesario estar enfermo para evitar quedar a cargo de una difícil y poco reconocida tarea. Por el contrario cuando se enferma, cuando no puede hacerse cargo del familiar dependiente, se la atiende y posiblemente hasta se la mime. También es posible que se la maltrate o no se la considere¹⁶⁷.

Estrés acumulativo.

“Cuando se cursa por varias crisis (evolutivas, por sucesos inesperados y/o de cuidado) de manera simultánea (al mismo tiempo) o bien en forma sucesiva (una después de la, se sale de una para caer en otra)”.

Este concepto, estudiado y desarrollado por Estrella Joselevich en el libro compilado por Celia Falicov, se da en múltiples circunstancias de la familia, en las que existen varias crisis que plantean la necesidad de un cambio. Dichas crisis pueden presentarse simultáneamente, o en forma sucesiva. (Falicov, 1991)

Por ejemplo, es una situación frecuente que por la edad de los hijos una familia se encuentre en la situación de tener un hijo adolescente y otro que ingresa a primer grado. Además, pueden recién haberse cambiado de domicilio desde otra provincia.

Podemos pensar en una familia que cursa las siguientes crisis: el esposo – papá se ha quedado sin trabajo por la privatización de la empresa en la cual trabajó por más de veinte años, los hijos son adolescentes en su proceso de emancipación y una de ellas queda embarazada. Un verdadero caos.

¹⁶⁷ Fernández Moya, J. (2000). “Crisis de cuidado. De la familia a la institución”.

¿Cuándo una crisis no se resuelve?

Decíamos al comienzo de nuestro trabajo que el síntoma es una señal que nos lleva a pensar que, ante la necesidad de un cambio, éste, por alguna razón, no se produce. En general se tiende a pensar en las causas y ello lleva a los miembros de la familia a proponer explícita o implícitamente soluciones que cuando no coinciden entre sí, dan lugar a una lucha por determinar quién y cómo se resuelve el problema. Esto no hace sino establecer y mantener un circuito de interacciones que pasa a ser parte del problema, o resulta ser posteriormente, el verdadero problema. (Fernández Moya y Lescano, 1982)

Al desarrollar más adelante, los conceptos que hacen al desarrollo de la Terapia Estratégica, se comprenderá mejor lo planteado. (Fernández Moya, 1987)

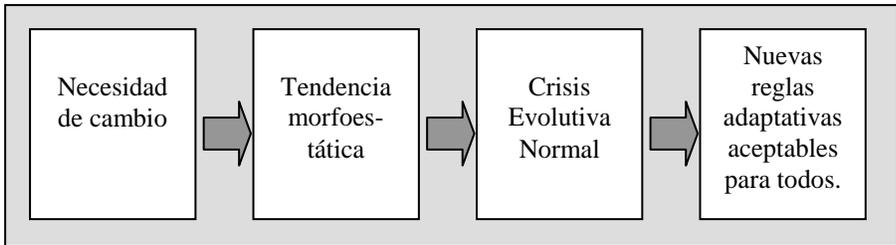
Crisis evolutivas normales resueltas

Dice Jay Haley que un proceso terapéutico se puede co – construir sobre o con relación a una crisis vital. Este prestigioso terapeuta comparte la idea de Milton Erickson que propone que cuando una crisis se cursa con dificultades en la evolución, no se registran los resultados que la familia espera para la nueva situación.

Esta situación resulta una constante cuando se mantienen las reglas de la etapa anterior, no se han redefinido las relaciones para la nueva situación y se mantiene por lo tanto **el estrés**. En conclusión, aparece o se agrava un síntoma ya presente.

Nos damos cuenta de que una crisis no se resuelve favorablemente por la persistencia de los síntomas. Aunque el mantenimiento de éstos puede tener que ver también con otra causa, o estar al servicio de otro circuito que lo mantiene (ya desarrollaremos el tema).

La resolución de la crisis es posible cuando la familia incorpora nuevas reglas, que hacen al funcionamiento de la nueva etapa o la nueva situación que se debe vivir. Cuando ello sucede la necesidad de expresarse a través del síntoma deja de ser necesaria.



Ya hemos precisado que el síntoma representa el no acuerdo con las normas instituidas para la resolución de las crisis. Es una forma, una manera de oponerse a la modificación de las reglas de la relación, de la interacción.

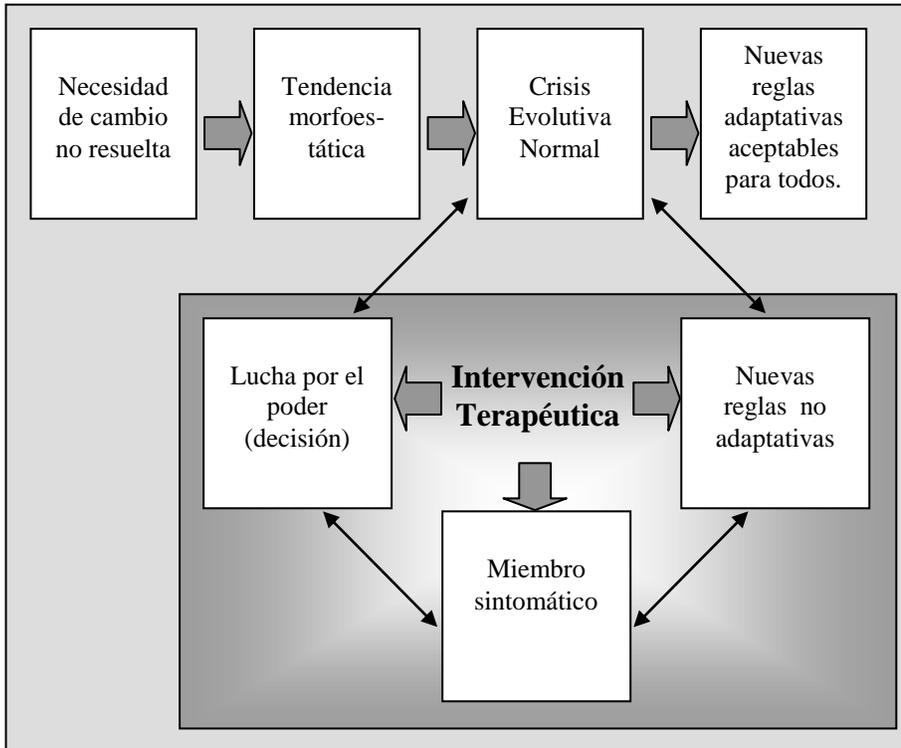
El síntoma impide el cambio, mantiene a la familia en el estado anterior (o sea, del que debería salir, cambiar). Una Crisis Evolutiva no se resuelve cuando en la familia nuclear, en la familia extensa, o entre ambas, existe una dificultad para definir **quién o quienes, cómo y cuándo** se determinarán las nuevas reglas.

La crisis implica una resistencia de la familia o de una parte de la familia al cambio. Los mecanismos que rigen la homeostasis del sistema familiar se ponen en juego con el objeto de mantener un equilibrio conocido. La lucha por la toma de decisiones (en definitiva por el poder), afecta los mecanismos para la toma de las mismas.

Esta lucha por el poder puede ser **previa** a la Crisis Evolutiva, pero ésta **la pone en evidencia** y la exacerba. En general, está estrechamente relacionada con el sistema de creencias y valores que maneja la familia nuclear, la familia extensa y el contexto significativo al que pertenecen. Esta lucha implica la creación de nuevas alianzas o el refuerzo de alianzas anteriores, que a veces se transforman en coaliciones. Con lo cual el síntoma tiene más sentido, y también la lucha que mantiene el síntoma. Todo esto, se constituye como el circuito mantenedor del síntoma.

La no-aparición de nuevas reglas efectivas crea confusión y pone de manifiesto la “**efectividad**” del síntoma para el **no-cambio**, lo que significa la **retroalimentación entre el síntoma y el no-cambio**.

Crisis evolutiva no resuelta



¿Quién puede ser el miembro sintomático?

La respuesta más amplia y siempre correcta es: **“cualquiera”** puede ser el que se queja sintomáticamente. Pero buscando mayor precisión decimos que puede ser:

- Un miembro de la familia que está en la lucha por el poder, quiere ser él quien toma la decisión.
- Un miembro de la familia que está fuera de la lucha por el poder, pero sobre quién se aplican las nuevas reglas (o lo afectan de alguna manera dichas normas). El hermano de un paciente, al que le adjudican el

cuidado de otro que tiene problemas de conducta, “cuando salgan vos tenés que cuidar a tu hermano, para eso sos el hermano mayor”.

Cuando el miembro sintomático participa activamente en la lucha por el poder, puede encontrar un aspecto ganancial en el síntoma, al registrar que con sus síntomas logra modificar algunos comportamientos de sus padres que son favorables para él. O bien evita algunas conductas cuyas consecuencias le serán desfavorables.

La importancia de intervenir durante las crisis, radica en que, en ese momento, no existen reglas definidas o establecidas. Se está luchando por nuevas reglas, se están cuestionando las existentes, han dejado de ser de utilidad para quien expresa la queja, aunque sea en forma de síntoma. Con la consulta, está buscando un nuevo equilibrio satisfactorio para todos.

¿Para qué puede ser "útil" un síntoma?

- Para no participar en la lucha. Cuando la responsabilidad de una decisión puede traer aparejado una gran responsabilidad, quien debiera tomar las decisiones puede encontrar una salida en el síntoma. Afectado, o víctima de la lucha, puede hacerse portador de la queja, abanderado del cambio, o del no cambio.
- Puede evitar declarar que no puede, se puede excusar con el planteo: ***“No puedo, estoy enfermo, no es porque no quiera”***.
- Para participar en la lucha, siendo el síntoma la manera de expresar la situación imposible que vive y su deseo de salir de ella. El síntoma puede verse como una metáfora de la situación que se denuncia.
- Para participar, sin expresar explícitamente que no desea el poder (capacidad de decidir). Como en el ítem 1, se excusa con el “no puedo”.
- Para participar, sin expresar explícitamente que desea el poder. Ya que espera que los otros le reconozcan méritos, que sólo son válidos con el reconocimiento de quienes deberán aceptar sus propuestas.
- Para que otro se haga cargo del poder que él no desea tener; o para que otro se asuma con un poder del que quiere abdicar.

- Cuando las nuevas reglas intervienen sobre él, y ello implica modificar su conducta o su actitud con determinadas personas y no desea, no puede o no sabe como hacerlo.
- Para evitar la efectividad general de las nuevas reglas y/o la eficacia particular de alguna de ellas. Se trata de un sabotaje, que puede ser más o menos conciente, más o menos deliberado.

Jorge Fernández Moya

CAPÍTULO 8

LA FAMILIA DISFUNCIONAL

CAPÍTULO 8

LA FAMILIA DISFUNCIONAL

Modelo científico

Los modelos científicos sirven a una cantidad importante de funciones. Incluidas entre éstas la capacidad para estimular la construcción de la teoría, y la capacidad de focalizar la atención sobre cuestiones interesantes (producción de hipótesis). En el trabajo clínico sirven a tres funciones más, de significativa importancia.

Primero: organizar la búsqueda de datos. En la situación clínica usual, el terapeuta está sujeto a un “input” de información de vacilantes proporciones. Estos datos deben tener propiedad y deben ser reducidos a una medida que permita al clínico, producir hipótesis clínicamente significativas. Un buen modelo clínico no sólo sugiere la prioridad, sino que debería sugerir también una postura perceptiva a ser adoptada, que permita maximizar la calidad de los datos disponibles para él. Por ejemplo, coparticipación: que implica unión, alianza, para Salvador Minuchin y la Terapia Familiar Estructural; o maniobrabilidad y control, para la Terapia Estratégica.

Segundo: Un modelo teórico, para ser útil en un “setting” clínico, debe incluir una conceptualización de la patología. A pesar de que las normas y la variabilidad normal son de relevancia e importancia, los clínicos continúan viviendo y muriendo basados en su capacidad para distinguir el mal ajuste del buen ajuste. Es por lo tanto decisivo que ellos dispongan de criterios claros a partir de los cuales, los datos filtrados selectivamente por él mismo, puedan ser considerados y juzgados aceptables o inaceptables. Por ejemplo: patología de fronteras, alteración jerárquica.

Tercero: Todo modelo clínico dará, de acuerdo con su agudeza, un modelo genuino, de intervención. Y esta agudeza se manifestará primordialmente de dos maneras: por un lado, una guía precisa y de fácil transmisión, sugiriendo *qué* y *cómo* ocurren los cambios de conducta. Y por otro, la sugerencia de un rol para el clínico en dicho proceso de cambio.

Este capítulo se concentrará en lo que sugiere el Modelo General de los Sistemas, respecto a cómo organizar la colección de datos y conceptualizar la patología.

Familia disfuncional

La familia es un sistema organizado que tiene finalidades claras: alimentación, adaptación al medio, protección, socialización de sus miembros. La familia que no logra cumplir con sus objetivos básicos es una familia disfuncional. Su funcionamiento no le permite el desarrollo y consecución de sus fines.

La familia disfuncional tiene serias dificultades para resolver problemas. Sus procesos interaccionales se encuentran paralizados y fijos. Se sitúa los problemas existentes en un individuo (chivo expiatorio). Se evitan los conflictos. Se niega que exista problema alguno. Repiten estrategias de resolución de conflictos que resultan ineficaces. Culpan a alguien. De esta manera dichos conflictos no estimulan el desarrollo y transformación de la familia, sino su rigidez y poca capacidad de cambio.

Eptein (1982) diferencia tres esferas de *tareas básicas* de la familia:

- Tareas básicas: Relacionadas con la satisfacción de las necesidades materiales.
- Tareas de desarrollo: Inherentes al momento del ciclo vital en que se encuentren, o las crisis en el desarrollo que deban atravesar.
- Tareas arriesgadas: Asociadas a la resolución de crisis imprevistas.

Cualquiera de estas tareas puede convertirse en un área de disfunción.

En las familias disfuncionales se observa con regularidad un desdibujamiento de las fronteras generacionales, la suspensión de la organización jerárquica y la formación de una triangulación patológica. Este tipo de organización

estructural promueve y sostiene una alteración comunicativa entre sus miembros, una marcada dificultad en el manejo del eje proximidad – distancia entre sus miembros (discriminación “self – objeto”) y un desequilibrio de la justicia familiar.

Los síntomas son reacción de un organismo (sistema sometido a tensión). Estabilizan a la familia y denuncian su disfunción.

Discriminación “self – objeto”

Concepto de identidad: en el transcurso del desarrollo vital de cada persona, se formula un concepto de “self” (sí mismo) que posibilita diferenciar la identidad de los otros individuos y la propia autonomía.

El “*self*” “se definiría, en este sentido, como el conjunto de todas las ideas y percepciones del propio ser, producidas en el transcurso del desarrollo individual, e integradas relativamente en un todo funcional que se percibe como tal.

El niño recién nacido comienza a discriminar perceptualmente (distinción) entre lo que le pertenece a sí mismo y lo que le pertenece a los demás, a partir de la interacción con su madre y con su red familiar.

La terapia sistémica confronta la percepción del otro y la de uno mismo, esto mejora la discriminación self- objeto de cada uno de los miembros de la familia (por ejemplo: preguntas circulares).

Murray Bowen habla de la masa indiferenciada perceptible entre el “self” y el objeto y menciona que la identidad de un individuo se suprime, en pro de evitar un conflicto colectivo.

Con respecto a la diferenciación individual en las familias, Salvador Minuchin se refiere al apego o desapego familiar excesivo.

Apego excesivo: dificultad para definir roles y funciones e incapacidad para estructurar sus relaciones. Este tipo de confusión puede verse como un modo de evitar las confrontaciones y clarificaciones directas (que los miembros de la familia viven como una amenaza a la unidad familiar). Asimismo, hay una tendencia en las familias apegadas a designar a una persona para que actúe como pacificador, siempre que haya una amenaza inminente de conflicto familiar.

Desapego familiar: marcado aislamiento entre los miembros de la familia, proceso y resultado, carencia de una estructura jerárquica y una demarcación demasiado fuerte de los límites individuales, con oportunidades restringidas de comunicación e influencia recíprocas.

H. Stierling describe el proceso de individualización limitada o disfuncional. Plantea tres categorías:

- *Confusión simbiótica*. En ésta, la experiencia propia, el sentimiento del propio “self”, el rol sexual u ocupacional propio se fusiona con los otros miembros.
- *Desapego rígido*. Autístico, alejamiento de los demás que a menudo tiene insinuaciones de desconfianza paranoide.
- *Oscilación ambivalente*. Entre los extremos de fusión y el desapego. Relacionado con la diferenciación “self- objeto”, varios autores nos remiten al concepto del eje de proximidad-distancia entre los miembros de una familia.

Eje proximidad- distancia. En toda relación la distancia psíquica entre las partes debe regularse en el plano de la fantasía y el de la realidad.

Se necesita hallar un equilibrio entre el extremo de estar demasiado cerca (fantasías de fusión) y el de estar demasiado distante (autismo).

Esto es el equilibrio de las relaciones de cohesión familiar. El temor a la pérdida de la autonomía individual y al aislamiento, caracteriza la ambivalencia estrechamente ligada a la negociación de la proximidad y la distancia.

Murray Bowen y la teoría de los sistemas familiares

El cuerpo de conceptos introducido por Murray Bowen durante el período de 1955-75, representa la mayor contribución teórica de las teorías holísticas y organicistas abarcadas por la teoría general de sistemas.

Como en el caso del grupo M.R.I., el interés de Bowen en las relaciones familiares fue estimulado por familias con un miembro esquizofrénico. Estos estudios incluían la observación directa de las familias que eran hospitalizadas conjuntamente en una sala de investigación. En el trabajo con estas familias lo

impresionó lo que él llamó la *unión adhesiva emocional* que caracterizaba sus interacciones.

Bautizó estas cualidades como la “indiferenciada masa del ego familiar”, un término que obtuvo considerable popularidad, por su habilidad para capturar y describir la atmósfera emocional en las familias esquizofrénicas.

En los siguientes diez años, elaboró y reformuló una serie de ocho conceptos separados que incorporó en una teoría familiar inicialmente denominada Teoría de los Sistemas Familiares (1966) pero mencionada ahora como la Teoría de Bowen 1976.

En el corazón del modelo está el argumento de Bowen: una aproximación biológica lo conduce a uno a postular la existencia de funciones paralelas; un proceso emocional y un proceso intelectual, como los dos componentes fundamentales de la conducta humana.

Desde esta posición define la enfermedad como desorden del sistema emocional. La teoría que desarrollada considera ocho conceptos esenciales, de los que desarrollaremos sólo seis de ellos.

1) Diferenciación del “self”. Cada individuo puede ser ubicado en un *continuum* del funcionamiento a lo largo de un axis, definido por el grado de fusión versus diferenciación, entre el funcionamiento emocional e intelectual. La fusión implica que la conducta es dominada por el sistema emocional y por lo tanto es impulsiva, instintiva y primitiva. La diferenciación implica que la conducta está determinada por el sistema intelectual. La implicación de Bowen permite hacer una analogía entre el crecimiento y diferenciación de las células, tejidos, órganos y sus respectivas funciones biológicas, y el crecimiento y la diferenciación de la conducta.

Desde un punto de vista interaccional, el supuesto es que cuanto más fusionado está el individuo en este *continuum*, más difícil será para él establecer relaciones que preserven su individualidad y separación.

2) Triángulos. Este concepto se refiere a una configuración emocional de tres personas, que Bowen entiende es la piedra angular de todo sistema emocional, incluyendo los matrimonios y las familias. A pesar de que los sistemas de dos personas puedan exhibir una relativa estabilidad durante períodos de calma, en momentos de estrés el sistema de dos personas se hace altamente inestable y la tendencia de tal díada es intentar envolver o incorporar a una tercera persona,

estableciendo de este modo un triángulo. Si la tensión continúa incrementándose incluso después de haberse establecido un triángulo, son entonces incorporadas más personas y se establece una serie de triángulos entrelazados.

Estos triángulos, dependiendo de su construcción, pueden a su vez mostrar relativos grados de estabilidad e inestabilidad, directamente relacionada con el nivel de diferenciación logrado por cada uno de los miembros del triángulo.

Si en un momento de estrés se “triangulariza” a un tercero, estableciendo un triángulo fusionado, resultará un sistema emocional que perpetúa la patología.

Si por el contrario, la tercera persona puede mantenerse fuera de posición, o sea permanecer; habrá entonces una mayor presión sobre la díada para volverse ellos mismos más diferenciados a su vez. El estilo de terapia de Bowen, al menos en cuanto o cómo define el rol del terapeuta, se basa primariamente sobre este concepto.

3) El sistema emocional de la familia nuclear. Bowen afirma que el mismo continuum que usó para describir el funcionamiento individual (el *continuum* de fusión - diferenciación) puede también ser empleado para clasificar o describir el funcionamiento familiar. El matrimonio es una unión de dos personas que operan en niveles similares de diferenciación.

Cuanto más altamente fusionado está el sistema marital, la relación tiene un mayor riesgo de patología marital. La indiferenciación se manifiesta en el área de conflictos marital, la emergencia de la enfermedad o la disfunción en un esposo, y una tendencia a proyectar los problemas maritales en los hijos, conduciendo al deterioro de uno o más hijos.

4) El proceso de proyección familiar, tiene que ver con el mecanismo por el que el sistema emocional de la familia nuclear, potencialmente crea deterioro en un hijo.

5) El corte emocional tiene que ver con la relación entre los individuos en un matrimonio y sus familias de origen. Nuevamente la cuestión es fusión versus diferenciación. En este caso, la medida en que la díada marital está diferenciada de la generación precedente.

6) El proceso de transmisión multigeneracional es la explicación aportada por Bowen acerca de la emergencia de psicopatología severa en un miembro de una generación particular.

La teoría de Bowen implica que la conducta presente es el resultado de un largo proceso a través de muchas generaciones, de relaciones modeladas que están predeterminadas y son auto - perpetuantes. Afirma que es así porque los individuos parecidos se casan (nivel básico de diferenciación) y porque las familias raramente cambian drásticamente de generación en generación.

El modelo básico se expresa en breves intercambios comunicacionales o, a grandes rasgos, por medio de los temas y mitos familiares. Cómo se desarrollan a través de múltiples generaciones.

El contexto es definido como contexto histórico más que el contexto estructural.

Salvador Minuchin y la Teoría Familiar Estructural

La teoría se basa en una serie de premisas y de prioridades conceptuales claramente definidas. Son tres *supuestos* principales:

- El hombre no es el amo de su propio destino, opera dentro de un contexto social, y es el contexto el que define las restricciones dentro de las que la conducta individual debe existir.

La vida psíquica del individuo, afirma Minuchin, no es enteramente un proceso interno. En lugar de ello, hay una interacción sin fin entre el individuo y su contexto, que mutuamente afecta e influencia uno a otro a través del tiempo.

- El contexto social tiene una estructura.
- Algunas estructuras son buenas y otras son malas. Este es un supuesto sobre la existencia de patología estructural.

La estructura de la familia es evidente si se examinan tres dimensiones:

- Características organizacionales (miembros, sistemas versus subsistemas y límites).
- El modelado de las transacciones a través del tiempo como una medida del desarrollo interno del sistema.
- La respuesta del sistema al estrés.

La dimensión organizacional

Minuchin hace gran hincapié en lo que, dentro de la teoría de los sistemas, podría denominarse el concepto de nivel. Para él, la díada marital es mejor conceptualizada como un subsistema dentro de la familia, un subsistema que a su vez está compuesto por dos subsistemas individuales (esposo y esposa). El sistema familiar es dividido también en subsistema parental y fraterno. Cada subsistema no es definido sólo en términos de miembros, sino también de función.

Además de las divisiones subsistémicas, los límites (reglas que definen quién participa y cómo) protegen la diferenciación del sistema.

Cada subsistema familiar tiene funciones específicas, y hace demandas específicas sobre sus miembros y el desarrollo de las tareas interpersonales. La organización se afirma sobre la libertad de cada subsistema de la interferencia de otros subsistemas. (Minuchin, 1979)

Diferencia: límites claros, desligados, entrapados.

Modelamiento de las transacciones

A pesar de que esta dimensión es análoga en muchos aspectos a la noción de homeostasis y control cibernético, postulados por el modelo de matrimonio del M.R.I., es más difuso en la base a los datos que usa. En tanto que el M.R.I. dirige nuestra atención a los actos comunicativos específicos; el concepto de Minuchin de transacciones modeladas usa una base de datos más amplia. Es de particular importancia su sensibilidad para con la relación entre contexto y conducta.

Las transacciones no son simplemente actos comunicativos entre transmisores y receptores, incluyen también entroncadas interrelaciones entre los contextos ambientales y la conducta individual. Ya que las transacciones son en este modelo conceptualizadas más en términos espaciales que temporales, es la relación entre las diferentes variables en el espacio (en lugar del orden secuencial de su ocurrencia) que pasa a ser la variable crítica en la que se apoya Minuchin para hacer sus juicios. Esto podría ser una exageración del caso, ya que Minuchin claramente usa la secuencia pasada y presente de las interacciones del esposo y la esposa para identificar los modelos repetitivos.

Pero dichas secuencias son utilizadas para determinar la yuxtaposición de los diferentes roles funcionales en la transacción.

Estas yuxtaposiciones, primero entre el contexto y la conducta y segundo entre la esposa y el esposo, permiten a uno hacer afirmaciones sobre la estructura transaccional del matrimonio.

Una combinación marital podría incluir un esposo enérgico, que toma decisiones; una esposa tranquila, reticente. A pesar de que esta conclusión está basada en la observación de transacciones repetitivas, la complicación es que el esposo, la esposa y el contexto, son tres partes de un rompecabezas figurativo que engrana de un modo característico.

Tal imagen es bastante diferente de los diagramas secuenciales asociados con un análisis “comunicacional” del matrimonio. Este énfasis en el encaje de las partes y en las restricciones sobre la conducta por el contexto en el que la conducta ocurre efectivamente, remueve la noción de motivación desde las transacciones. No niega la motivación, simplemente indica que ya no es necesario describir la conducta en términos motivacionales.

Como consecuencia de esta postura, las afirmaciones sobre la conducta adoptan un tinte distintivo de no - enjuiciamiento. Ya no es necesario ubicar la culpa en un esposo u otros por los modelos transaccionales patológicos. En lugar de ello, los modelos ocurren a causa de haberse establecido un particular encaje. Cámbiese el encaje, y el modelo de conducta cambiará también. Esta tendencia a despreciar la motivación como un determinante de la conducta, es claramente uno de los aspectos de las aproximaciones sistémicas al matrimonio que más agudamente las diferencia de la aproximación psicoanalítica.

Minuchin menciona dos *restricciones* sobre las formas que adoptarán los modelos transaccionales. La primera se refiere a las necesidades genéricas o inherentes del sistema social. La segunda está determinada por las expectativas compartidas de los miembros individuales de la familia.

Tercera dimensión

Define la estructura de la familia en su respuesta al estrés. A pesar de haber cuatro fuentes potenciales de estrés en la familia (interacción entre los individuos y las fuerzas extrafamiliares, interacción entre la familia y las fuerzas extrafamiliares,

transición del desarrollo y fuentes idiosincrásicas) puede identificarse una estructura familiar subyacente, en los modelos comunes emergentes de la adaptación al estrés.

En tanto se puede, de un modo general, distinguir dos formas de intentos de adaptación: una que lleva al encaje, la otra llevando a un aumento de la rigidez. El énfasis está puesto sobre las partes que encajan juntas en un modelo organizacional particular, Minuchin prefiere pensar este modelo como modelo de terapia en lugar de como modelo teórico.

El modelo estructural trabaja sobre el aquí y ahora. El énfasis coloca el acento sobre los mapas en los que se representan las variables estructurales, sólo en una dimensión espacial. La historia, pasada, no necesariamente tiene un rol lógico o consistente en la conceptualización de la normalidad y la patología en este modelo.

De esto se sigue que la patología connota un déficit acusado y persistente en la negociación razonable de las personas. El rótulo de patología conviene reservarlo a familias que frente al stress incrementan la rigidez de sus pautas de transacción y de sus fronteras y evitan explorar alternativas, o son renuentes a hacerlo. (Minuchin, 1979)

La operación de una familia es normal si se adapta a las inestables presiones de la vida a fin de preservar su continuidad y facilitar reestructuraciones. En cambio, si reacciona produciendo rigidez, sobrevienen conductas disfuncionales.

Esa es una patología de la familia: su sede es el grupo como un todo, no un miembro individual. En armonía con la perspectiva de la Teoría Sistémica, según la cual el desarrollo normal de la familia requiere de la alternancia entre períodos de homeostasis y períodos de crisis y fluctuación, Minuchin y Fishman señalaron que los problemas de la familia se deben a que se ha atascado en la fase homeostática. Lo paradójico es que la ausencia de crisis sistémica caracteriza a una familia inmovilizada por las combinaciones homeostáticas de una fase evolutiva, que pierde más y más actualidad a causa de las demandas de cambio provenientes del interés del grupo familiar o del ambiente más amplio.

En los diversos casos que los estructuralistas describen se discernen cuatro categorías principales de patología familiar: patología de fronteras, de alianza, de triángulo y de jerarquía. Desde luego que cada una hace su parcial aporte nocivo en las demás categorías. (Umbarger, 1983)

Patología de las fronteras

Las perturbaciones en los sistemas se generan cuando las conductas de fronteras de quienes participan en los subsistemas se vuelven inadecuadamente rígidas o débiles y de ese modo, estorban un intercambio de informaciones con los subsistemas circundantes.

Salvador Minuchin, hace su propuesta teórica considerando las patologías de fronteras y ubicándolas en una dimensión que va desde lo desacoplado a lo enmarañado.

El sistema familiar *enmarañado* se caracteriza por la extrema susceptibilidad de la respuesta de sus miembros individuales unos a otros y a su subsistema directo. La distancia interpersonal suele ser escasa, considerable la confusión de las fronteras subsistémicas e inadecuadamente prontas y obligadas las respuestas a la actividad de miembros de la familia. La conducta de uno de los miembros afecta inmediatamente a otros y la tensión de un miembro individual reverbera con intensidad a través de las fronteras y velozmente produce ecos en otros subsistemas. (Minuchin, 1979)

Son necesarios estos conceptos de tiempo, de fuerza y de reverberación, tomados de la teoría general de los sistemas, para comprender a la familia enredada y a su opuesta, la familia desacoplada.

En la familia *desacoplada* hay “excesiva distancia interpersonal. Las fronteras que separan son rígidas y es bajo el potencial de reverberación”. Las fronteras perturbadoras son expresión subsistémica de alianzas perturbadas entre miembros de la familia. Padres e hijos sobreinvolucrados. (Umbarger, 1983)

Las fronteras de la unidad familiar como un todo, tiene en las familias *aglutinadas* las características de rigidez. Son cerradas, con tendencia a dejar fuera el mundo externo y a presionar a sus miembros en subsistemas, cuyas fronteras son difusas y no promueven la autonomía individual. Esto proporciona un exagerado sentimiento de pertenencia al grupo familiar en desmedro del sentimiento de autonomía: ser uno mismo.

La frontera que circunda a la familia *desacoplada* o desagregada, es muy difusa y por eso no ofrece una regulación acorde con las instrucciones de la sociedad, ni del ir y venir de los miembros de la familia. La facilidad con que se cruza esta frontera general se sitúa en marcado contraste con la rigidez de las

fronteras internas entre subsistemas, que impiden a sus miembros mantener entre sí, contactos significativos o predecibles. En este ordenamiento, son escasas las señales referidas a la identidad y la conducta, y esto propende a que sus miembros busquen definiciones en grupos ajenos.

Patología de las Alianzas

Puede definirse a las alianzas como la desviación de conflictos o designación de chivo emisario y coaliciones intergeneracionales inadecuadas.

En las alianzas que consuman una desviación de conflictos, común en la clínica, de dos padres que manifiestan una total ausencia de conflicto entre ellos, pero están sólidamente unidos contra un hijo o un subsistema.

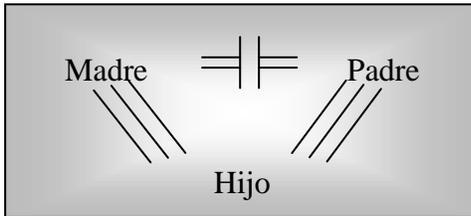
Las coaliciones intergeneracionales: encubierta o manifiesta alianza estrecha, antagonica, de un progenitor y un hijo contra el otro progenitor, o aún con todos los hijos restantes. La coalición es un ordenamiento combativo y desafiante por la oposición a un tercero y es patológico si es intergeneracional. Las coaliciones temporarias están exentas de patología.

Patología de Triángulos

La alianza equivocada, lo mismo que los desequilibrios jerárquicos, se puede presentar en función de triángulos perturbados.

En los trabajos sobre familias psicósomáticas, Minuchin, Rossman y Baker, presentaron en 1978, una tipología de tríadas rígidas. La hipótesis inicial fue que los hijos podían ser utilizados para ocultar o refractar un conflicto, o refractar un conflicto parental, que hace más probable la aparición de una conducta sistemática en un hijo.

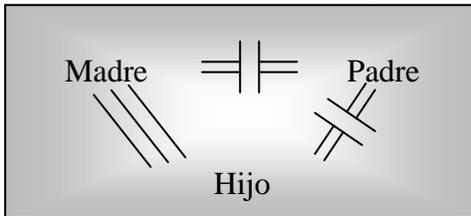
Triangulación



Describe una situación en que dos progenitores en conflicto manifiesto o encubierto intentan ganar contra el otro la simpatía o el apoyo del hijo, triángulo que tiene dos lados positivos y que connota un intenso conflicto de lealtades.

Coalición progenitor hijo

Esta coalición es una expresión muy manifiesta del conflicto parental. Es

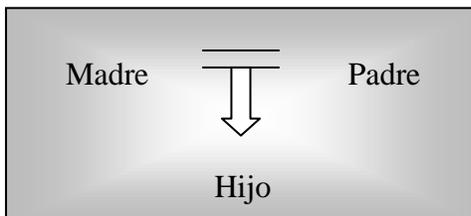


difícil determinar si experimenta dificultades más serias el niño, o el progenitor excluido.

La intensa proximidad del hijo al progenitor preferido puede producir sintomatología, sobre todo

cuando el natural proceso de crecimiento introduce tensiones en el equilibrio progenitor - hijo.

Las tríadas desviadoras



Los padres toman al hijo como chivo emisario, éste presenta una conducta perturbada o mala y los progenitores se asocian para gobernarlo, si bien es frecuente que uno de ellos esté en desacuerdo con el otro sobre cómo manejarlo y es

posible que los dos se muestren inconsistentes en el manejo. En esta categoría se encuentran la mayoría de las perturbaciones de conducta de niños pertenecientes a tríadas desviadoras.

Los progenitores enmascaran sus diferencias tomando como pocos, a un hijo definido como enfermo y mostrando sobreprotectora afición por él (familia psicósomática).

Patologías de Jerarquías

La inversión de las jerarquías de poder es considerada la más destructora fuerza para la estructura familiar. En cierto sentido, son una forma especial de patología de alianza.

El modelo cuadrimensional

Este modelo de evaluación está desarrollado por Charles Fishman (1989), en su libro *Tratamiento de Adolescentes con Problemas*.

Denomina modelo cuadrimensional, al enfoque de evaluación detallada de un sistema familiar desde diversas perspectivas.

En primer lugar hay cuatro aspectos de la evaluación que debe considerar el terapeuta: presiones evolutivas contemporáneas sobre la familia, historia, estructura y proceso.

Presiones evolutivas contemporáneas que están desestabilizando a la familia, que rompen su equilibrio y la incitan a evolucionar.

1- El terapeuta debe ser capaz de detectar estos puntos de inestabilidad porque son momentos en los que las reglas estructurales de la familia no se sostienen, y como dice Ilya Prigogyine, “las fluctuaciones creadas por las presiones evolutivas pueden dar lugar a un estado disipante, que es formado y mantenido por condiciones de falta de equilibrio conducentes a una nueva estructura”. (Prigogyine; en Minuchin y Fishman, 1984)

Algunos sistemas responden transformando las reglas bajo las que operan, y posibilitando así nuevas conductas más funcionales. En otros sistemas, en lugar de un cambio de forma surge un síntoma médico o psicológico.

El trabajo que Holme y Raerealizó en 1967, que confirma la asociación entre los acontecimientos vitales cargados de tensiones y la enfermedad que requiere una hospitalización, corrobora la observación clínica de que los pacientes con

problemas médicos y presumiblemente psicológicos, están viviendo en un sistema en el que cierto factor desestabilizante ha aumentado la tensión en la familia. El factor desestabilizante puede ser positivo o negativo. Por ejemplo, un nacimiento o muerte de un progenitor.

Puede ser predecible o impredecible, un chico mayor se va del hogar o la muerte de un hijo en un accidente. Cualquiera sea la índole del factor desencadenante, cuando surge el síntoma, esta familia queda atascada y se organiza en torno al síntoma, de modo tal que los miembros de la familia no pueden satisfacer las necesidades de su propio desarrollo. La importancia de la primera dimensión es que la misma le informa al terapeuta sobre las tareas de desarrollo con las que las familias están luchando con este conocimiento. El terapeuta puede diseñar y conducir el tratamiento necesario para ayudar a la familia a lograr sus metas evolutivas.

2- La segunda dimensión del modelo incluye la historia del sistema, es decir, los antecedentes individuales y familiares que pueden aportar una información esencial respecto de las opciones para la terapia.

Procura comprender la historia del problema presentando las medidas que ha tomado la familia para tratar de resolverlo, la intervención presente y pasada de cualquier otro terapeuta, y las condiciones orgánicas y clínicas.

Para informarse de la cronicidad y la gravedad de la disfunción del sistema familiar debemos tener presente que la historia que relata una familia refleja sólo una realidad parcial, es una versión selectiva compuesta por las preocupaciones actuales. Las familias pasan revista a sus recuerdos colectivos, evocando y relatando lo que les preocupa.

3- La tercera dimensión evolutiva es la estructura. El terapeuta debe determinar qué constituye, efectivamente, la familia. Es decir, la estructura de relaciones importantes que debería incluirse en el tratamiento.

El terapeuta tendrá que considerar la relación del sistema familiar definido no sólo con los miembros de la familia extensa sino también con los sistemas externos que afectan a cada miembro de la familia, con organismos sociales, amigos y el terapeuta de otros terapeutas. El terapeuta evalúa una estructura familiar sobre la base de la proximidad y la distancia entre los miembros del sistema, en un momento dado del desarrollo de la familia. El grado de corrección se determina considerando

el ciclo vital de la familia y los resultantes que se han producido en la estructura familiar.

La superposición del desarrollo infantil individual, el desarrollo adulto individual con sus crisis concomitantes y el desarrollo de la familia como unidad pueden dar lugar a un contexto estructural y cambiante.

4- Cuarta dimensión es el proceso: incluye la búsqueda de patrones de interacción en el sistema. Hay dos tipos de patrones que deben evaluarse: los que el terapeuta ve operar dentro del sistema y los propios patrones de respuestas del terapeuta.

Los primeros consisten en patrones tales como la intrincación o la dispersión del conflicto, que el terapeuta observa. Los segundos incluyen el ámbito más complejo de las respuestas subjetivas del propio terapeuta, tanto al intervenir en el sistema como al distanciarse de éste. También debe evaluar la influencia que tiene sobre su propio contexto profesional y familiar.

El terapeuta debe identificar el mantenedor homeostático. O sea, los modos familiares estereotipados y estables de responder (es decir, la persona o persona que fomentan la homeostasis), mecanismos mantenedores del problema, para luego distinguir una unidad terapéutica que incluya al mantenedor homeostático (madre - hijo o abuelos, etc.).

Una vez que el terapeuta detecta a los individuos, luego identifica los patrones que contribuyen a la disfunción. Por ejemplo, la evitación del conflicto, la cismogénesis complementaria o simétrica, la intrincación, la rigidez, la sobreprotección.

El Instituto de Investigación Mental y la teoría de la comunicación

El Instituto de Investigación Mental (M.R.I.) en Palo Alto, ha estado los últimos veinte años desarrollando y perfeccionando conceptos del matrimonio y la interacción familiar basados en la teoría de la comunicación y en la cibernética.

Veremos en una aproximación superficial qué rasgos convierten a un acto comunicativo particular en patológico.

1- Debe ser considerado el concepto de secuenciación o modelación de la comunicación. Es improbable que un simple acto de comunicación, por sí mismo, pueda ser juzgado como patológico o no patológico.

En cambio, ese juicio surge del examen de una serie de comunicaciones y la naturaleza de sus cualidades estocásticas o modeladas.

A riesgo de una sobre - simplificación, puede decirse que hay dos elecciones básicas para hacer en la búsqueda de los modelos: la primera es concentrarse sobre las cualidades sintácticas y semánticas del modelo de comunicación, y determinar el grado de claridad y confusión en la secuencia comunicacional bajo examen.

Tal aproximación sugiere concentrarse sobre el contenido del discurso, analizando variables como la claridad del significado en los intercambios verbales. (Wynne y Singer; en Simon, Stierlin y Wynne, 1988)

Una segunda aproximación implica concentrarse sobre los aspectos pragmáticos del modelo de comunicación. Aquí la relación entre el transmisor y el receptor es de particular interés.

Las variables discriminatorias para definir la comunicación como patológica entonces, se centran en torno a la claridad (no del contenido sino del aspecto de orden) de la comunicación. En una secuencia de actos comunicacionales, cada mensaje transmitido puede encontrarse con uno de los tres destinos alternativos en poder del receptor. Puede ser aceptado, rechazado, o como una opción potencialmente más nefasta, descalificado. Esta última opción es un estilo de comunicación en el que una persona invalida, ya sea sus propias comunicaciones, ya las de otra persona. Las auto - contradicciones, inconsistencias, desvíos del individuo, incomprendimientos sistemáticos, son ejemplos sugeridos que conducen a tal descalificación de la comunicación.

2- El segundo concepto principal relacionado con la comunicación patológica es la noción de paradoja y comunicación paradójica. Una comunicación paradójica es aquella que simplemente expresada, se mueve en dos direcciones opuestas e internamente inconsistentes al mismo tiempo. Es seguramente un rasgo de la vida diaria y en dosis moderadas es bastante manejable. No obstante, cuando los modelos de comunicación maritales o familiares adoptan características paradójicas en momentos críticos de la vida de la pareja o la familia, entonces el

problema está “ahí nomás”. Podemos observarlos por ejemplo, cuando en momentos de crisis, o como un modelo fundamental relacionado con la educación de los hijos; la familia recurre a la comunicación paradójica. Entonces la situación de acuerdo con el modelo de M.R.I., se convierte rápidamente en patológica.

Un tipo de comunicación paradójica que ha sido específicamente considerado como un factor etiológico en la esquizofrenia, es el doble vínculo. El doble vínculo se refiere a una situación comunicacional en la que dos mensajes lógicamente inconsistentes son comunicados simultáneamente, donde incluso hay un tercer mensaje, que representa un mandato contra el comentario sobre esta inconsistencia.

A pesar de que surge corrientemente alguna controversia sobre el rol de este tipo de modelo comunicativo en la etiología de la esquizofrenia, evidentemente es un modelo de comunicación frecuente en los matrimonios y las familias.

3- Un tercer concepto nos remite a la formación del síntoma. Es un intento por conceptualizar la conducta psicoanalítica de la formación del síntoma como un intento de resolución del conflicto. Los teóricos sistémicos - comunicacionales se inclinan por tratar el síntoma como un mensaje no verbal. A pesar de que el mensaje podría estar confinado al individuo sintomático solo (o sea, una oración que es hecha por ese individuo vía el síntoma elegido), se propone también que el síntoma puede estar expresando un mensaje comunicacional para el sistema como un todo. De este modo, la depresión en un esposo puede estar expresando “no puedo continuar con esto”, en la relación marital.

María Beatriz Sabah

CAPÍTULO 9

TERAPIA ESTRATÉGICA

CAPÍTULO 9

TERAPIA ESTRATÉGICA

En el Capítulo sobre la Teoría General de los Sistemas, planteábamos que un sistema es dinámico porque puede ser descripto de forma tal que refleje la naturaleza funcional del sistema real. Dicha descripción siempre resulta arbitraria, en tanto y en cuanto se trata de un resultado que es producto de la elección de un observador-operador. El terapeuta estratégico consultado tendrá entonces la posibilidad de ofrecer otras “descripciones”, es decir otras alternativas “funcionales” que pueden aparejar cambios en la dinámica de las interacciones y en la estructura del sistema.

Cuando una persona realiza una descripción, con su estilo narrativo elige, selecciona como relevantes algunos datos por encima de otros, jerarquiza por un lado, al mismo tiempo que descarta otra información. Nuestra descripción siempre se enmarcará en un proceso (le asignamos “un tiempo”) y seleccionamos algunas de las estructuras que posee. Estas quedan en primer plano, otras permanecen en un segundo plano y otras desaparecen de nuestra mirada. Cuando realizamos esta tarea, reconocemos y describimos subprocesos y/o subfunciones.

Definición y alcances

Podemos definir la Terapia Estratégica como un modo manifiestamente directivo de hacer terapia, que responde a los principios de la cibernética. Los problemas familiares son vistos, por lo tanto, como la expresión de esquemas de esa organización que por alguna razón se han transformado en disfuncionales. Lo más frecuente en la familia es que:

- Sean difusas las fronteras generacionales.
- Existan triángulos patológicos en la familia.
- Exista una confusión en las jerarquías entre los miembros de la familia.
- Surjan perturbaciones en el contexto del ciclo de vida familiar.

El terapeuta escucha la queja o primeras verbalizaciones de quienes vienen a la consulta, y siempre debe ofrecer algunas respuestas (verbales o analógicas) acerca de cuánto ha comprendido a quienes consultan. Todas aquellas propuestas que formule un terapeuta y que no encuentren una fina sintonía, que posibiliten el **consenso** entre quien consulta y el terapeuta deberán ser descartadas. Por lo tanto sólo se deberán considerar todas aquellas propuestas que pasan a formar parte del “libreto” del o de los consultantes y que registramos porque son verbalizadas o actuadas naturalmente.

Los terapeutas serán considerados veraces, creíbles cuando sus propuestas sean aceptadas y convalidadas por quienes han venido a la consulta. Es probable que uno de los miembros de la familia o de la pareja no admita algunas definiciones propuestas. El terapeuta no deberá descartar esa opción que le parece posible, ya que cuenta con el consenso de algunos miembros de la familia, pero deberá tener paciencia, no abandonar esa posible “construcción” hasta encontrar más elementos que le posibiliten volver a proponer su “teoría” acerca de cómo se ha formado el problema y que resulte ampliamente aceptada. Si fracasa en su aceptación, deberá abandonarla y construir otras alternativas, *ya que de eso se trata la terapia*.

Nuestro trabajo consiste, por lo tanto, en co-construir la mayor cantidad de opciones posibles que posibiliten la resolución del problema planteado en la consulta. La tarea del terapeuta es ofrecer alternativas que permitan solucionar o resolver lo que preocupa y/u ocupa a nuestros consultantes.

Definido un **problema consensuado**, comenzamos a co-construir las **metas** (objetivo terapéutico mínimo a lograr), entendiendo que explícitamente debemos acordar dónde se desea llegar; cuáles son los beneficios que se desea obtener con la consulta (ya sea individual, de pareja o una terapia familiar) y cuáles son los cambios mínimos que permitirán a quienes consultan expresar su satisfacción. A continuación, comienza un proceso para el que el terapeuta diseña una estrategia que tiene por objeto alcanzar dichas metas.

Siguiendo los lineamientos propuestos por Casabianca y Hirsch¹⁶⁸ y el modelo de trabajo del Centro Privado de Psicoterapias¹⁶⁹, el terapeuta comienza escuchando las **quejas** (llamamos así a las primeras verbalizaciones) de quienes lo consultan, luego de indagar acerca de por qué consultan en ese preciso momento¹⁷⁰ y no en otra oportunidad en la que la situación descripta mostrara que era posible. Así, se comienza a co-construir un motivo de consulta que, como fue planteado, debe ser consensuado, explícitamente acordado. De la misma manera, se acuerdan o construyen las metas (que serán los logros a obtener) de la terapia y se comienza el trabajo sobre las soluciones posibles, para que en un proceso y con una estrategia adecuada sea posible alcanzar las metas acordadas.

Podemos establecer una analogía entre lo que llamamos “queja” y lo que los consultantes y/o el derivante llamarían “diagnóstico”. Ambos nos ofrecen una imagen que, de ser estática, indicaría que pensamos en términos estructurales; pero si es dinámica, descriptiva, nos sugeriría que estamos pensando en términos funcionales, lo cual nos permitirá planear interacciones alternativas que modifiquen la conducta. A éstas interacciones tendientes a modificar el comportamiento las llamamos **estrategias**.

Jay Haley sostiene que una terapia puede considerarse "estratégica" cuando el clínico **co-construye** con quienes lo consultan desde el inicio del tratamiento y **diseña** con ellos un enfoque particular, una solución a la medida de cada problema. Los terapeutas influyen sobre el sistema interpersonal con el objeto de producir cambios positivos; hacen hincapié en la teoría del cambio y en los medios para inducirlo, de modo que, como el trabajo se realiza de manera conjunta, se disminuya la resistencia que pudieran tener quienes consultan, quienes pueden, además, sostener los cambios producidos, ya que se trata de un cambio “propio”.

El término “estratégico” se identifica con Jay Haley y Cloé Madanes, aunque dos personas deben ser consideradas como pioneras del desarrollo de esta modalidad de abordaje: Gregory Bateson y Milton Erickson. (Stanton, 1986)

¹⁶⁸ Casabianca, R. y Hirsch, H. (1989). Cómo equivocarse menos en Terapia. Un modelo de registro para la terapia del MRI.

¹⁶⁹ Centro Privado de Psicoterapias S. R. L. Institución creada en Buenos Aires que ofrece una cobertura en Salud Mental para las Obras Sociales, en el marco de un sistema capitado.

¹⁷⁰ Nos informa de los aspectos particulares de la situación, que debemos diferenciar de los aspectos generales.

Llamamos también **estrategia** a una red de operaciones cognitivas del sistema terapéutico que tiene en cuenta los recursos disponibles del sistema consultante, evalúa los efectos de las acciones, anticipa las posibles consecuencias de las diversas alternativas y da lugar a la toma de decisiones que conducen al logro del objetivo terapéutico al menor costo¹⁷¹.

La propuesta de los terapeutas estratégicos del M.R.I. se fundamenta en la consideración de "... los síntomas como productos resultantes o concomitantes de intentos fallidos de cambiar una dificultad existente". (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

En cambio, para Duncan Stanton "los problemas individuales son vistos como manifestaciones de perturbaciones dentro de la familia. Un síntoma es una comunicación, tiene todas las cualidades de mensaje, define la relación entre dos o más personas y cumple una función dentro de la red interpersonal... El síntoma aparece cuando una persona se encuentra en una situación imposible y trata de zafar de ella" (Stanton, 1986).

El síntoma es visto como salida, como un intento de solución posible. Pero cuando no es exitoso, nos damos cuenta de que se transforma en una trampa, ya que el portador del síntoma se encuentra en el marco (dentro) de una secuencia interaccional con personas significativas (familia, amigos, compañeros de oficina, colegio) y le cuesta o no puede dejar de actuar manifestando su queja. Eso lleva a que las otras personas, que se defienden o justifican, mantengan sus conductas, lo cual crea un circuito cerrado que representa más de lo mismo para todos. El recorte de la realidad que sostiene la conducta de ese momento impide modificar la secuencia de interacciones sin recurrir al síntoma. Éste le resulta "útil" al portador, ya que con él logra mantener una interacción, aunque ello implique permanecer "enfermo".

Un punto de partida

Jay Haley¹⁷² propone cinco teorías a partir de las cuales se puede co-construir un argumento, una escenografía, un telón de fondo, un marco de

¹⁷¹ Salgado, M. Comunicación personal. Destacado terapeuta sistémico.

¹⁷² Haley, J. (1988) "La terapia estratégica". En Elkain, M. Formaciones y prácticas en terapia familiar.

consenso con los consultantes acerca de un *problema*, de una *meta* y de una *solución*, para que se desarrolle el proceso terapéutico:

- Teoría del ciclo vital
- Teoría de las jerarquías
- Teoría de los triángulos
- Teoría de la protección
- Teoría de la estabilidad

Teoría del Ciclo Vital

Como planteáramos anteriormente, las familias se vuelven disfuncionales cuando no pueden desarrollar nuevas reglas que resulten adaptativas al nuevo estado en que se encuentran. Se quedan estancadas en el período anterior, funcionando con las reglas de esa etapa, que obviamente no resultan ni adaptativas ni funcionales.

Conocer las características generales que debe satisfacer una familia cuando transita por una determinada etapa de la evolución del ciclo de la familia resulta una orientación de mucho valor para determinar la validez o no de las normas con las cuáles está funcionando. Es a partir de la visualización y comprensión de la funcionalidad de las reglas con que opera la familia, que pueden pertenecer a la etapa previa vivida y que resultan consonantes con la queja, que el terapeuta puede elaborar, proponer y co-construir con quienes han venido a la consulta nuevas reglas o nuevos modos de funcionar, lo que instala normas consensuadas que hacen a un funcionamiento diferente por todos aceptado.

Teoría de las Jerarquías

En el Capítulo sobre Teoría General de Sistemas quedó claramente establecido que los sistemas son estructural y funcionalmente jerarquizados. Jay Haley refiere que *no existe síntoma psiquiátrico sin una jerarquía confusa, ya sea una jerarquía invertida u otro problema*¹⁷³. Cuando se esclarece y/o soluciona el

¹⁷³ Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas. Pag. 95.

nivel jerárquico de las personas involucradas en una interacción es posible que se resuelvan numerosos síntomas.

Todos los procesos terapéuticos requieren de la habilidad de quien la dirige. Uno de los requerimientos básicos pasa por manejar con habilidad y talento las jerarquías existentes en la familia que viene a la consulta. Cuando se solicita un turno, se deberá citar al grupo conviviente si es posible (*hoy en día empezar la terapia entrevistando a una sola persona es partir con desventaja*, en opinión de Jay Haley¹⁷⁴).

Sea que asista una persona, una pareja o una familia a la consulta, de algún modo explícito e implícito se le reconoce y se le otorga al terapeuta una posición de jerarquía, de experto. Los terapeutas tenemos la responsabilidad de aceptarla y también de manejarla. *Se trata de una capacidad otorgada por los consultantes, que nos puede ser retirada cada vez que no damos muestra de cuánto y cómo comprendemos la circunstancia por la que pasan quiénes consultan. Cualquier fallo terapéutico genera una decepción, una desconfianza en el consultante.*

De allí, la necesidad de que las alianzas faciliten que el proceso prospere en la dirección que los consultantes desean. Por lo tanto, siempre se deberá promover el cambio deseado en la dirección elegida por la familia, co-construcción de la que hemos participado y creemos viable. Cuando el terapeuta maneja mal las jerarquías, se nota rápidamente en los resultados y si aún no se ha fracasado, se está al borde.

Teoría de los Triángulos

Cuando las interacciones que definen la queja se piensan en un circuito integrado por tres o más personas, aparecen uno o más triángulos. Estas interacciones pueden ser reales (estar acá y ahora, en la sesión) o virtuales (se encuentran allá y entonces, en el pasado, pueden ser derivadas de situaciones reales, pero no actuales). Por lo tanto, los actores y las relaciones de nuestra escenografía se amplían y, por ende, las analogías posibles facilitarán que se mantengan o no ciertas conductas.

Desde esta perspectiva, el terapeuta puede abordar a quien consulta, ya sea un individuo aislado, una pareja o una familia. Lo puede hacer a partir de la persona

¹⁷⁴ Ibidem. Pág. 14.

más comprometida por su alto grado de motivación, o bien del miembro más periférico, cuando éste esboza la posibilidad o el deseo de incluirse. Las interacciones que implican la relación de tres personas tienen un mayor nivel de complejidad, pero también ofrecen mayor cantidad de alternativas para el cambio.

Se ha pensado que las unidades más productivas para trabajar en terapia son las de número impar. La razón es que permiten un número mayor de alternativas para realizar triángulos posibles. Así, cuatro personas representan dos díadas y tres triángulos posibles que siempre mantienen a una de ellas afuera; cinco personas pueden conformar seis triángulos posibles; mientras que seis personas posibilitan la visualización de nueve triangulaciones.

En el proceso terapéutico es muy importante considerar al Supervisor (si se trabaja en Cámara de Gessell) y al Terapeuta, que inevitablemente son miembros del sistema terapéutico, lo que abre un abanico de mayores alternativas y/o posibilidades.

Teoría de la Protección

Surge de pensar que en el **problema**¹⁷⁵, motivo por el cual se consulta, hay involucrada una intención (consciente o inconsciente) de cuidar, de proteger a alguna persona de la familia: es bueno, correcto pensar que el miembro sintomático “protege” a su familia o a alguno de sus miembros. Es conocido y aceptado que los miembros de una familia se cuidan, se protegen entre sí, hacen diversos sacrificios y algunas renunciaciones por otros miembros de la familia. Por ejemplo, una hija “ayuda” a su madre (mujer golpeada por su marido) presentando un síntoma (se desmaya, y de ese modo desactiva el circuito de la violencia); a su vez, la madre la atiende y la asiste cada vez más, con la posibilidad de que el padre se ponga más furioso por la dedicación de su esposa a su hija, cuando él cree que se trata de mañas.

Dado que los terapeutas nos ocupamos de asistir, ayudar y “proteger” (de otra forma) a quienes consultan, nos resulta difícil comprender que la conducta sintomática puede ser considerada la protección de un miembro hacia otro, ya que se genera una disfunción, un malestar general que se sostiene por un síntoma (para nosotros) que es entendido como una patología no vinculante (para la familia). Pero

¹⁷⁵ Definiremos los alcances del término “problema” más adelante.

son muchas las ocasiones en las que alguien se enferma o se muestra mal como una forma de ayudar a otro.

La construcción (el síntoma como cuidado o protección) puede resultar incongruente en sí misma. Pero semejante “lealtad” es generalmente aceptada y para el terapeuta es una oportunidad que da pie para proponer una **redefinición** (ver el capítulo correspondiente a “Maniobras”) que, de ser aceptada, pone en evidencia el circuito en el que está instalado el síntoma y modifica la concepción que se tiene del problema y/o de las acciones que se llevan a cabo para solucionarlo, aunque sólo mantienen el problema.

Esta teoría es válida para la mayoría de las situaciones. Lo más importante es *que se trata de la mejor explicación, porque el terapeuta le ofrece a la familia y comparte, construye una visión altruista, generosa, positiva de ellos mismos. De alguna manera, el aporte resulta ineficaz, “muy sacrificado” y “tonto”*.

A esta visión propuesta por el terapeuta muy pocos miembros de la familia logran resistirse, porque no se los critica, ni se los cuestiona (lo hacen solos en el momento de la autorreflexión, cuando se plantean: para qué me sirve, por eso “tonta”) sino que, como producto de una buena y elaborada co-construcción, los consultantes la hacen propia.

Teoría de la Estabilidad o de la Homeostasis¹⁷⁶

La Teoría de la Homeostasis explica las razones por las cuales un problema se mantiene en el tiempo y cómo el sistema actúa para mantener dicha estabilidad, “cómo no cambiar a pesar de la necesidad”, o “cómo la existencia de un problema en el sistema contribuye a estabilizar muchas o todas las variables de ser modificadas”.

Esta Teoría resulta muy interesante desde el punto de vista de la investigación, ya que nos permite describir y entender, de manera circular, cómo se forma y cómo se mantiene un problema. Pero en muchas ocasiones no resulta accesible para entender los efectos prácticos de la terapia.

Dado que fomenta un pensamiento circular, *lo que se hace o se deja de hacer puede relacionarse con un otro imaginario o real*, y esto puede representar una dificultad porque es posible confundir una conducta dentro de un proceso

¹⁷⁶ Homeostasis es cambio constante (ver Glosario).

circular con la *responsabilidad individual, personal* de haberla ejercido, ante un determinado acontecimiento que tiene a quien consulta como protagonista activo y responsable.

Es difícil hacer una terapia de pareja o de familia e impartir directivas cuando los consultantes pueden pensar y creer que ambos o todos son receptores (o generadores, en el caso opuesto) de la conducta del otro, lo que puede diluir la responsabilidad personal. Desde la teoría de la estabilidad u homeostasis debemos, por lo tanto, considerar este problema por medio de un *pensamiento doble*, debemos pensar de manera circular y simultáneamente en términos de la responsabilidad que se genera con la decisión individual que permite actuar o mantenerse pasivo.

Un buen ejemplo de esto son las explicaciones que dan los golpeadores, los violentos, para justificar su conducta tan inadecuada como irresponsable. La "culpa" siempre es del otro que hizo lo necesario para "hacerse acreedor a un acto de justicia" por parte suya: "Mirá lo que me obligás que te haga", le dijo el marido a su esposa mientras la asfixiaba apretándole el cuello.

Una de las razones que ha explicado algunos fracasos de la terapia individual durante muchos años es que es muy difícil cambiar a un grupo, a una familia que no participa de la terapia, ya que sólo se trabaja hablándole a una sola persona (el paciente identificado). Por ejemplo, un niño con su terapia no puede modificar un desacuerdo entre sus padres, o entre éstos y su familia extensa o de origen. Se debe, por lo tanto, "*pensar en términos de organización, y la técnica debe aplicarse en el contexto de un problema organizativo*" (Madanes, 1984).

Mental Research Institute

El M.R.I. (Mental Research Institute) fue creado en 1959 por Don Jackson, quien invitó a Virginia Satir a formar parte del grupo. A partir de 1962, se sumaron Jay Haley, John Weakland, Richard Fisch, Arthur Bodin, Carlos Sluzki, James Cayne y Lynn Segal, quienes trabajaron incansablemente en la investigación y desarrollo de las tareas de la terapia estratégica. Luego de fallecido Don Jackson en 1968, cuando sólo tenía 46 años de edad, la Dirección del prestigioso Centro ha estado en manos de John Elderkin Bell, Jules Riskin, Nicholas Cummings y Carlos Sluzki, entre otros.

Del trabajo de estas prestigiosas figuras surgieron obras que son clásicas, entre las que destacamos *Teoría de la Comunicación Humana*, de Watzlawick, Beavin y Jackson; *Cambio*, de Watzlawick, Weakland y Fisch y *Tácticas para el Cambio*, de Fisch, Weakland y Segal, entre otros libros e infinidad de artículos.

En el libro *Cambio*, los autores desarrollan básicamente su teoría acerca de la formación y resolución de problemas. El libro comienza con un prefacio escrito por Milton Erickson, que en los párrafos iniciales refiere: "*Una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro*" (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

En la obra se dedican a comentar y valorar los conceptos de persistencia y cambio en las relaciones interpersonales. Investigan cómo surgen los problemas, cómo se mantienen o perpetúan y/o cómo se resuelven las situaciones cuando se deja de lado el sentido común y los comportamientos lógicos. La terapia estratégica proviene de la terapia de la comunicación, que se basa en los sistemas cibernéticos y en la teoría de la retroalimentación, y se relaciona estrechamente con la teoría de la información y la de los juegos. El acento terapéutico y diagnóstico se pone en el aspecto funcional de los síntomas de la familia y del individuo.

Los terapeutas estratégicos se preguntan constantemente:

¿Cómo sirve el síntoma para mantener la homeostasis familiar?

¿Cómo se deberá utilizar el síntoma para ayudar a la familia a dominar una crisis en el contexto del ciclo de vida familiar?

¿Cómo y por qué la presencia de ese síntoma impide la resolución del problema?

¿Cómo y para qué sirve la queja, el síntoma, para mantener la estabilidad?

La queja y el síntoma pertenecen a un mismo circuito, pero representan un diferente punto de partida, por lo tanto, una diferente puntuación de las secuencias. Y ya que no es posible determinar la función o el significado de un síntoma en el nivel del individuo aislado, los problemas del paciente identificado deben ser comprendidos y modificados en el contexto del sistema familiar. Por lo tanto, las metas de los terapeutas estratégicos son:

- Modificación de las secuencias.

- Modificación de las reglas.
- Modificación del significado de la interacción familiar.

¿Cómo se forman los problemas?

(Más de lo mismo o cuando la solución es el problema)

En *Cambio*¹⁷⁷, los investigadores de M.R.I. plantean que lo que promueve el cambio es la aparición de una desviación con respecto de alguna norma. Por ejemplo, cuando llega el invierno y comienza a descender la temperatura, las habitaciones deben ser caldeadas y se deben llevar ropas de abrigo a fin de permanecer a gusto. Si la temperatura desciende más aún, se precisa de más calefacción y más ropa de abrigo. Es decir, el **cambio** resulta necesario para restablecer la norma, tanto para la comodidad como para la propia supervivencia. El cambio deseado se verifica mediante la aplicación de lo contrario de lo que produjo la desviación: calor contra el frío. Si esta acción correctora resulta insuficiente, la aplicación de "*más de lo mismo*" da lugar al efecto deseado:

más frío —▶ **más calor, o más calor** —▶ **buen resultado**

Este mecanismo se presenta en múltiples situaciones de la vida cotidiana y en muchos otros campos. Sin embargo, no es todo.

Si consideramos otras situaciones como el alcoholismo, que constituye un grave problema social, se han de establecer restricciones en cuanto a su consumo (prohibir la venta a los menores, limitar los horarios y los lugares en que se puede comprar); pero cuando no se puede eliminar el problema, llevados por el principio de "*más de lo mismo*" hasta las últimas consecuencias, se deberá prohibir. Mas la prohibición como solución a dicho mal, puede resultar peor que la enfermedad, ya que puede traer como consecuencia un aumento del alcoholismo, la instalación de industrias clandestinas para la fabricación de bebidas alcohólicas, la baja calidad de las mismas que acentúa los problemas de salud, como así también hacer necesaria una policía especial para combatir el contrabando de alcohol. En este ejemplo, el

¹⁷⁷ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

principio de "más de lo mismo" no produce el cambio deseado, sino, por el contrario, la "solución" contribuye en gran medida a aumentar el problema y de hecho se convierte eventualmente en el mayor de ambos males.

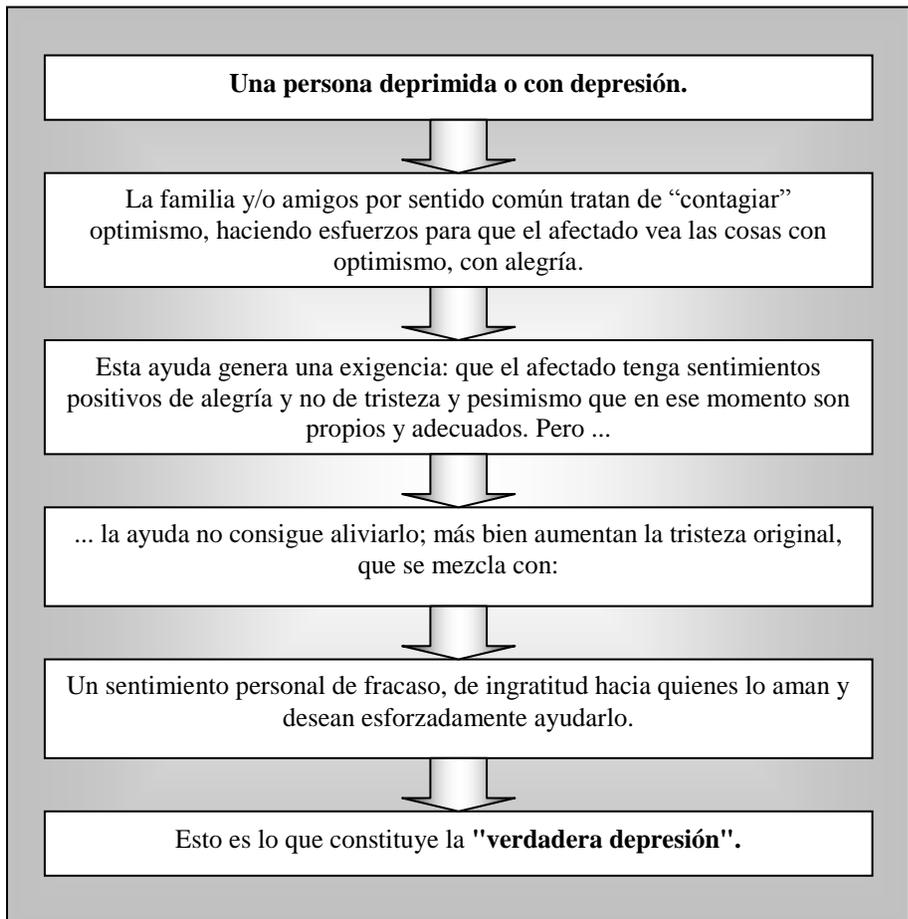
Esta situación la podemos apreciar también en relación con *la pornografía* y con el *hiato generacional*. En estos casos, la solución consistente en "más de lo mismo" no es meramente el mayor de dos problemas, sino que *es el problema*, ya que sin solución proporcionada no existiría el problema.

La *pornografía* y *el manejo* que se ha hecho de ella es un buen ejemplo de cómo las soluciones propuestas se transforman en un problema mayor. Quienes hemos vivido la infancia y la adolescencia en las décadas de los años 50 y 60, en que no se permitían las imágenes de desnudos, eran los comentarios y la imaginación de los niños y los jóvenes lo que impedía o dificultaba poseer una idea de la anatomía normal de hombres y mujeres. Si, además, la educación tenía contenido religioso, se chocaba con que la fantasía y la creatividad eran consideradas pecado. Todas las ilustraciones, fotos y revistas con esas características eran "clandestinas y secretas", o sólo se encontraban en los talleres mecánicos adonde los niños no íbamos. Niños y adolescentes no sólo estábamos mal informados, sino que comparados con los niños del 2000, éramos francamente torpes. En la actualidad, la anatomía de hombres y mujeres se exhibe en las tapas de las revistas, y además en el cine y la televisión se muestra todo lo que hace cuatro décadas no teníamos permitido imaginar.

El hiato generacional y la toma de decisiones en la familia ha cambiado de manera significativa. En la misma época que la recientemente descripta, los padres tomaban decisiones, y los hijos, niños y/o adolescentes, acataban las mismas. En los últimos años, los padres proponen y comparten con sus hijos una gran cantidad de información y decisiones. Estas, realizadas de manera gradual, facilitan la organización jerárquica de la familia, y en términos de los hijos, los entrena para funcionar en complementariedad inferior, obedecer, y posteriormente para tomar y sostener decisiones propias. La alteración de estos procesos genera y/o mantiene disfunciones en la familia.

La misma complicación puede visualizarse en la génesis de numerosos problemas humanos, en los que el sentido común indicaría que el modo de contrarrestar un hecho doloroso o perturbador pasa por introducir su contrario en la situación. El ejemplo lo da una situación tan común y frecuente que vamos a

exponer a modo de ilustración y que se presenta en muchos cuadros depresivos, pero que igualmente puede encontrarse en muchas otras situaciones¹⁷⁸.



Esta forma de intentar resolver problemas es propia de quienes padecen **insomnio**. El sueño es un fenómeno natural, ocurre independientemente de nuestra voluntad. Por ello, el error de quien lo padece es el de intentar esforzarse para que dormir sea un acto voluntario. A partir de esto, se queda pendiente, concentrado en

¹⁷⁸ Ibidem.

la dificultad de no poder lograr su objetivo, dormir. Se pueden agregar a esta tendencia de querer "dormir por decreto" otros recursos como el cumplir con ciertos "rituales o incisos agregados al decreto anterior", relacionados con la dieta, horarios, actividades previas, ingestión o no de fármacos, que resultan factores mantenedores y/o agravantes del insomnio.

Los **celos** también se constituyen en comportamientos de tipo complementarios, ya que cada uno de los miembros de la pareja tiene un comportamiento adecuado a lo que considera como más apropiado a la conducta del otro. Pero en su definición de los comportamientos del otro, lo que decide y lleva a acción es su propia conducta, que generalmente confirma al segundo en la creencia que ya tiene y que lo llevó a comportarse de aquella manera. Es conocido el hecho de que una mujer espere ciertas atenciones que su cónyuge no le proporciona, como flores o bombones. Un día, el esposo se acuerda y lleva lo que ella tanto ha esperado, pero en vez de ponerse contenta sospecha lo que esta conducta galante puede significar. En la misma línea puede un esposo solicitarle a su esposa que use un tipo de lencería que ella no considera oportuna; pero cuando la mujer decide comprarla y usarla, el marido cree que su esposa está cortejando a su jefe o a un compañero de trabajo.

Lo que estos ejemplos tienen en común y desean mostrar es que, en determinadas circunstancias, pueden surgir problemas como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente. Son todos intentos de realizar cambios que en tales circunstancias, o bien contribuyen a acentuar el problema, o bien constituyen en sí mismos el propio problema. Es necesario, entonces, distinguir entre los términos "*dificultades*" y "*problemas*".

Dificultades y Problemas¹⁷⁹

Las **dificultades** hacen referencia a un estado de cosas indeseables. Quien sufre este estado o quien se encuentra compartiendo dicho estado intenta resolverlo mediante algún acto de sentido común (por ejemplo, calor contra frío), para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas. También hacen referencia a una situación de la vida, indeseable, pero por lo general corriente, con

¹⁷⁹ Ibidem.

respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber conllevar durante cierto tiempo.

Las dificultades que las personas tenemos son muchas. Las investigaciones sostienen que las personas estamos ante una dificultad cada cinco o seis minutos, lo que equivale a decir que en una hora se nos presentan entre diez y doce dificultades. Y si trasladamos esto a las dificultades posibles a lo largo de un día, el resultado es entre ciento cincuenta y ciento ochenta, cifra que puede resultar alarmante si no consideramos que la mayor parte de las dificultades son generalmente bien resueltas.

Problemas

Afortunadamente, nuestra capacidad para resolver las dificultades es importante, y tal como definiremos a continuación, éstas, en su mayoría, no se transforman en problemas. Los problemas son *pensados, creados y mantenidos como la resultante de enfocar mal (concebir de manera equivocada el origen de la dificultad), o de actuar de una manera inadecuada en el intento de resolver las dificultades*. Llamamos, entonces, **PROBLEMA**, a la situación que resulta de querer resolver una dificultad con más de una solución intentada y fallida.

Cuando decimos “problemas”, hacemos referencia a situaciones que se “plantean” como callejones sin salida, *que no existen en la realidad, ya que la salida es por donde hemos entrado y sólo es necesario retroceder o andar en la dirección opuesta*. Puede tratarse o bien de situaciones que se presentan como insolubles, o bien de crisis, entre otras.

Las investigaciones realizadas en el M.R.I. definen tres modos de enfocar mal las dificultades¹⁸⁰:

- Cuando intentamos una solución negando que un problema lo sea en realidad, razón por la cual no se actúa, no se pasa a la acción, se espera: *“es preciso actuar, pero no se emprende tal acción”*¹⁸¹. A este mecanismo de formación de problemas se lo llama **Terrible simplificación**.

¹⁸⁰ Ibidem.

¹⁸¹ Ibidem.

- Cuando se intenta un cambio con el objeto de eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico resulta inmodificable o bien inexistente, porque aún no ha ocurrido: *“se emprende una acción cuando no se debería emprender”*¹⁸². A este mecanismo de formación de problemas se lo ha llamado **Síndrome de utopía**.
- Es posible que se cometa un error de tipificación lógica y que se establezca un "juego sin fin" cuando se intenta un cambio en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o bien se intenta un cambio de segundo orden cuando resultaría adecuado un cambio de primer orden: *“la acción que es emprendida para resolver el problema se lleva a cabo en un nivel equivocado”*¹⁸³. A este mecanismo se lo ha llamado **Paradoja** (este punto será ampliado en “Resolución de Problemas”).

Veamos cada una de ellas con mayor precisión.

Las terribles simplificaciones

Cuando se inicia una búsqueda de soluciones posibles para una dificultad actual, presente, en general se trata de una conducta que pone en evidencia que no se posee la convicción de que la dificultad, ahora problema, lo sea en realidad. Por lo tanto, la búsqueda se limita a pensar en posibles soluciones, con todas las posibilidades existentes, pero no se actúa, no se lleva a cabo ninguna acción tendiente a resolver dicha dificultad.

Aunque suene como poco probable, es el intento de solucionar situaciones difíciles como si se desconociera o se negara lo que resulta necesario llevar a cabo. Consiste en la ausencia de acciones generales o específicas tendientes a resolver el problema, mientras se mantiene la lucha en el campo de las ideas, con un pensamiento permanente acerca de lo que se debería hacer, pero sin acción. En el lenguaje corriente corresponde a la expresión "política del avestruz", que esconde su pequeña cabeza, como si ello le posibilitara ocultar su enorme cuerpo.

¹⁸² Ibidem.

¹⁸³ Ibidem.

En términos más abstractos, implica la siguiente fórmula: “no existe problema alguno y cualquiera que lo considere como tal, está loco o actuando de mala fe”; y esto, de hecho, es el único origen de cualquier dificultad que se admita. *"La negación de los problemas y los ataques a aquellos que los señalan van unidos"*¹⁸⁴.

- Esta “mezcla de negación y ataque depende de groseras simplificaciones de la complejidad de la interacción en los sistemas sociales y en general, de nuestro mundo moderno, cambiante, interdependiente y altamente complejo”¹⁸⁵. Las personas sabemos, conocemos el problema, como así también las consecuencias que puede traer aparejado el no hacerse cargo, pero la acción no aparece.
- Las investigaciones de estos autores han puesto en evidencia que los efectos interpersonales de negar problemas innegables (que en sí pueden ser por completo conscientes) son más serios y más llamativos que los que pueden ser atribuidos al mecanismo de negación como defensa intrapsíquica¹⁸⁶.
- Una de las razones principales para negar problemas, se debe a la necesidad de mantener una fachada social aceptable. Como resultado tenemos los "secretos a voces" en estas familias, así llamados porque todo el mundo los conoce y a pesar de ello, se supone que nadie sabe que toda la familia lo sabe (Ronald Laing, llama “colusión” a este proceso interaccional¹⁸⁷).

La situación se vuelve más difícil cuando además del problema se niega la existencia de la negación misma. El intento de aludir a la negación misma es calificada de maldad o locura, por lo que en realidad resalta este tipo de terrible simplificación, a menos que el sujeto haya aprendido la crucial habilidad de **ver**, pero al mismo tiempo ser muy cauteloso en lo que **dice ver**¹⁸⁸.

¹⁸⁴ Ibidem. Pág. 61.

¹⁸⁵ Ibidem

¹⁸⁶ Ibidem, pág. 62

¹⁸⁷ Colusión: juego entre dos o más personas mediante el que se engañan a sí mismas, un juego que es el juego del autoengaño mutuo (ver Glosario).

¹⁸⁸ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio. Pág. 64

Existen simplificaciones en muchos contextos sociales amplios. Pero la realidad muestra que no todas las simplificaciones son erróneas y también, que muchas veces las simplificaciones pueden conducir al cambio. Sí son erróneas (y es aquí cuando hablamos de “terribles simplificaciones”) cuando son propuestas para otras circunstancias que requieren, por lo tanto, otras soluciones. Es el caso, por ejemplo, de las crisis evolutivas, en las que los padres no alcanzan a comprender que los sencillos modos de manejar a su hijo cuando éste tenía ocho años no resultan ya adecuados cuando el hijo tiene dieciocho; y se crean, así, enormes problemas en el intento de que obedezca como lo hacía cuando era pequeño.

El síndrome de utopía

La enciclopedia Multimedia Salvat define **utopía** como “plan, proyecto, doctrina o sistema halagüeño o muy bueno y conveniente, pero irrealizable”. Los griegos, a su vez, llamaban **Utopía** a una isla que se encontraba en “ninguna parte, en ningún lugar”. De este modo, la expresión ha sido utilizada para describir y encuadrar a las personas que se comportan como eternos soñadores.

Ver e intentar aplicar una solución donde no hay ningún problema real representa lo opuesto a lo expresado para las “terribles simplificaciones”. Mucho se ha escrito sobre utopías, pero un poco menos sobre los resultados concretos, individuales y sociales de quienes tienen expectativas utópicas. El comportamiento resultante, al cual podemos designar como el **Síndrome de Utopía**, puede adoptar una de tres posibles formas¹⁸⁹:

La primera puede designarse como “introyectiva”. Los objetivos son utópicos, pero la inasequibilidad de los mismos no es atribuida a su índole utópica, “sino que el sujeto le adjudica la culpa a su ineptitud: mi vida debería ser rica y grata, pero estoy viviendo en la banalidad y el aburrimiento (...). Todo esto tiene resultados más psiquiátricos que sociales: retraimiento y depresión son consecuencias de tal estado de ánimo; con frecuencia hay abuso de alcohol o drogas, y las breves euforias que esto produce van seguidas por el retorno a una realidad aún más fría y más gris, retorno que hace más atractiva aún la huida existencial”¹⁹⁰.

¹⁸⁹ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

¹⁹⁰ Ibidem

La segunda variante del síndrome de utopía es mucho menos dramática, e incluso puede tener cierto encanto. Su lema puede estar representado por el conocido **aforismo** "es mejor viajar colmado de esperanzas que llegar a puerto"¹⁹¹. En lugar de autoacusarse por ser incapaz de llevar a cabo un cambio utópico, el método elegido es relativamente inofensivo y está representado por una forma de dilación o demora más bien agradable. "El eterno estudiante, el perfeccionista, la persona que reiteradamente se las arregla para fracasar al borde del éxito, son ejemplos de viajeros que no llegan nunca al término de su viaje"¹⁹².

"La Psicología de lo inalcanzable precisa que cada cumplimiento actual sea experimentado como una pérdida o una profanación (...). Para el amante romántico la conquista de la hermosa mujer es sólo un pálido reflejo de lo que eran sus sueños"¹⁹³.

Esta forma de "utopismo" se vuelve problemática en la vida cotidiana cuando una persona espera que **llegar**, suponga la desaparición de los problemas, por ejemplo, el casamiento, ser padres, jubilarse, etc.

"La tercera variante del síndrome de utopía es esencialmente "proyectiva" y su ingrediente básico es una actitud moralista, rígida por parte del sujeto que está convencido de haber encontrado la verdad y con tal convicción, asume la responsabilidad de cambiar el mundo. Esto lo intenta primeramente mediante diversas formas de persuasión, y aquellos que no quieran aceptar la verdad o ni siquiera escucharla, actúan de mala fe y su destrucción en beneficio de la humanidad puede aparecer como justificada"¹⁹⁴.

Es característico del síndrome de utopía que las premisas sobre las que se basan las concepciones de la vida y el mundo, sean consideradas como más reales, ciertas y verdaderas que la realidad. Y cuando el individuo intenta ordenar su mundo de acuerdo con tales premisas, y fracasa en su intento, no examinará de modo típico si la premisa contiene elementos absurdos o irreales, sino que le adjudicará la culpa, la responsabilidad a factores exteriores (la sociedad) o a su propia ineptitud. La idea de que la equivocación puede residir en las premisas es intolerable, ya que las

¹⁹¹ Ibidem

¹⁹² Ibidem

¹⁹³ Ibidem

¹⁹⁴ Ibidem

mismas son la verdad, son la realidad y así es como ha elegido vivir, en un mundo idealizado, utópico.

Freddy Koffman¹⁹⁵ relata que a principios del siglo pasado se descubrió en Australia la existencia del ornitorrinco, un animal de características muy particulares, ya que se trata de un mamífero, vivíparo por lo tanto, pero que tiene pico y plumas como las aves. Cuando los biólogos quisieron ubicar al animal en la clasificación habitual y conocida, al no encontrarle un lugar pensaron que se trataba de un monstruo de la naturaleza, sin considerar que se trata de un animal que tiene en la tierra miles de años más que la clasificación en la que se lo quería incluir.

Paradojas

El primer estudio sistemático de los efectos conductivos de la paradoja en las relaciones humanas fue llevado a cabo por un grupo investigador dirigido por el antropólogo Gregory Bateson¹⁹⁶.

Su trabajo dio lugar a la postulación de la Teoría del Doble Vínculo de la esquizofrenia. El trabajo subsiguiente, sin embargo, indica que la esquizofrenia es tan sólo un caso especial en el que rige esta teoría, la cual, dependiendo de los parámetros básicos de una situación humana dada, es aplicable de manera general a otros tipos de comunicación alterada que incluyen patrones no psicóticos. De hecho, la creación inadvertida de la paradoja es un tercer modo muy típico de abordar erróneamente dificultades o cambios necesarios. En resumen, lo que se quiere significar al hablar de los efectos de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana son los peculiares callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian mensajes estructurados precisamente como las paradojas clásicas en la lógica formal. Un buen ejemplo de un mensaje de este tipo es: "*Sé espontáneo*" o *algunas de sus posibles variaciones*¹⁹⁷.

Es el dilema creado por una bien intencionada madre que quiere que su hijo realice lo que ella le pide, pero no porque ella se lo pida, sino espontáneamente, por su propia voluntad. Lo que la madre exige es: "*quiero que quieras estudiar*". Esta

¹⁹⁵ Koffman, F. (2001). *Metamanagement. La nueva conciencia de los negocios.*

¹⁹⁶ Ver Capítulo 1 "Historia de la Terapia familiar".

¹⁹⁷ *Ibidem*

circunstancia **exige** que el niño haga bien no sólo lo que tiene que hacer (estudiar), sino que debe hacerlo por motivación propia, gusto propio (estudiar porque lo quiere, lo desea). En otras numerosas oportunidades se le ha insistido en que ya es lo suficientemente grande para saber qué es lo que debe hacer, y por lo tanto:

- Puede resultar que se lo castigue (aunque sea con la desconfianza) por hacer lo que debe hacer (estudiar), porque no alcanzaremos a saber si lo hace porque obedece o porque así lo desea de manera personal.
- Es posible que el niño realice un “extraño número de acrobacia mental”, por la cual estudia aunque no lo desea, pero afirma que esa es su meta. O por el contrario no hace lo que más desea (estudiar) para no obedecer.
- Para la madre o el padre la situación resulta también insostenible. El modo en que intentan cambiar el comportamiento de su hijo hace imposible lo que desean realizar, con lo que quedan tan enredados como él en la paradójica situación.

Un caso similar, que se da frecuentemente en conflictos conyugales, es el de la esposa que desea que su marido muestre ciertos comportamientos (o el del esposo respecto a su esposa), pero solamente si él (o ella) lo desea realmente, ya que si se lo tiene que decir a él (o a ella) no vale la pena. La solicitud de una esposa a su cónyuge acerca de que no es atento con ella, de que nunca la sorprende con un obsequio, puede derivar en que, cuando éste cumple con las expectativas, la conducta sea descalificada por no considerarla “espontánea”, ya que nunca lo será después del pedido o queja ya formulados.

Si tomamos la expresión de Epiménides de Creta¹⁹⁸ *“Todos los cretenses son mentirosos”*, podemos ver que, si es cierto que todos los cretenses son mentirosos, entonces Epiménides no dice la verdad, dado que es de Creta. Pero en tal caso es sincero cuando miente, y está mintiendo cuando es sincero. Así, *la paradoja surge debido a una confusión entre miembro y clase*. “La afirmación de Epiménides se refiere a todas sus afirmaciones y por lo tanto también a la afirmación citada, ya que esta última es tan sólo un miembro de la clase constituida por todas sus afirmaciones”¹⁹⁹.

¹⁹⁸ Apostilla con la que comienza el Capítulo de paradojas del libro Cambio.

¹⁹⁹ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

“La estructura de toda paradoja del tipo *"sé espontáneo"*, es análoga”²⁰⁰. Si volvemos al ejemplo de la madre y el hijo, una parte del mensaje parece ser una **orden**: “sé”; por lo tanto, el comportamiento del hijo debe ser de obediencia. Pero el mensaje se completa con el pedido de ser espontáneo, hacer la suya, lo que él crea conveniente o adecuado. De este modo, si obedece no es espontáneo; si es espontáneo, no obedece.

La obediencia a una orden emanada del exterior es un comportamiento inaceptable, ya que dicho comportamiento ha de estar motivado desde el interior. *Pero esta orden básica "que comprende a todas las órdenes (a la clase de todas ellas) es en sí misma una orden, es un miembro de la clase y se aplica a sí misma"*²⁰¹.

“Epiménides, al igual que la madre, viola por tanto el axioma central de la teoría de los tipos lógicos, es decir, **que cuando comprende a toda colección (clase) no puede ser miembro de la colección. El resultado es una paradoja**”²⁰².

Las paradojas del tipo *"sé espontáneo"* adquieren también relieve en el modo en que determinadas personas intentan superar dificultades sexuales, en problemas de insomnio o depresión entre otros.

¿Cómo se resuelven los problemas?

Hemos hecho referencia al hecho de que la mayor parte de las dificultades que se presentan se resuelven de manera espontánea porque las personas hacen naturalmente lo que se debe hacer para la ocasión y de esta manera evitan que la dificultad se transforme en problema. Pero cuando no son exitosos, la *dificultad* se transformará en un *auténtico problema*.

Los sistemas tienen dos maneras de cambiar:

- Llamamos *"cambio de primer orden"* cuando los parámetros individuales varían de manera continua y la estructura del sistema no se altera. Cuando el sistema cambia cualitativamente y de una manera discontinua, recibe el nombre de *"cambio de segundo orden"*.

²⁰⁰ Ibidem

²⁰¹ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio. La cursiva es nuestra.

²⁰² Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio. La negrita es nuestra.

- Este segundo tipo de cambio de los sistemas se produce con "*cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno*" (Watzlawick, Weakland, y Fish, 1976). "El cambio de segundo orden es un cambio del cambio" (Stanton, 1986).

Para poder explicar cómo los investigadores del M.R.I. llegan con su propuesta de cómo resolver problemas, debemos describir y definir lo que entendemos como "Cambio uno o de Primer Orden" y "Cambio dos o de Segundo Orden".

Para hacer posible su comprensión, recurrimos a los ejemplos que proponen los autores, que refieren que cuando una persona tiene **una pesadilla** puede hacer muchas cosas "dentro" de su sueño: puede correr, puede esconderse, puede luchar, gritar, trepar por un acantilado y hasta tirarse al vacío. Pero ningún cambio propuesto en el "sueño" podrá finalizar la pesadilla. Esta situación es así porque se trata de cambios intentados dentro de la misma estructura (el sueño), por eso se los llama "Cambio uno" o "Cambio de primer orden".

El único modo de salir de dicha persecución en el sueño es cuando abandonamos el mismo y **despertamos**. El despertar, desde luego, no constituye ya una parte del sueño, sino que se trata de un cambio a un estado completamente distinto. "Esta clase de cambio se denomina Cambio dos o Cambio de segundo orden. Es decir que se trata de un cambio del cambio" (Asociación Argentina de Cibernética, Boletín de Divulgación).

En resumen:

Los cambios de primer orden son las fluctuaciones menores de un estado a otro, dentro de límites de un comportamiento que ya están fijos.

Los cambios de segundo orden se relacionan con "refijar" las reglas de aquellos límites que habitualmente requieren una transformación.

Un ejemplo de fluctuaciones de primer orden en una familia sería el caso de una madre que sabe que puede servir cualquier alimento principal para la cena, mientras no sea pescado. O un niño que sabe que puede llegar a cualquier hora después de la escuela, siempre que no se exceda de las seis de la tarde.

Los cambios de segundo orden se aplican a cualquier situación en que la gama habitual de comportamientos ya no son o no resultan eficaces, por causa de acontecimientos transcurridos en un cambio exterior o interior del sistema mismo.

En *Cambio*, los autores nos ofrecen una metáfora de los dos tipos de cambio, citando la diferencia entre oprimir el acelerador y cambiar de velocidad al conducir un automóvil.

Los cambios de segundo orden forman parte de las crisis evolutivas normales, ya que la familia necesita un cambio dos que implica el desarrollo y ajuste a las nuevas reglas.

Watzlawick, Weakland y Fish estudiaron lo que llamaron el “cambio espontáneo”, es decir el modo de resolver problemas en los asuntos corrientes de la vida, sin ayuda de los conocimientos de expertos de teoría sofisticadas y con un esfuerzo concentrado. Para ello se relacionaron con camareros, detectives, neuróticos espontáneamente curados, vendedores, asesores de sociedades de crédito, maestros, pilotos de líneas aéreas, policías, estafadores y otros. Pero del trabajo con todos ellos no lograron resultados satisfactorios, y detectaron que ellos también habían realizado maniobras similares. Como resultado de lo investigado concluyeron:

- “El *cambio dos* es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del *cambio uno*, parece constituir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del *cambio dos*, "tal solución" se revela como la causa del problema que se intenta resolver”²⁰³.
- “Mientras que el *cambio uno* parece basarse siempre en el sentido común, (así, por ejemplo, en la receta de más de los mismo), el *cambio dos* aparece habitualmente como extraño, inesperado y desatinado; se trata de un elemento desconcertante, paradójico del proceso de cambio”²⁰⁴.
- “Aplicar técnicas de *cambio dos* a la "solución" significa que se aborda la situación en el "ahora y aquí". Estas técnicas se aplican a los efectos y

²⁰³ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

²⁰⁴ Ibidem

no a sus supuestas causas. La pregunta crucial es: ¿Qué? o ¿Para qué? y no ¿Por qué?²⁰⁵.

- “La utilización de técnicas de *cambio dos* libera la situación de la trampa engendrada de paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base diferente²⁰⁶.”

En psicoterapia, el mito de descubrir este “*por qué*” de las cosas, como condición previa para el cambio es la mejor manera de perpetuar la insatisfacción, que requerirá de otros por qué. La búsqueda de causas tan sólo puede conducir a más búsqueda: si el “insight” obtenido no es aún lo bastante profundo para dar lugar a un cambio, se intenta a través de la búsqueda de más “insight”.

Una leyenda

Cuenta la leyenda que hace muchos años, cuando una persona podía ser encarcelada por deudas, un comerciante de Londres tuvo la desgracia de endeudarse en una gran suma con un prestamista. A éste, que era viejo y feo, le gustaba la hermosa hija adolescente del comerciante. Le propuso un negocio: dijo que cancelaría la deuda a cambio de la mano de la hija del comerciante.

Tanto el comerciante como la hija se horrorizaron ante la propuesta. Entonces, el astuto prestamista propuso que la Providencia decidiera. Les dijo que pondría una piedra negra y otra blanca en una bolsa vacía y que la niña tendría que sacar una de las dos. Si sacaba la negra, se convertiría en su esposa y la deuda del padre quedaría cancelada. Si tomaba la blanca, permanecería con su padre y la deuda también se cancelaría. Pero si se negaba a extraer una piedra, el padre iría a la cárcel y ella moriría de hambre.

El comerciante aceptó de mala gana. Estaban en un camino cubierto de piedras en el jardín del comerciante, y mientras hablaban, el prestamista se agachó a recoger las dos piedras. Cuando lo hacía, la niña, con la vista aguzada por el temor, notó que tomaba **dos piedras negras** y las metía en la bolsa. Luego el hombre pidió a la muchacha que sacara la piedra que decidiría su destino y el de su padre.

²⁰⁵ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio. La cursiva es nuestra.

²⁰⁶ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

Imagine que se encuentra en el sendero del jardín del comerciante. ¿Qué habría hecho usted si hubiera estado en el lugar de la desdichada niña? Si tuviera que aconsejarle, ¿qué le aconsejaría hacer? ¿Qué tipo de cambio propondría usted para resolver el problema?

Quienes piensan en un cambio de primer orden, por lo general no son muy útiles para la muchacha en esta situación, ya que en el análisis desde esa perspectiva, existirían tres posibilidades:

- La muchacha debe negarse a sacar la piedra.
- Debe mostrar que hay dos piedras negras en la bolsa y revelar la trampa del prestamista.
- Debe sacar una piedra negra y sacrificarse para salvar a su padre de la prisión.

Ninguna de estas sugerencias es de gran ayuda, pues si la niña no saca una piedra su padre va a la cárcel, y si lo hace, tiene que casarse con el prestamista. Esta historia muestra la *diferencia entre el cambio de primer orden y el de segundo orden*. Por el *cambio de primer orden* se está preocupado por el hecho de que la muchacha debe extraer una piedra. El de *segundo orden* se preocupa por la piedra que queda.

El *cambio uno* adopta el punto de vista más razonable en una situación, y luego procede a examinarla lógicamente y cuidadosamente. El *cambio dos* tiende a investigar todas las distintas maneras de contemplar algo, más bien que aceptar la más promisoriosa y proceder a partir de ella.

La muchacha del cuento metió la mano en la bolsa y extrajo una piedra. Sin mirarla, la dejó caer como por torpeza al camino, donde inmediatamente se perdió entre las otras, mientras con disimulada pena expresaba:

"Qué torpeza de mi parte, *pero no se preocupen: si miramos dentro de la bolsa veremos el color de la piedra que quedó, así podremos saber que la que elegí tenía el otro color*".

Dado que, por supuesto, la piedra que quedaba era negra, cabía suponer que había tomado la blanca, ya que el prestamista no se atrevería a admitir su deshonestidad. Así, al proponer un *cambio dos*, la muchacha convierte lo que parecía una situación imposible en otra sumamente ventajosa. En realidad, quedó en

mejor posición que si el prestamista hubiera sido honesto y hubiera puesto una piedra negra y otra blanca en la bolsa, pues entonces habría tenido una sola posibilidad de salvarse. Ahora, tiene la seguridad de permanecer con su padre y al mismo tiempo, la de cancelar la deuda.

Conceptos centrales de la terapia propuesta por el M.R.I.

Con el objeto de avanzar en el desarrollo de la Terapia Estratégica, recurriremos al libro *Cómo equivocarse menos en terapia, un registro para el Modelo del M.R.I.*, en donde sus autores, Ruth Casabianca y Hugo Hirsch, proponen considerar los **conceptos centrales**²⁰⁷ de este modelo:

- Consideración de la conducta - problema en el contexto
- Subsistemas de intervención o de impacto
- Capacidad para influir o Maniobrabilidad
- Supuesto de potencialidad no desarrollada
- Organización estratégica
- Tres niveles para la construcción y tres componentes en cada nivel.

Veamos cada uno de estos seis puntos.

Conducta - problema en el contexto actual

En este modelo de abordaje, adquiere significativo valor todo cuanto sucede en el aquí y ahora en clara referencia a lo que el consultante trae como queja, y a lo que el paciente y/o los consultantes muestran en su interacción. La conducta definida como problema se mantiene por las acciones que todos los individuos de un sistema desarrollan en su intento por tratar de resolver lo que hemos definido como dificultad. Al fallar como soluciones intentadas, se transforma en problema, cuya expresión son los síntomas presentes.

Para ello debemos considerar:

²⁰⁷ Casabianca, R. y Hirsch, R. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo de M.R.I.*

a- ¿Cuál es el circuito de interacciones que mantiene el síntoma por el cual se consulta?

Este circuito es un producto de las observaciones realizadas por el terapeuta, quien realiza una selección de datos, con los cuales realiza un recorte arbitrario acerca de lo que hace y/o deja (conductas) de hacer el portador de los síntomas y, también, lo que hace o deja de hacer cada una de las personas con las que mantiene relaciones significativas a lo largo de un tiempo significativo.

El terapeuta debe reconocer y diferenciar entre dos circuitos posibles. Uno *interpersonal*²⁰⁸ y otro *intrapésiquico*²⁰⁹, entre los cuales en la mayor parte de las ocasiones es posible encontrar semejanzas y, por lo tanto, pueden hacerse analogías. Cuando la atribución y los significados son coincidentes o solamente parecidos, es posible reconocer que los resultados sean equivalentes y por lo tanto, cada uno contribuye a funcionar como una *pauta que sostiene el síntoma*.

b- ¿Cuáles son las acciones llevadas a cabo por el paciente y/o los familiares para resolver aquello que los preocupa?

Estas conductas que pensamos y creemos representan *intentos de solución*, que pueden resultar eficaces y por lo tanto resuelven la dificultad; o bien *pueden ser fallidas* y dar origen al verdadero problema.

La suma de a) y b) es lo que llamamos el **verdadero problema**.

En función de mi experiencia, creo conveniente considerar e incluir otro ítem, que puede estar implícito en b), pero que resulta necesario explicitar:

c- Conocer cuáles son las *teorías o las creencias* sobre las cuales se sustentan o se explican las conductas que mantiene el paciente y/o los miembros de la familia (consultantes), incluidas las soluciones intentadas. Las teorías elaboradas nos van a precisar el modo de acción; mientras que la falta de ellas, los valores y las creencias sobre los que es preciso co-construir.

²⁰⁸ Fernández Moya, J. (2004). Después de la pérdida. Una propuesta sistémica estratégica para el abordaje de los duelos.

²⁰⁹ Ibidem.

Subsistema de Intervención o Impacto

Se llama así a la persona o al grupo de personas miembros de un sistema familiar que tiene mayor motivación o necesidad de que se produzca un cambio. Puede ser el propio paciente identificado, portador de un síntoma, o bien familiares que se sienten afectados por los signos y síntomas de un ser querido, reconocido implícita y explícitamente como el paciente identificado. Es válido en algunas ocasiones reconocer que los pacientes identificados pueden ser los integrantes de una pareja, o de una familia.

Es muy importante que quien hace el pedido de consulta, que además suele ser el que realiza el esfuerzo para concretar la consulta, sea incluido en el subsistema de impacto. En el mejor de los casos, el subsistema de impacto está formado por una persona que se define como "paciente identificado" y "consultante" al mismo tiempo. Otras veces, es un familiar, madre, padre o ambos que consultan por un niño o un adolescente; o hijos adultos que consultan por un padre anciano; o un esposo o esposa que lo hace por su cónyuge.

El modelo estratégico nos permite trabajar con el subsistema más afectado, más preocupado y que por lo tanto resulta ser *el más motivado para que el síntoma o la disfunción deje de serlo*. Dicho de otra manera, para que cambie el estado en que se encuentran "las cosas". Si recordamos la propiedad de los sistemas llamada "totalidad", que establece que el cambio de uno de los subsistema implica siempre y necesariamente un cambio en el resto del sistema, resulta oportuno recordar que los primeros terapeutas familiares surgieron de aquellos profesionales dedicados a la terapia de niños y/o adolescentes, que percibieron que los síntomas o problemas de sus pacientes se resolvían mejor y más rápido cuando podían contar con la ayuda y la colaboración de los padres.

Capacidad para influir

La posibilidad y la capacidad de poder influir del terapeuta consultado en quienes lo consultan es de significativa importancia para cualquier terapia y para cualquier prestación de la salud, ya que a través de ellas podrá definir un problema consensuado y propiciar el cambio necesario.

Se trata de un tema de significativa importancia y lo ampliaremos más adelante, cuando abordemos la *maniobrabilidad* y la *motivación*. Pero en este momento es importante destacar que *la capacidad de influir de los terapeutas es un*

poder otorgado por él o los consultantes, que está estrechamente relacionado con conocer distintos aspectos:

- ¿Cómo se decide hacer la consulta?, ya que puede ser el resultado de una decisión propia; o puede haber sido motivada por una recomendación realizada por un amigo o un familiar cuando el consultante pidió algún tipo de ayuda; o puede ser una derivación sin mayores explicaciones hecha por un profesional.
- Si resulta una elección personal, es importante conocer: ¿cómo fue la elección?, ¿de dónde obtuvo el nombre del profesional?, ¿por qué la realiza ahora?, ¿existe un factor que haya desencadenado la consulta?, ¿para qué consulta? (el sentido de lo que desea lograr).
- Si fue una recomendación, ¿quién la hizo?, ¿en qué circunstancia?, ¿qué le recomendaron?
- Si fue una derivación, ¿quién y cómo se produce la derivación?, ya que no es lo mismo que la recomiende un ex - paciente que ha logrado superar el problema por el que consultó, a que sea realizada por un juez o un maestro como condición para obtener un beneficio, sobre todo si es legítimo y vital para quien debe someterse a la consulta, (visitar a los hijos cuya tenencia tiene el ex-cónyuge, o continuar con la escolaridad).

La capacidad de influir es un fenómeno interaccional que se aprecia como la posibilidad de ejercer poder (tomar decisiones). Este poder, esta atribución es *otorgada complementariamente* por los otros (subsistemas de impacto) en relación con quien debe ejercerla (el terapeuta).

Como ya planteáramos, esta motivación se puede incrementar con la "confirmación" que el terapeuta hace de la queja del consultante. Cuanto más confirmado, más comprendido se siente, menos "resistencia" manifiesta con respecto al cambio.

La motivación del consultante es la fuerza motora (producto e índice del deseo y la necesidad de cambiar que genera una perturbación existente o imaginaria) que los terapeutas debemos amplificar y/u orientar hacia la consecución del logro terapéutico.

Supuesto de potencialidad no desarrollada

Este supuesto tuvo como principal propulsor y defensor a Milton Erickson, cuya orientación naturalista le hacía pensar que todos los consultantes tenían capacidad para resolver sus síntomas y problemas, pero que era un "bloqueo" el que les impedía hacerlo y gozar de buena salud mental. La tarea del terapeuta consiste en crear en forma conjunta con el o los consultantes un contexto tal que permita a los pacientes lograr acceso a sus capacidades y recursos no usados hasta ahora.

Ejemplo tomado del libro *Raíces profundas*²¹⁰:

"En cierta ocasión, Erickson trabajó con una mujer llamada "Ma", que siempre había querido aprender a leer y a escribir pero que nunca había sido capaz de superar su bloqueo en estos temas. De joven no había tenido la oportunidad de adquirir estos conocimientos y a los 16 años decidió aprender. A los 20 años, se le ocurrió la idea de acoger a maestros como huéspedes y hacer que éstos le enseñaran a leer y a escribir. Durante los años siguientes, sus huéspedes y después sus hijos intentaron sin descanso enseñarle. En vano. Siempre que alguien intentaba explicarle cómo leer y escribir se asustaba y se quedaba en blanco.

A los 70 años, aún incapaz de leer, entró en contacto con Erickson. Él le prometió que leería y escribiría a los 3 meses y que no le pediría que hiciera nada que no supiera ya hacer. Ella se mostró escéptica, pero intrigada. En primer lugar, Erickson le dijo que tomara un lápiz. Le dijo que lo tomara de cualquier manera, tal y como haría un bebé. Después le pidió que hiciera algunas rayas, unos garabatos cualesquiera, como un bebé incapaz de escribir. Podía hacer las líneas de arriba hacia abajo, horizontales o en diagonal. A continuación, debía dibujar algunas rosquillas, y luego las dos mitades de una rosquilla cuando se parte en dos. Después debía dibujar las dos partes de un tejado. Erickson siguió diciéndole que hiciera esas rayas y las practicara. Ella practicó, pese a que no veía su utilidad.

En la sesión siguiente, Erickson le dijo que la única diferencia entre una pila de madera y una casa, era que ésta estaba montada. Ella estuvo de acuerdo, aunque de nuevo no le veía el sentido.

²¹⁰ O' Hanlon, W (1989). *Raíces profundas*.

Con la orientación de Erickson, unió aquellas rayas para construir todas las letras del alfabeto. Cuando terminó, Erickson le hizo ver que acababa de aprender a escribir todas las letras. Le dijo que hacer palabras era sólo cuestión de juntar letras. Tras hacerle unir las letras, le dijo que ahora sabía formar palabras. Erickson le hizo dar un nombre a ciertas palabras, ya que cada palabra tiene un nombre, de la misma forma que cada animal de la granja lo tiene. Gradualmente consiguió que ella escribiera una frase e hizo que nombrara todas sus palabras.

La frase decía: "Muévete, Ma, y pon algo de comer en la mesa". Cuando ella la dijo en voz alta, se dio cuenta, de que **era como hablar** (su último marido había usado esa frase a menudo). El paso a la lectura se hizo fácilmente en un período de tres semanas.

Esto supone que el o los consultantes tienen conocimiento, capacidad e interés para lograr una modificación, pero necesitan de la presencia real o virtual del experto para definir:

- Un problema que sea solucionable.
- Una meta alcanzable en un plazo de tiempo (el menor posible).
- Una orientación o estímulo suficiente de la motivación para modificar los caminos intentados.

Otro ejemplo:

Una maestra de primaria fue a la consulta porque ya no podía manejar la relación frustrante que mantenía con su hija de 15 años, estaba al límite. Explicó que las constantes coacciones y recordatorios, las charlas francas y las palabras no conseguían que su hija colaborara más en casa. Según su madre, la chica era auto-complaciente, desafiante e irrespetuosa.

Se hizo evidente que el único método que usaba esta mujer para manejar a su hija era verbalizar su desagrado. Aunque ocasionalmente variaba el volumen de la voz, no consideraba nunca otro tipo de disciplina. La madre pensaba que su hija debía tener más consideración con ella y obedecer por esa razón. Por desgracia, su hija no estaba de acuerdo.

Lo único que hizo falta para que esta mujer saliera de su atolladero, fue recordarle su trabajo con los alumnos. "Todos los maestros saben que los niños tienen diferentes formas de aprender", le dijimos. "Algunos aprenden visualmente y otros aprenden de oído". Ella participó en la conversación ofreciendo información adicional acerca de las formas de aprender preferidas por sus alumnos. "El método de enseñanza debe ajustarse al estilo de cada estudiante para que se produzca el aprendizaje". Ella asintió con vehemencia. Le sugerimos que ella había considerado erróneamente a su hija como una alumna auditiva y debía reevaluar la verdadera forma de aprender de la chica. Una vez que hubo tenido acceso a sus abundantes habilidades, no tuvo ninguna dificultad para volverse más creativa y eficaz en sus respuestas a la hija. (O'Hanlon, 1990)

En los últimos años, hemos participado del auge que ha tomado el concepto de **resiliencia**, que se define como *"la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad"* (Henderson Grotberg, 2003)²¹¹.

A su vez, Mariela Grimalt refiere: "Es un término que proviene del latín, su origen se remonta al verbo "resilio", que significa *saltar hacia atrás, rebotar, repercutir*. Atendiendo a la última definición, se comprende que dentro de la psicología, la palabra da un giro en su significación, ya que además de la resistencia, incorpora el aspecto dinámico que involucra a un individuo que sufre un trauma y se sobrepone; en otras palabras, continúa desarrollándose tras un *impass*; se reconstruye"²¹².

Froma Walsh²¹³ plantea un pasaje desde la resiliencia de las personas a la resiliencia de la familia: "el interés por la resiliencia se ha canalizado hacia las virtudes de los individuos que lograron derrotar la adversidad. Normalmente, esta resiliencia se atribuyó a rasgos de personalidad y estrategias de superación que posibilitan a un niño o adulto superar ciertas experiencias vitales afligentes". Al mismo tiempo, reconoce que "se advierte cada vez más que la resiliencia es el fruto

²¹¹ Henderson Grotberg, E. (2003). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas.

²¹² Grimalt, M. (2004). Mamás Adolescentes Vulnerables.

²¹³ Walsh, F. (1998). El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío.

de una interacción entre lo innato y lo adquirido, pocos han pensado que la familia es una fuente potencial de resiliencia, o sea un *recurso*”.

Por lo tanto, la autora sugiere: “el foco puesto en la resiliencia familiar tiende a identificar y fomentar ciertos procesos fundamentales que permiten a las familias hacer frente con más eficacia a las crisis o estados persistentes de estrés, sean internos o externos a la familia, y emerger fortalecidos de ellos. Al consolidar la resiliencia familiar, robustecemos a la familia como unidad funcional y posibilitamos que inculque esa capacidad en todos sus miembros”. Para ello, es necesario sostener “una concepción sistémica de la resiliencia. En su conjunto, las investigaciones sobre los individuos resilientes han puesto el acento cada vez más en la importancia de una visión sistémica. En primer término, un hallazgo permanente de estos estudios es el de la significación que tienen las relaciones personales estrechas para cultivar la resiliencia. En segundo lugar, se ha mostrado que para dar cuenta de los procesos de mediación en el contexto social a los largo del tiempo es menester adoptar una visión ecológica y evolutiva. Estas múltiples influencias recursivas subrayan la necesidad de una evaluación sistémica en momentos de crisis, con el fin de: a) Identificar los recursos potenciales en materia de relaciones humanas existentes dentro y fuera del hogar, en la red de parentesco y la comunidad; y b) Atender a la confluencia temporal de las experiencias vividas en distintas etapas del ciclo vital y en sucesivas generaciones”.

Asimismo, Cristina Ravazzola²¹⁴ sostiene que “el enfoque de las resiliencias permite pensar que, no obstante las adversidades sufridas por una persona, una familia, una comunidad, ésta tiene **potenciales capacidades** para desarrollarse y alcanzar niveles aceptables de salud y bienestar”, tal como propone Milton Erickson.

Organización estratégica

Denominamos así a una serie de conceptos y recursos que debe poseer y considerar el terapeuta cuando comienza el proceso conjunto con el sistema consultante y que posibilitará construir sobre bases firmes el sistema terapéutico, cuya meta será obtener el objetivo acordado. Esta congruencia entre terapeuta y

²¹⁴ Ravazzola, M. (2001). “Resiliencias familiares”. En: Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas.

consultante puede darse espontáneamente, o el terapeuta deberá estimularla en una etapa pre-estratégica.

Esta congruencia se debe dar en tres niveles y comprende el sistema consultante y el sistema consultor²¹⁵. Ampliamos lo propuesto por los autores:

- El paciente y/o los consultantes, junto al terapeuta, deben tener la capacidad de definir o acotar problemas. La responsabilidad de la tarea siempre recae en el terapeuta.
- Se debe considerar un límite de tiempo para evaluar los resultados obtenidos. Éstos son los que se acordaron como meta mínima.
- Se deberá tener el convencimiento o posibilidad de convencerse de que será posible poder introducir cambios instrumentando nuevos caminos y soluciones.

O sea, se definen tres niveles en la interacción consultante-terapeuta y en cada uno de ellos se construye diferente. Así:

- Primer nivel: Co - construcción del problema.
- Segundo nivel: Co - construcción de la meta.
- Tercer nivel: Co - construcción de las soluciones.

A su vez, los tres niveles se disparan a partir de tres componentes presentes en los miembros del sistema terapéutico, que se califican mutuamente:

- Componente cognitivo.
- Componente afectivo.
- Componentes conativo o de acción.

Primer nivel: Co-construcción del problema

El proceso se desarrolla desde una queja inicial que trae el consultante, e implica lo que él percibe que tiene que modificar (componente cognitivo),

²¹⁵ Casabianca, R. y Hirsch, R. (1989). Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo de M.R.I.

acompañado por un malestar profundo (componente afectivo) y una demanda específica de lo que está dispuesto a hacer o recibir (componente conativo).

A su vez, en el contacto con el terapeuta se modifica la queja de manera conjunta hasta convertirla en un “problema” o motivo de consulta (componente cognitivo), se trata de “lo que el terapeuta puede comprender desde su modelo o grilla, acompañado de un afecto más o menos profundo, de interés con relación al afecto del consultante (componente afectivo) y de un estímulo o tendencia a actuar en una dirección que encaja con la demanda del consultante (componente conativo).

	Consultante	Terapeuta
Componente Cognitivo	Queja	Motivo de consulta
Componente Afectivo	Grado de perturbación	Disposición a influenciar
Componente Conativo	Tipo de demanda	Tipos de acción terapéutica

Un gráfico puede contribuir a visualizar lo planteado.”²¹⁶.

Segundo nivel. Co-construcción de la meta

“En este nivel, el proceso se desarrolla desde el problema o motivo de consulta resultante de las interacciones previas, hacia un aspecto puntual del mismo que ambas partes acuerden como índice de evaluación del proceso terapéutico, en un tiempo acotado”²¹⁷. Están involucradas las variables que se relacionan con el tiempo y con las modificaciones mínimas en el estado del problema:

²¹⁶ Ibidem

²¹⁷ Ibidem

- *Componente cognitivo*: Se llama así a lo que el terapeuta y el consultante pueden percibir y acordar como leve mejoría, alcanzable en un plazo determinado.
- *Componente afectivo*: Implica que ambos se sientan satisfechos con su probable logro.
- *Componente conativo*: La meta mínima se convierte en directriz compartida por las acciones de ambos.

Tercer nivel. Co-construcción de nuevas soluciones

“La co-construcción de las soluciones es un producto del trabajo realizado entre los miembros del sistema terapéutico (familia o quienes consultan más terapeuta). El subsistema de impacto, por ser el que mayor motivación posee, se transforma en el operador válido de las propuestas del terapeuta. Es responsabilidad de éste construir las propuestas, sean ideas, sentimientos y/o acciones, considerando las potencialidades y capacidades de quienes consultan. “En el encuentro con el terapeuta, éste debe ser capaz de desbloquear las acciones y trabajar desde las potencialidades, básicamente a través de tres caminos:

- Persuadiéndolo de realizar conductas diferentes (Componente conativo).
- Incrementando la dificultad de resolución, de manera tal que el propio sistema consultante imagine, piense poner en acción otras alternativas (Componente cognitivo).
- Modificando la percepción misma del problema, en el sentido de la repercusión afectiva, y que en consecuencia, modifique las acciones tendientes a resolverlo (Componente afectivo)²¹⁸.

“Los índices evaluadores de la confirmación o modificación de la dirección de ese proceso necesitan referirse a las congruencias entre los componentes cognitivos, afectivos y conativos del consultante - terapeuta en cada uno de los niveles de organización del proceso²¹⁹.

²¹⁸ Ibidem

²¹⁹ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

La terapia es un proceso de modificación progresiva y económica de actitudes por parte del consultante y del terapeuta, donde cada uno de ellos es estímulo de cambio para el otro, con el foco puesto en el objetivo que representa un logro específico.

Lo más importante y también lo más difícil de poder transmitir es que las maniobras que explicaremos en un próximo capítulo se ponen en juego en estos momentos de **co-construcción**. Ello implica lograr que los consultantes **vivan, sientan como propio** este proceso de co-construcción. De esta forma, se evita toda o gran parte de la resistencia del o los consultantes, porque nadie puede actuar en contra de algo que considera o vive como propio, producto de su elaboración personal.

Los terapeutas debemos ver como positivos los cambios, y reflejarlo en nuestros dichos y en nuestras conductas acerca de que los logros obtenidos en el proceso terapéutico son mérito exclusivo de los consultantes. Creemos firmemente que resulta la única forma en que el resultado obtenido se mantenga como propio de quien consulta.

Nuestra explicación de cómo se lleva a cabo este proceso está separada en los distintos temas que desarrollaremos, pero en el proceso de co-construir con los consultantes, todo se realiza en el mismo momento y allí radica la dificultad inicial. Pensemos en acciones complejas cotidianas como puede resultar el manejar un vehículo: cuando consideramos cada una de las acciones por separado, parece fácil, al intentar coordinar todo en pequeñas fracciones de segundo, podemos creer también que semejante tarea nunca será posible, pero en general todos lo consiguen, unos mejor que otros.

Maniobrabilidad

Volvemos a considerar este tema tan importante, que anticipáramos en párrafos anteriores. Y lo haremos recordando que es conocido que siempre en mayor o menor grado “los pacientes, deliberadamente o no”²²⁰, se resisten a los intentos que realiza el terapeuta para llevar adelante el tratamiento por el camino más corto, más económico y más adecuado, ya que por distintas razones el paciente y/o el

²²⁰ Fisch, R; Weakland, J. y Segal, L. (1984) La táctica del cambio.

consultante coloca obstáculos (Fish, Weakland, Segal, 1984). Ante esta situación, un terapeuta necesita tener la mayor seguridad posible para llevar a cabo sus propuestas.

Se llama **maniobrabilidad o capacidad de maniobra del terapeuta** a la libertad de actuar según éste lo considere conveniente. Esto implica *"la posibilidad de emprender acciones dotadas de propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten"* ²²¹.

El control del proceso terapéutico es una responsabilidad absoluta del terapeuta y **nunca** deberá abdicar de la responsabilidad de mantenerlo, ya que si lo pierde, perjudica al paciente, al proceso y a sí mismo (Stanton, 1986).

La posibilidad de que un terapeuta mantenga la mayor maniobrabilidad, radica en **no olvidar nunca que el paciente y/o consultante lo necesita más a él que él al paciente** ²²². Esta situación también debe estar clara para el consultante. Ante una marcada resistencia del consultante y/o paciente, el terapeuta deberá poner claramente de manifiesto esta situación, como una forma de recuperar y/o mantener el control del proceso terapéutico.

El terapeuta puede **aumentar** su capacidad de maniobra teniendo en cuenta los siguientes aspectos ²²³:

Oportunidad y ritmo: para mantenerse o retirarse de la postura o estrategia que haya asumido cuando encuentre una resistencia del consultante y exista la posibilidad de perder credibilidad y maniobrabilidad.

Tomarse el tiempo necesario: para pensar y planificar la maniobra más adecuada, que dependerá del resultado. Terapia breve no debe significar que fue acortada por errores del terapeuta; y mucho menos que, por apresurada, no se respete la naturalidad de los procesos.

Empleo del lenguaje en tiempo condicional, de forma tal que no se asuma una postura explícita antes de tener la información suficiente y de haber notado cuándo y qué postura quiere asumir el consultado.

²²¹ Ibidem

²²² Hirsch, H. y Rosarios H. (1987). Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales.

²²³ Fisch, R; Weakland, J. y Segal, L. (1984) La táctica del cambio.

El consultante debe ser siempre concreto y claro en sus respuestas. Esta exigencia debe mantenerla el terapeuta, ya que si el consultante fuera vago o difuso en sus comentarios, el terapeuta pierde maniobrabilidad a expensas del consultante y ello perjudica su propio tratamiento.

Actitud simétrica, de igual a igual por parte del terapeuta, ya que una posición complementaria superior intimida a los pacientes y puede impedir una buena entrega de información. Estos inconvenientes pueden darse porque los pacientes suponen que el terapeuta conoce la información dados sus conocimientos y experiencias, o bien no completan o confirman la información para no sentirse desvalorizados en una posición complementaria inferior. Una actitud igualitaria aumenta la capacidad de maniobra y quita obstáculos a aquellos pacientes que están dispuestos a colaborar. Nuestra capacidad para participar de las decisiones de los consultantes es una capacidad que ellos nos otorgan, por lo tanto siempre debe estar vigente este acto de *transmisión de poder*.

El terapeuta debe estar en condiciones de proponer sesiones individuales y/o conjuntas, según su criterio y según su estrategia. En general, el terapeuta trabajará con el subsistema de impacto para poder obtener el máximo de maniobrabilidad, ya que se requiere del máximo de motivación (Conceptos Centrales).

Pacientes difíciles. Existen dos clases de pacientes que resultan difíciles porque comprometen tanto la maniobrabilidad del terapeuta como el éxito del tratamiento:

- Los pacientes que inician un tratamiento por coacción a partir de la derivación (recomendación, obligación) de un juez, una maestra o la escuela, el patrón, quienes proponen la consulta que los pacientes deben “aceptar” para no perder algún derecho o privilegio, como puede ser mantener la visita a sus hijos, el banco en la escuela o no repetir el grado, mantener el puesto de trabajo, etc. A este tipo de consultante se lo llama *comprador fingido*, ya que acepta el tratamiento condicionado por la circunstancia.
- Los pacientes que tratan de imponer condiciones que resultan inaceptables para la terapia, a quienes se los llama *pacientes restrictivos* (Haley, 1980)

Consideremos qué se debería hacer con cada uno de ellos:

Con el "comprador fingido"

Estos pacientes llegan a la consulta básicamente “obligados o forzados” por otra persona o por las circunstancias. Frente a esto, el terapeuta puede utilizar determinadas tácticas que permitan que se inicie el tratamiento y que se logre un resultado final positivo:

- Puede negociar un nuevo contrato, brindándole al "comprador fingido" la oportunidad de trabajar sobre una dolencia diferente, que sea real, que sí está interesado en cambiar. Por ejemplo, un niño que es derivado por problemas de conducta en la escuela, pelea mucho con sus compañeros y dado que también lo hace con sus hermanos, el objetivo de la terapia se centra en este último problema. Así, la operación por analogía respecto del problema por el que fue derivado, posiblemente lo solucione.
- Trabajar con el afectado "real", la víctima, quien es probable que sea la persona que haga el esfuerzo más apreciable para solucionar el problema.
- Lograr que el "comprador fingido" se decida de verdad a aceptar la propuesta terapéutica, en función de una redefinición aceptada.

El paciente restrictivo

Estos pacientes suelen intentar establecer condiciones terapéuticas para ellos más aceptables, como:

- Pedirle al terapeuta que forme parte de una conspiración de silencio contra otro miembro de la familia.
- Pretender restringir la libertad del terapeuta de entrevistarse con otros miembros de la familia.
- Intimidar o amenazar al terapeuta.

Esto se debe, en general, a creencias rígidas acerca de la condición terapéutica. El terapeuta debe mantener la maniobrabilidad y, por lo tanto, no debe caer en explicaciones exhaustivas, ni en tratar de convencer al consultante en el

primero de los casos, porque seguramente el resultado será el mantenimiento de dichas creencias. Cuando el planteo se relaciona con algún secreto que se quiere mantener, es preferible no **escuchar nada** que luego no pueda usarse en el proceso terapéutico²²⁴.

Ya hicimos mención a la libertad que debe mantener el terapeuta de entrevistarse con quien considere conveniente. Las intimidaciones del consultante al terapeuta nos deben hacer recordar que **siempre el consultante necesita más al terapeuta que éste a aquel**. Si ello no fuera posible, se debe renunciar al caso en cuestión, atribuyéndose toda la incapacidad para conducir una situación como esta.

Motivación

Si la maniobrabilidad es un requisito que debe ser manejado y controlado por el terapeuta, un grado importante de motivación es la condición indispensable que debemos considerar de parte del consultante para el logro de su propio objetivo terapéutico.

La maniobrabilidad del terapeuta es **directamente proporcional** a la motivación del consultante. También debemos considerar que la motivación del consultante debe ser mayor que la del terapeuta, para que éste mantenga la mayor maniobrabilidad posible.

Hugo Hirsch dice: "Toda investigación actual en psicoterapia adjudica un papel protagónico al concepto de motivación, que se ha verificado que es el factor de mayor peso predictivo en cuanto al resultado del tratamiento, independientemente de la orientación de éste" y define *motivación* como "disposición a... Es decir, un estar dispuesto a realizar ciertas acciones tendientes a lograr algo que se busca o desea" (Hirsch y Rosarios, 1987).

A su vez, propone una distinción operativa y otra pragmática: *operativa* por ser útil en la labor cotidiana y *pragmática* porque debe referirse a los comportamientos concretos de los pacientes dentro y fuera de las sesiones. De este modo, la motivación "*es lo que permite que el terapeuta pueda registrar en cada instante las conductas del consultante y las propias para deducir de ellas lo que están dispuestos a hacer de allí en más*" (Hirsch y Rosarios, 1987).

²²⁴ Fernández Moya, J. (1998). Los secretos en la familia.

En un sentido más estricto, podemos reconocer la calidad y la cantidad de motivación por lo que los consultantes refieren cuando solicitan una consulta o un tratamiento, que es corroborado por sus conductas, considerando la propiedad de los sistemas que denominados “totalidad o coherencia”. Además, como marca que los distingue, Hirsch y Piedrabuena proponen una lista de posibles "motivaciones" de los pacientes, que por ejemplo incluyen el estar dispuestos a²²⁵:

- Lograr un alivio siempre que no haya que cambiar nada.
- Buscar un alivio a través de un cambio.
- Buscar un alivio a través de la comprensión de las razones inconscientes que los llevaron a perseverar en su conducta.
- Hacer algo para que otro cambie.
- Conocerse.
- Hacer algo para que se les diga si tienen algún problema (consulta o psicodiagnóstico).
- Tener un terapeuta como símbolo de status o para ser iguales que los demás, o contar con alguien incondicional.
- Aliviarse de su síntoma con medicación.

Podríamos agregar que la consulta puede realizarse con el objeto de “buscar una confirmación de la concepción del problema, para demostrar que se es poseedor de la verdad o se tiene la razón en el marco de un conflicto interpersonal”. Se trata de una situación frecuente cuando se plantea ante las diferencias entre los miembros de una pareja, o bien en el marco de la diferencias entre dos generaciones (padres e hijos, por ejemplo).

Debemos considerar que la **motivación** puede variar en los distintos momentos del tratamiento, ya que puede aumentar o disminuir la intensidad, variar la calidad, o tomar una dirección diferente.

La motivación debe ser considerada como un *concepto interaccional* porque las acciones del terapeuta pueden contribuir a aumentar o disminuir la disposición del consultante, razón por la cual la maniobrabilidad del terapeuta

²²⁵ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales.

también puede cambiar, aumentar o disminuir, como ya dijéramos, en forma inversa a la motivación del consultante.

Algunas señales de la motivación del consultante en la solicitud de la consulta²²⁶.

- Quién solicita el turno para la primera entrevista y a quién está destinada:
 - A sí mismo.
 - A otro adulto con el que se encuentra involucrado (generalmente el cónyuge).
 - A un hijo/a menor o adolescente.
 - A un anciano (generalmente el padre, la madre o los suegros)

No tiene el mismo significado que una persona que solicita un turno lo realice pensando en su propia consulta, o que llame por otro que bien lo puede hacer. Es fácil pensar que se trata de una persona que posee algún interés personal (de algún modo lo preocupa, ocupa, afecta).

- Facilidad o dificultad para adecuarse al horario de la consulta. La adaptación al horario indicado es un claro indicador del interés del consultante; de donde resulta que este dato pasa a ser una forma de testear la motivación.
- La urgencia o no para la concertación del turno: una solicitud sin apuro revela falta de motivación.

Cuando quien se comunica se aviene a la hora propuesta y el día indicado, da muestras de la predisposición a realizar la consulta, si bien es necesario contemplar situaciones particulares, como los problemas de horario que puedan tener las personas que trabajan en relación de dependencia o las que necesitan recorrer distancias significativas.

- El tipo de solicitud o demanda que hace, ya que no es lo mismo decir "quiero empezar mi análisis con usted", que decir "desearía hablar con usted, porque no sé que hacer con este chico".

²²⁶ Ibidem

Una vez formalizada la consulta, son otros los indicadores que nos permitirán darnos cuenta de la motivación del consultante²²⁷.

- Primeras verbalizaciones, que actúan como tarjeta de presentación y nos pueden dar una pauta de la calidad de la motivación, del para qué de la misma, que puede ser la modificación de la propia conducta o la de otro.
- Puntualidad con que se presenta a la consulta.
- Cómo se produce esta consulta, a saber, por una decisión propia o por una sugerencia u orden externa; por una situación reciente o por una sucesión de episodios, de los cuales el último es considerado el más grave.
- Tiempo existente entre la derivación y la consulta, ya que no es lo mismo que el consultante diga: “Hace varios años que debería haber consultado” o “Hace varios meses que tengo su nombre en mi agenda pero no me decidía a llamar” a que diga: “el doctor me dio su nombre e inmediatamente lo llamé para esta entrevista”.
- La presentación de la queja al llegar a la primera consulta: el paciente puede hacer un planteo minucioso e histórico del motivo que lo trae, o bien no hablar de lo que le pasa sino de lo que otros hacen o dejan de hacer y de cómo esto lo perjudica. Las variables pueden ser numerosas.
- Los intentos versus los no intentos de participar activamente en la solución del problema que motivó la consulta y en este sentido, tres son las posibilidades:
 - No hizo nada.
 - Hizo.
 - Intentó seriamente, sin éxito.
- La cantidad y calidad de información útil, que se mide por la sintonía fina que se evidencia en las preguntas y/o intervenciones del terapeuta.

La motivación puede hacer que la coincidencia que se da en el diálogo sea plena o tan escasa que pareciera que el terapeuta debe extraer las ideas con

²²⁷ Ibidem

algún método cruento, o bien que el terapeuta adivine las necesidades que trae el consultante porque, salvo una mínima información, el consultante no dice nada. Se debe distinguir a las personas bloqueadas y que momentáneamente no pueden dar información de las personas que no tienen motivación. No es lo mismo falta de interés o de motivación, que inhabilidad.

- Papel que parecen jugar los otros elementos significativos en relación con el problema, según la descripción del consultante.
- ¿Qué quiere lograr en la consulta o en la terapia? Esto da una idea de para qué está motivado el consultante.

Los consultantes vienen motivados por más de una cosa. El terapeuta DEBE reforzar algunas de estas disponibilidades en detrimento de otras. Debe aprovecharse de la existencia de estas alternativas y encontrar una pauta común, de forma tal que uno de los motivos refuerce el otro. De esta forma se hace posible el cambio, lo que lleva a aumentar la motivación del sistema terapéutico.

Señales o indicadores de la motivación del terapeuta

Si el motivo de consulta, la/s meta/s han sido correctas y el foco del proceso terapéutico se mantiene, la fluctuación de la motivación del terapeuta puede estar relacionada con:

- El marco teórico.
- La circunstancia personal.
- Las características del paciente o los consultantes, en particular²²⁸.

Marco teórico: "Toda teoría prescribe la clase de actividades que el terapeuta y el consultante deberían realizar en el curso de la terapia, así como el objetivo de la misma. La mayoría de los consultantes puede trabajar con terapeutas de diferentes orientaciones, siempre que éstos sean compatibles con su propia visión

²²⁸ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

de la naturaleza del problema y con lo que están dispuestos a hacer para solucionarlo”²²⁹.

En la medida en que se aproximen a los logros deseados, el consultante se va acercando cada vez más a la posición del terapeuta, adoptando la visión de éste respecto a lo que es más significativo. *Cuando consultante y terapeuta coinciden en la definición del problema, en la meta y en el o los procedimientos, la MOTIVACIÓN de ambos aumenta.*

Circunstancia personal: el momento del ciclo vital por el que transita el terapeuta (en lo personal y con su familia en el contexto amplio) lo predispone o determina en cuanto a su disponibilidad de tiempo en relación con lo que dedica y lo que se le reclama, las energías que requiere y de las que dispone frente a cada paciente. Por lo tanto, nunca debería generar una expectativa que no esté dispuesto a sostener, o le resulte imposible satisfacer.

Características de los pacientes en la experiencia de los terapeutas: Algunas características de los consultantes hacen que el terapeuta pueda tener menor o mayor predisposición para trabajar con ellos; de este modo, algunas de estas características lo motivarán y le facilitarán el trabajo, mientras que otras lo expondrán a que sus intervenciones parezcan tener poco criterio, resulten hostiles y/o sean valoradas como de rechazo.

Una reflexión: Cuando el terapeuta se percibe muy motivado, debe preguntarse hasta qué punto ésta es una respuesta apropiada a la motivación del paciente, o una señal de que está supliendo la falta de motivación de éste. Una cosa es estar motivado para trabajar y otra cosa es hacerlo por el paciente.

Fluctuación de la motivación

Existe una relación inversa entre los conceptos de motivación y resistencia, tanto en el consultante como en el terapeuta. La mejor forma de medirla es en su aproximación al motivo de consulta pactado. Si el foco fue bien elegido, las disminuciones de la motivación sólo pueden provenir de²³⁰:

²²⁹ Ibidem

²³⁰ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

- Cambios en la situación vital (circunstancias) del paciente.
- Motivación del terapeuta.
- Algo que el terapeuta hizo o dejó de hacer cuando debió haberlo hecho. (“Timing” apresurado en las redefiniciones, formulación de tareas no apropiadas, prescripciones apresuradas.)

Maniobras para aumentar la motivación

El terapeuta debe partir de una posición básica, fundamento de toda su actividad; demostrar interés por su paciente y comprensión por todo lo que le pasa y cuenta que le pasa, pero ninguna disposición a ir más allá de donde éste explicita que quiere ir.

*Algunas maneras de mostrar interés y comprensión que pueden ser tituladas como maniobras de "lo entiendo"*²³¹ son:

- Escuchar un rato con expresión atenta y comenzar una intervención sintetizando lo que el paciente dijo para, a partir de allí, decir lo que el terapeuta ha pensado.
- A la inversa, interrumpirlo porque está ansioso y disperso y ayudarlo a enfocar el tema que lo preocupa.
- Comentar lo difícil que tal o cual situación o resolución debe haber sido para él.

Algunas formas de expresar la disposición a “*no remar por el paciente*”²³² son:

- Pesimismo, como forma de hacer palanca para el cambio.
- Interrogar de manera tal que el paciente llegue a percibir las consecuencias de un no cambio, sin darse cuenta de que es el terapeuta quien lo lleva a ello. No se trata de decirle "si usted sigue haciendo esto le va a pasar tal o cual cosa", sino de ir preguntándole qué cree él que pasaría.

²³¹ Ibidem

²³² Ibidem

- Terminar la sesión en un momento clave, creando la típica atmósfera de la tarea interesante inconclusa.
- Espaciar las sesiones. Generalmente, cuanto más difícil es obtener una sesión, más se la aprovecha, siempre y cuando no se piense que es por mala voluntad del terapeuta.

Es necesario recordar, sobre todo, que el interés del paciente aumenta o disminuye debido a lo que el terapeuta le puede decir durante la entrevista. El resultado después del primer contacto es de vital importancia y se relaciona de manera directa con la sensación de haber sido entendido y aceptado. Esta sensación del paciente depende no sólo de lo que le dicen, sino también de lo gestual. En muchas oportunidades, adelantarse en la silla o expresar asombro o interés con el rostro, aumenta la motivación del consultante. Algo que el terapeuta puede hacer para incrementar su propia motivación es considerar que aquellas conductas del paciente que en principio juzgaría como “resistentes”, son en verdad indicaciones para corregir su propio accionar. Si el consultante no sigue una indicación o no confirma de algún modo una interpretación, está indicando lo que no le sirve, y por ende, lo que sí le serviría.

El marco del tratamiento

Llamamos así a las todas las variables que deben ser consideradas por quienes proponen y llevan a cabo un tratamiento psicoterapéutico, que están condicionadas por muchas circunstancias, por ejemplo: el lugar en el que se realiza la práctica (consultorio, sala de internación, etc.), el acuerdo explícito o no de quien se debe someter a dicho tratamiento, el momento en que se lleva a cabo (entrevista pactada con anticipación, o como resultante de una crisis, una urgencia), etc.

Generalmente con muy escasas excepciones, antes de una primera consulta, existe un contacto personal o telefónico en el cual el consultante se comunica con el terapeuta o con la secretaria, para concretar esa consulta inicial (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Dado que “no es posible no comunicar”²³³, este primer contacto (telefónico o no) resulta trascendente, ya que es la primera interacción entre el terapeuta (quien lo representa) y el consultante.

Lo más frecuente es que alguien solicite un turno de manera telefónica. Dado que el terapeuta no recibe generalmente las llamadas y por lo tanto, no da información, quienes la reciben (familiares o personal del terapeuta) deben tener un criterio acorde para evitar desacuerdos hasta contar con personal entrenado. Lo más conveniente es comunicarse personal y telefónicamente con quien realizó la consulta, para lo cual, quien recibe la llamada, consigna nombre, apellido, número de teléfono y horario en que es conveniente llamar. De esa manera el terapeuta se comunica, logrando tener su primera visión y de "primera mano".

Algunas consideraciones especiales son:

Cuando alguien llama por otra persona: ya hicimos referencia a la importancia que tiene incluir a quien solicita la consulta, hacerlo partícipe activo del subsistema de impacto, ya que seguramente se trata de un miembro motivado para el cambio, y probablemente, se encuentra muy afectado por las conductas del paciente identificado, que es para quien solicita la consulta.

Cuando un paciente trae información: del derivante y/o de un terapeuta anterior, o bien sugiere que es bueno que nos contactemos con el derivante a quien ya le dio la información.

Lo correcto para evitar caer en la visión de mundo, en la lectura de las conductas que ya hiciera otro y no resultó, es pedir toda la información al/los paciente/s declarando que lo mejor es trabajar con información de primera mano, y que para darla, nada ni nadie es mejor que los consultantes y reconociendo, asimismo, que es difícil volver a hablar de ello.

La terapia no se hace con consultas telefónicas: el terapeuta debe dejar bien en claro que las sesiones de tratamiento son independientes de la vida que tiene lugar fuera de la sala de consulta, que la terapia es una reunión útil para lograr la solución de un problema, y que se trata de un proceso activo, tanto para el paciente como para el terapeuta, y no un simple "sobrevolar" o "aproximarse".

²³³ Watzlawick, Beavin y Jackson: Primer Axioma de la Comunicación.

Es muy frecuente que en el período entre dos sesiones, los pacientes, o un familiar, madre, padre, cónyuge, se comuniquen por teléfono preocupado por alguna situación o circunstancia; o que, como profesionales que asistimos al sistema, recibamos una llamada telefónica en la que se nos comunica un acontecimiento no previsto. No debemos desatender la demanda, pero si no es posible adelantar la entrevista se deberá ser claro, preciso y “todo” lo conversado deberá ser volcado al proceso terapéutico, para que no queden secretos o posibles alianzas que conspiran contra el proceso y sus resultados.

Muchos pacientes son especialistas en sacarnos información en momentos en que no tenemos la posibilidad de centrarnos en la situación planteada, y luego puede resultar una contradicción de alguna apreciación ya formulada. De allí que toda comunicación debe ser retomada en la sesión siguiente.

El terapeuta siempre define el marco de la terapia. No necesariamente significa que lo más indicado sean sesiones de terapia familiar conjunta, sino que se debe trabajar con el circuito interaccional que le dé al terapeuta una mayor capacidad de maniobra para conducir el tratamiento. El terapeuta elegirá trabajar considerando el subsistema de impacto en primer lugar y de ser posible, citará a toda la familia conviviente, como una forma de lograr la mayor información necesaria y definir con precisión el circuito interaccional mínimo que sostiene el problema.

Los pedidos de tratamientos específicos: aún en el caso de que el terapeuta utilice diversas modalidades terapéuticas, debe configurar el tratamiento dentro de un marco en el que desde el principio, conserve su capacidad de maniobra para ejercer su mejor criterio a lo largo del tratamiento.

Los problemas al concertar la entrevista: la oportunidad y el ritmo del tratamiento es una prerrogativa que el terapeuta no debe cederle al paciente. En este sentido, los aspectos derivados del pago de honorarios, por ejemplo, deben ser considerados: que alguien no pueda abonar las consultas porque su presupuesto no se lo permite, no debe ser considerado como resistencia al tratamiento. Asimismo, se puede ajustar la periodicidad de las sesiones (considerando la necesidad del tratamiento, la intensidad que requiere y la posibilidad de una derivación adecuada).

Las peticiones de información: en algunas ocasiones, las peticiones de información pueden ser satisfechas sucintamente cuando van acompañadas de una búsqueda de ayuda sincera. En otras, sin embargo, son planteadas como obstáculo y hay que manejarlas como tales. Poder diferenciar entre ambas requiere de buena fe y

de claridad de parte nuestra. A veces alcanza con ser claro, preciso y desprenderse de la posibilidad de que nuestro interlocutor coincida. Alcanza con que esté de acuerdo, no con que coincida plenamente.

¿En qué postura se coloca la persona que consulta?

Una consulta puede ser solicitada por una persona para sí misma o bien para otra persona de su familia o proximidad. Es de esperar que sean los padres los que solicitan la consulta cuando la indicación está orientada a resolver el problema de un niño o un adolescente. Resulta también deseable que sean unos adultos (los hijos, sobrinos) cuando el problema es de una persona anciana.

Es fácilmente de ejemplificar: recordemos todas aquellas situaciones en las cuales existen padres preocupados por sus hijos porque tienen problemas en su rendimiento escolar y en que éstos no están afligidos en la misma medida que sus padres. Padres y maestros ven y reconocen el problema que posiblemente los hijos/alumnos no asumen y por ello sugerirán o recomendarán una consulta, un tratamiento. Y aunque hijos y alumnos no reconocen la validez de una consulta, asisten, a veces, de mala gana.

Una variable importante ya considerada es el grado de **motivación**²³⁴, de **necesidad**²³⁵ y/o de **desesperación**²³⁶ que la/s persona/s tienen cuando vienen a pedir ayuda para resolver el problema que los aflige, que nos habla del periodo que se otorga para obtener un resultado. No es lo mismo, por ejemplo, que el paciente pida ayuda en el mes de diciembre para poder rendir bien un examen en el mes de marzo, que el hecho de concurrir en la misma semana de la mesa de examen, o solicitar ayuda después de haber desaprobado tres veces y estar ahora en juego la condición de alumno regular.

Debemos distinguir que las consultas pueden ser iniciadas en dos tipos de situaciones, definidas por la “postura” en que se coloca la persona que consulta. Para la definición de este término, coincidimos con lo planteado por Hirsch y Rosarios

²³⁴ Motivación ha sido un tema tratado en este mismo capítulo. La motivación supone pensar en el futuro, lo que se debe realizar para que el futuro resulte tal como lo pretendemos.

²³⁵ El término “necesidad” nos ha pensar en tiempo presente, en los requerimientos son para ahora.

²³⁶ Desesperación es lo que siente una persona cuando los plazos se encuentran vencidos, cuando las cosas deberían haber estado resueltas ayer, la semana pasada.

(1987) y por Fish, Weakland y Segal (1984), en el sentido de que es una forma sucinta de indicar un valor con el cual el cliente se halla comprometido y que se ha manifestado abiertamente, del mismo modo que las figuras públicas "declaran su postura".

En efecto, el término *postura* nos remite a las *creencias* y *valores* que posee el paciente, en tanto que refleja cómo piensa y cómo actúa quien solicita una consulta. El hecho de saber cuál es la postura del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que él la acepte. Es una ventaja para el terapeuta aprender *el lenguaje del consultante*.

Milton Erickson habla del concepto de "*utilización*", y con éste hace referencia a que todos los consultantes y todos los pacientes *traen "algo" a la consulta*. Eso que traen puede y debe ser *utilizado* en el proceso terapéutico. Los pacientes *traen* un modo de vestir, de caminar, de hacer sus planteos; siempre traen algo, y somos los terapeutas quienes debemos registrar estos aportes y emplearlos en beneficio de quienes nos consultan.

Estos conceptos serán tratados a continuación, cuando hablemos del conocimiento que necesitamos tener acerca de quien o quienes nos consultan.

La evaluación de la postura del paciente

El terapeuta ha de estar atento a la postura del paciente en relación con su dolencia y en relación con el tratamiento y/o el terapeuta. Nosotros ponemos de relieve la importancia de escuchar la exacta formulación de las frases de los pacientes (Fish, Weakland y Segal, 1984)

Las posturas que afectan significativamente el tratamiento psicoterapéutico pertenecen a una gama bastante reducida de alternativas:

"Las personas se definen a sí mismas como pacientes, o bien definen a otra, normalmente un miembro de la familia como paciente"²³⁷, la que tiene problemas, necesita ayuda. En el primero de los casos, estamos ante una persona que se reconoce como el *Paciente Identificado*. En el segundo caso, se trata de una persona que cuida y protege a quien define como "con problemas", o se puede sentir víctima de la persona por quien consulta.

²³⁷ Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

Nosotros debemos reconocer que ambas personas necesitan un cambio, pero una se define y define su situación como de “propio problema y por ende necesita encontrar propias soluciones” y el otro “tiene problemas que le causa o genera otro y busca soluciones para esa otra persona”. A éste lo llamamos *consultante*, y siempre debe pertenecer al *Subsistema de Impacto*.

“Los pacientes suelen asumir una de estas tres posturas: se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta; a la inversa, toman a su cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva; o bien buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíprocas entre ellos y el terapeuta”²³⁸.

Llamamos **Paciente Identificado** a la persona portadora de los síntomas (angustia, depresión, trastornos de conducta, irresponsabilidad con sus compromisos, etc.). Esta persona puede o no reconocer que se siente mal y puede, por lo tanto, tener deseos de consultar para resolver su problema; o bien no se preocupa y mucho menos se ocupa de los mismos. Puede tener o no, a su vez, la motivación para encarar su problema.

Recibe el nombre de **Consultante** aquella persona que llama preocupada y ocupada en resolver el problema propio o de otro (por eso hace la llamada) y tiene un alto grado de motivación para la resolución del problema.

La utilización de la postura del paciente permite²³⁹:

Evitar resistencias: para evitar que se cree una innecesaria resistencia en el paciente, el terapeuta debe aceptar sus afirmaciones, reconocer los valores que posea y evitar los comentarios provocativos o desprovistos de credibilidad.

Estimular la colaboración del paciente²⁴⁰: las directrices, consideradas en sí mismas, son bastante sencillas:

- Cuál es la principal postura del cliente (actitud, opinión, motivación) con respecto al problema.

²³⁸ Ibidem

²³⁹ Ibidem

²⁴⁰ Ibidem

- Cómo conseguir del mejor modo posible, dejar reducida dicha postura a su valor mínimo o impulso esencial: la *queja* con la que se inicia toda consulta.
- Puesto que ya se clarifica lo que el cliente quiere para solucionar su problema: ¿Cómo formularlo de un modo coherente con dicha postura?

Lo que es importante conocer de quien consulta y de su contexto significativo

Nos referimos a las características generales y particulares del/los consultante/s sobre los cuales basaremos nuestra tarea. No se trata de un diagnóstico clínico psicológico o psiquiátrico²⁴¹, que además deberá ser oportunamente realizado, sino que creemos que es bueno pensar en términos de dificultad, soluciones intentadas y el mecanismo de formación del problema, y realizar una descripción de varios aspectos que plantearemos a continuación:

Teresa Robles (1991) refiere algunas cuestiones verdaderamente interesantes, planteadas por el Presidente de la Fundación Ericksoniana de Phoenix. En efecto, Zeigg²⁴² sostiene que es muy importante conocer acerca del **estilo de atención del consultante**:

- Puede predominar un *estilo externo*, de acuerdo con el cual la persona es como un gato que siempre está atento a lo que sucede a su alrededor, como un radar que registra el medio ambiente. O bien, puede predominar un *estilo interno*, según el cual la persona se parece a una tortuga, ya que metida dentro de su caparazón está pendiente de sus fantasías, sueños, sentimientos y cree mucho más en lo que piensa que en lo que ve, de modo que podemos decir que ve sólo aquello que piensa.
- Ya sea el estilo de atención externo o interno, en las personas podemos reconocer que la atención puede ser *focalizada* cuando la misma está dirigida muy intensamente a una “cosa”, un objeto por vez, como un rayo láser. En el extremo opuesto, el estilo de atención puede ser *difuso*, y es así

²⁴¹ Nos dice lo que esa persona es, pero no nos indica qué hacer con ese diagnóstico, y por lo tanto muchas veces resulta sólo un molesto rótulo.

²⁴² Robles, T. (1991). Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey Zeigg.

cuando tiene la capacidad de ampliar el foco considerando el contexto, de tomar información de aquí y de allá, de antes y de ahora, interna o externamente, dado que todo le sirve, aunque sea un poco de cada lado.

- También en relación con el estilo de atención de nuestro consultante debemos reconocer cómo hace el registro de todo aquello que capta, ya que puede tener una modalidad *metafórica*, o bien puede tratarse de una persona que incorpora la información de forma *literal*. La consideración de este aspecto nos permitirá co-construir con el consultante de un modo más eficaz, ya que hablaremos de un modo con el cual el consultante se sentirá más cómodo.
- El estilo de atención tiene, obviamente, vías de ingreso de la información. Estas son diferentes según las distintas personas. Somos, en general, *visuales, auditivos, táctiles*, pero uno de estos sentidos es *el que más frecuentemente empleamos para obtener la información*. Como terapeutas, debemos conocer cuál es el sentido más apto, el que más emplea el consultante y/o el paciente.
- Si consideramos el **proceso de elaboración** por el cual quien nos consulta elabora la información que le llega, podemos tener dos categorías: *lineal* o *en mosaico*.

Una persona procesa la información de manera *lineal* cuando lo hace en forma secuencial, ordenada. Por el contrario, una persona elabora *en mosaico* cuando procesa la información aún cuando provenga de diferentes fuentes, aunque tenga diferentes orígenes, y lo hace sin orden: la procesa como le llega.

La elaboración es un proceso más consciente, mientras que la percepción es más inconsciente. La elaboración se produce una vez que se produjo la percepción.

- En otro orden de análisis, dejando las características de la atención, es también importante conocer **el lugar** que la persona ocupa en su familia de origen, por ejemplo si creció y se socializó como **hijo único** o si este proceso lo realizó como el **hijo mayor**, el **hijo menor** o el **hijo del medio**. También es importante conocer el número de hermanos, dado

que la capacidad de competir y rivalizar tiene mucha relación con estos datos, al igual que la tolerancia a la frustración.

- Puede resultar muy útil, asimismo, conocer si la persona nació y/o creció en un ambiente **rural o urbano**, ya que las costumbres y los hábitos son diferentes. Es decir, se trata de subculturas distintas, y por lo tanto los modelos de aprendizaje y los procesos que se llevan a cabo lo son también. En efecto, en la ciudad la interacción entre las personas es más significativa y relevante que la interacción que el hombre rural mantiene con la naturaleza. No es lo mismo comprar provisiones para una temporada y administrarlas, que tener cerca de la casa un mercado, un negocio en el cual se puede adquirir lo que se necesita en cualquier momento del día y en cualquier día de la semana.

Milton Erickson se interesaba por conocer si las personas oscilan en el marco de estas posibles polaridades:

- **Intrapunitivo o extrapunitivo:** Conocemos como *intrapunitiva* a aquella persona que asume como propias todas las responsabilidades de una situación o un problema cualquiera, a quien siempre dice “*es mi culpa*” cuando algo sale mal. Por el contrario, es *extrapunitiva*, cuando no asume ninguna responsabilidad sobre los acontecimientos, debido a la seguridad que tiene de que es otro el responsable que ocasiona y/o mantiene, el o los problemas. *Siempre la culpa es de otro.*
- **Receptor / Absorbedor o Emisor / Dador:** Conocemos como *Absorbedor o Receptor* a aquella persona que vive de lo que otro produce, de lo que otro genera. Metafóricamente es como la luna: se trata de personas dependientes. Por oposición, es *Emisor o Dador* aquel que en forma permanente se encarga de generar energía, buenas ondas, trabajo, ideas, proyectos. Si le aplicáramos un término metafórico para definirlo, podríamos decir que es como el sol.
- **Buscador / Explorador o Retractor / evitador:** Ante las más diversas situaciones que se dan en el cotidiano vivir, el *buscador / explorador* anda tras la solución, no descansa hasta no encontrar una alternativa razonable a su problema. Si lo pensamos en términos espaciales se acerca, está en contacto, busca, fabrica, crea. En cambio, la persona que posee la característica de ser *retractor / evitador* es alguien que espera,

que evita la posibilidad de enfrentar un problema, espacialmente se mantiene distante o se aleja.

Un viejo refrán dice: **el débil espera, el fuerte provoca**. Pero se trata de un refrán: muchas veces saber esperar es signo de auténtica fortaleza.

- También podemos describir dos tipos de formas de interactuar, ya que se puede preferir hacerlo desde una posición de **uno arriba** o de **uno abajo**, es decir desde una posición de *complementariedad superior* o desde una posición de *complementariedad inferior* en una o en todas las relaciones. Quien se coloca arriba intenta siempre controlar y definir la relación con la otra persona. Quien se mantiene abajo, acepta la propuesta. La excepción está dada cuando desde “uno abajo” y ayudado por un síntoma, un paciente cree que el síntoma le da la *alternativa ilusoria de funcionar como si estuviera uno arriba*.
- Todas las personas funcionan privilegiando algunos de sus sentidos, con el cual se reconoce más perceptivo, dado que capta la información a través de su sentido **visual, auditivo y/o táctil**. Zeig dice que se debe llevar un registro de cuál de todas estas cualidades o características es la que está **más favorablemente desbalanceada**. La que más se destaca es aquella a la que nos debemos dirigir con nuestras propuestas.
- Es importante conocer cuál es la **estructura de la familia** del consultante (Mc. Goldrick y Gerson, 1987). Para ello, debemos conocer las características del hogar en el que vive e interactúa el Subsistema de Impacto, ya que es en ese subsistema en el cual deberemos reconocer el *círculo mantenedor del síntoma*. Es también con el mismo que deberemos co-construir las *metas* y por ende, será el contexto que servirá de telón de fondo o de escenografía en el cual se ha definido el *problema*, se planean las *metas* y se construyen las *soluciones*.

Una persona que consulta puede pertenecer a un sistema familiar que tenga algunas de las siguientes configuraciones, pero debemos considerar que cada vez es más frecuente reconocer algunas nuevas formas de organizaciones familiares:

- Familia nuclear intacta.

- Familia con un solo progenitor (uniparental) por origen o como consecuencia de diferentes razones o causas.
- Familia de segundas nupcias o familia ensamblada o reconstituida²⁴³.
- Familia formada por tres generaciones²⁴⁴.
- Dentro de la familia, que acabamos de describir como el escenario en el que suceden y transcurren las cosas de la vida, debemos considerar como muy importante la **constelación fraterna**, el mini escenario y los protagonistas de la socialización de cualquier niño. Deberíamos informarnos acerca de:
 - Cuál es el orden de nacimiento.
 - Cuál es el género de los hermanos.
 - Cuáles son las diferencias de edad entre los hermanos.
 - Cuál fue el momento del nacimiento de cada hermano en la historia familiar.
 - Las características del "niño".
 - Cuál es el "programa" que la familia tiene para él.
 - Cuáles fueron las actitudes e inclinaciones parentales sobre las diferencias sexuales.
 - Coincidencia o no de la posición fraterna del niño con respecto a la del padre.
- En nuestro trabajo hicimos referencia a las nuevas organizaciones familiares, por lo tanto será importante reconocer la existencia de una

²⁴³ Para ampliar este tema, se pueden consultar la Tesis de Graduación de Ruth Goldfarb, de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua (Junio de 1996), titulada Familias con padrastro y/o madrastra, y la Tesis de Graduación de Gabriela de los Santos y Natalia Salerno, de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (Mayo de 1999), titulada Familias ensambladas. Las características de la nueva familia, según la edad de los miembros que la componen.

²⁴⁴ Para ampliar este tema, ver la Tesis de Mariela Ratuchny, de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua (Junio de 1999), titulada Contexto trigeracional y trastornos de conducta en niños en edad escolar.

configuración familiar inusual, dada por la repetición de ciertas pautas que sólo le pertenecen a esta familia, o que en ella se presentan de un modo peculiar; por ejemplo, cuando se producen muchos casamientos entre miembros de la familia, o bien cuando hay divorcios frecuentes en la misma.

Momento de la consulta y etapa de cambio

Cuando se realiza la consulta, quienes asisten a la misma pueden encontrarse en diferentes momentos personales respecto de la necesidad de cambiar.

James O. Prochaska, John C. Norcross y Carlo C. Diclemente realizaron una investigación que ha quedado registrada en su libro *Changing for good (Cambiando para bien)*, en el que refieren:

Si piensan acerca de un problema que hayan resuelto, hay posibilidades de que reconozcan de inmediato que su resolución no ocurrió de una sola vez, sino que la solución tomó algún tiempo y cambió a lo largo del tiempo. Quizá al principio ignoraban el problema; luego han considerado la posibilidad de resolverlo; después, pueden haber hecho planes definitivos para cambiar. Entonces, una vez que han aumentado sus fuerzas (mentales, psíquicas y sociales) actuaron y comenzaron a luchar con el problema. Si tuvieron éxito trabajaron para mantener este nuevo estado. Si fallaron, probablemente se hayan rendido por un tiempo, para volver luego a la batalla.

Cada una de estas experiencias es una etapa predecible y bien definida; tiene lugar en un período de tiempo y conlleva una serie de ítems que necesitan ser completados antes de progresar a la próxima etapa. Cada etapa no necesariamente lleva a la siguiente, es posible quedar atascado en una etapa u otra. De cualquier manera, entendiendo estas etapas y los procesos más útiles en cada una, pueden ganar control sobre el ciclo de cambio y moverse a través de él más rápida y eficientemente y con menor dolor.

Hay seis etapas de cambio bien definidas:

- Precontemplación

- Contemplación
- Preparación
- Acción
- Mantenimiento
- Terminación

Si este libro los ayuda a progresar, aunque sea una etapa a través del ciclo, aumentarán sustancialmente las posibilidades de que actúen efectivamente sobre su problema. Una clave para el cambio exitoso es saber en qué etapa nos encontramos del problema. Nuestra investigación ha mostrado consistentemente que la gente que trata de lograr un cambio, no está lista para reponerse luego de una falla. Similarmente, si se pasa demasiado tiempo en temas que ya han conseguido dominar (como entender el problema), pueden relegar la acción indefinidamente. Acomodar los desafíos a la etapa de cambio los ayudará a maximizar los esfuerzos dirigidos a resolver el problema.

Aunque casi todos los cambios comienzan en precontemplación, sólo los más exitosos finalizan en la terminación. Pero no se puede saltar etapas. Las personas más exitosas que han cambiado por sí mismas, siguen la misma ruta para cada problema. Ustedes pueden estar en diferentes etapas de cambio en diferentes problemas; y este libro puede ayudarlos a trabajar con los problemas independientemente de la etapa en la que se encuentran.

Precontemplación: el escritor G. K. Chesterton debe haber estado describiendo a los precontempladores cuando dijo: “No es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema”. La gente en esta etapa normalmente no tiene intención de cambiar su conducta y es típico que nieguen la existencia del problema. Aunque sus familiares, amigos, vecinos, doctores o compañeros de trabajo pueden ver el problema claramente, el típico precontemplador no puede. Muchos precontempladores no quieren cambiarse a sí mismos, sino a la gente que los rodea. Difícilmente aparecen en terapia, y si lo hacen, se debe a la presión de otras personas.

En síntesis, un precontemplador, resiste el cambio. Cuando su problema aparece en una conversación, cambian el tema; cuando un artículo del diario revela nueva información acerca del tema, dan vuelta la página. Evitan todo tipo de datos acerca de su problema (incluido el nombre) e intentan permanecer ignorantes a cualquier costo. La negación es característica, al igual que depositar la responsabilidad por sus problemas en factores como “la genética”, “un vicio”, “es la familia”, “es la sociedad” o “es el destino”. Todos ellos están fuera de su control. Esto provoca que a menudo se encuentren desmoralizados. No quieren pensar, hablar o leer acerca de su problema porque sienten que su situación no tiene esperanza.

Contemplación: “Quiero dejar de sentirme así”. Esas simples palabras son típicas de los contempladores. En esta etapa, la gente reconoce que tiene un problema y comienza a pensar seriamente acerca de cómo resolverlo. Los contempladores se esfuerzan para entender su problema, ver sus causas, y pensar en sus posibles soluciones. Muchos contempladores tienen planes indefinidos que pretenden llevar a la acción en algún momento de los próximos seis meses. De cualquier manera, un contemplador puede estar muy lejos de realmente realizar un compromiso que lo lleve a la acción. Esto es la esencia de la contemplación: saber el destino final, y a lo mejor hasta cómo llegar, pero no estar listo para empezar todavía. Mucha gente queda atorada en esta etapa por un largo tiempo.

No es inusual que aquellas personas que han logrado cambios por sí mismas (sin ayuda terapéutica) pasen años diciéndose que algún día van a cambiar. El miedo a fracasar puede mantenerlos estancados buscando un mejor entendimiento de su problema, o una solución más adecuada.

También en psicoterapia la gente puede quedar estancada. Recientemente la tapa del *New York Magazine* mostraba un paciente detrás de unos barrotes gritando: “Socorro, soy cautivo de una terapia interminable”. Encuentren a un terapeuta a quien le guste la contemplación y júntenlo con un paciente contemplador, y la terapia puede continuar para siempre.

A los que eternamente sustituyen la acción por el pensamiento se los puede llamar “contempladores crónicos”. Cuando los contempladores

comienzan la transición a la etapa de preparación, su pensamiento está claramente marcado por dos cambios. Primero, comienzan a focalizar en la solución, más que en el problema. Luego, comienzan a pensar más acerca del futuro que del pasado. El final de la etapa de contemplación es un momento de anticipación, actividad, ansiedad y excitación.

Preparación: La mayoría de la gente en esta etapa está planeando actuar en los próximos treinta días y están haciendo los ajustes finales antes de empezar a cambiar su conducta. Un importante paso ahora es hacer pública la intención de cambio, anunciándola. Pero aunque aquellos que se encuentran en esta etapa están comprometidos para actuar y pueden parecer listos para la acción, no necesariamente han resuelto su ambivalencia. Pueden todavía necesitar convencerse a sí mismos de que cambiar es lo mejor para ellos.

Esta resolución de último minuto es apropiada y necesaria. Las personas en preparación, de cualquier modo, pueden haber hecho ya algunos pequeños cambios.

Acción: La etapa de acción, es aquella en la cual la mayoría modifica significativamente la conducta y sus atribuciones. En síntesis, realizan el movimiento para el cual se habían estado preparando.

La acción es obviamente un periodo de gran ocupación, que requiere el mayor compromiso de tiempo y de energía. Los cambios durante esta etapa son más visibles que los de otras etapas y, en consecuencia, reciben mayor reconocimiento del contexto. El peligro es que mucha gente, incluidos los psicoterapeutas, confunden acción con cambio, subestimando no solo el trabajo fundamental de preparar a la gente para una acción eficaz, sino que desestiman también los esfuerzos que implica el mantener los cambios luego de la acción. El resultado devastador es que el aliento y el refuerzo es escaso para aquellos que se encuentran antes y después de la etapa de acción. Es decir, el apoyo a la persona disminuye cuando más lo necesita, durante las etapas de precontemplación y contemplación y durante la etapa crucial de mantenimiento.

Los profesionales que no diferencian entre cambio y acción, diseñan tremendos programas de cambio orientados a la acción y se sienten amargamente desilusionados cuando las modificaciones son minúsculas, o

cuando un largo número de participantes abandonan el programa al poco tiempo. Por esto es importante recordar que la etapa de acción no es el único momento en el cual se progresa para tener éxito con un problema. Por el contrario, cualquier movimiento de una etapa a la siguiente, representa un considerable progreso.

Mantenimiento: Existen grandes desafíos en cada etapa, y ésta no es la excepción. En la etapa de mantenimiento se debe trabajar para consolidar los logros conseguidos en las fases anteriores y esforzarse por prevenir recaídas. Aunque la terapia tradicional vea al mantenimiento como una etapa estática, en realidad es una continuación críticamente importante que puede durar de seis meses hasta toda la vida.

Terminación: Esta es la última meta para lograr el cambio. Ahora, el problema ya no presenta ninguna tentación o amenaza y se tendrá la seguridad de que la conducta no volverá a aparecer. Existe un vivo debate acerca de la terminación. Algunos expertos creen que ciertos problemas no pueden ser terminados, sino que sólo se mantienen a raya por medio de un trabajo de mantenimiento que durará toda la vida.

¿Cuál es el estilo atribucional del / los consultante/s?

En 1998, nos visitó Michael D. Yapko, un destacado psicólogo de la ciudad de San Diego, California, otro terapeuta que ha recibido la influencia de Milton Erickson. En su libro sobre el tratamiento de la depresión, titulado *Rompiendo los patrones de la depresión*, hace referencia a la importancia que tiene poder conocer cuál es el estilo “atribucional” del paciente y de los consultantes. Nosotros creemos necesario hacerlo extensivo al subsistema de impacto y proponemos considerar algunos aspectos de aquello que plantea.

Se entiende por *estilo atribucional a los patrones habitualmente empleados que poseen las personas para describir y explicar los acontecimientos cotidianos, propios o de terceros*.

Este modo, estas atribuciones realizadas por nuestros interlocutores que percibiremos a través y a partir del lenguaje, estarán relacionadas con los planteos que pacientes y/o consultantes hacen acerca del origen de las dificultades, de las soluciones intentadas y, en definitiva, de los problemas.

Es posible y necesario hacer una analogía con lo planteado por el Tercer Axioma de la Teoría de la Comunicación Humana²⁴⁵, que se refiere a la *puntuación de las secuencias*.

El origen o la puntuación de la secuencia se perciben cada vez que leemos o escuchamos el relato que realiza una persona, una pareja o una familia para relatarnos acerca de algo de su interés. Por la descripción realizada y/o por las formas en que cada una de las personas construye su narrativa, podremos entender cuál es el inicio de la secuencia para cada una de ellas. Este inicio puede ser que los temas se planteen desde la propia persona, o bien desde los otros sujetos. Por lo tanto, las personas pueden ser *internas* o *externas*.

Es *interna* aquella persona que describe en primera persona; la que dice: “*Soy yo, es mi culpa*”. Es *externa* aquella persona que le adjudica a otros la responsabilidad de los acontecimientos; la que expresa: “*Son ellos, es su culpa*”.

A su vez, reconocemos como estables a las personas que pueden describir o relatar haciendo *atribuciones acerca de la estabilidad o permanencia de los acontecimientos*; mientras que reconocemos como inestables a quienes les otorgan una temporalidad. Así, una persona es *estable* cuando en su relato hace aseveraciones como: “*Siempre será de esta manera*”. Por el contrario, se trata de una persona *inestable*, cuando las expresiones que emplea son del tipo: “*Esto puede cambiar en cualquier momento*”.

Las descripciones y/o relatos pueden estar formulados en forma de atribuciones **globales** o **específicas**. Así, fácilmente reconocemos que estamos ante una persona con tendencia a globalizar, a generalizar, cuando dice: “*Esto afecta todas mis cosas*”. Para esta clase de personas, *es lo mismo uno que todos, o uno que ninguno*, según esté en su ánimo incluir o excluir responsabilidades, por ejemplo.

Por el contrario, cuando nos encontramos con una persona que tiene un alto grado de *especificidad*, registramos que sus verbalizaciones limitan las cosas a sólo algunas y que difícilmente incluye muchas variables. Sus verbalizaciones son del tipo: “*A mí, sólo me afecta esto*”.

²⁴⁵ “La naturaleza de la relación depende de la puntuación de secuencias de hechos” Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1981). Teoría de la Comunicación Humana.

Es importante relacionar estas descripciones de Michael Yapko con los planteos de Jeffrey Zeig, ya que ambos reconocen una misma fuente de inspiración y formación, que es la influencia de Milton Erickson.

¿Cuál es el sistema que se elige para trabajar?

Cuando se produce una consulta, el terapeuta debe seleccionar, quién o quiénes son las personas que debe incluir en el subsistema de impacto, para que su trabajo sea eficiente y eficaz. En muchas instituciones, esta selección la realiza un miembro del personal administrativo, una telefonista, por ejemplo, que no conoce y no tendría por qué hacerlo, las razones por las cuales es más conveniente citar a un paciente que a una familia o a la familia en lugar de un paciente solo.

Si quien se comunica por teléfono refiere que se trata de una problema de pareja, ¿quiénes deben ser las personas que deberían concurrir?

Hugo Hirsch plantea: “El **sistema** es lo que el observador-operador denomina como tal. Por lo tanto, es la unidad de abordaje conceptual y pragmática más adecuada. Está constituido por los miembros con los que el terapeuta puede operar en su máximo nivel de eficiencia. No se trata de la importancia de un miembro de la familia tanto como del modo en que el terapeuta pueda ver facilitada o entorpecida su intervención según incluya o no a esa persona”²⁴⁶.

El Terapeuta o Equipo Terapéutico considerarán cuáles son las características (esquema conceptual) que más se aproximan a lo que representa su definición de subsistema de impacto para cada caso en particular. Para ello elige:

- El número de personas que intervendrá en el encuentro terapéutico y quiénes harán que el encuentro terapéutico sea productivo.
- El aspecto de las relaciones sobre las que decidirá operar, el para qué se destaca sobre el por qué. No resulta más importante, pero nos orienta hacia los resultados; es una manera ética de dirigir nuestra conducta.
- *El cómo lo va a llevar a cabo.* Para ello irá chequeando sistemáticamente el "sistema" en el que el síntoma interactúa.

²⁴⁶ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

¿Para qué todas estas elecciones, estas consideraciones? Para que los cambios producidos en el sistema modifiquen la queja, la disfunción, el síntoma, que es solo un elemento más de la red de interacciones. Por lo tanto, debemos pensar que el mejor sistema para trabajar es aquel en el cual el síntoma adquiere su mayor o su mejor expresión.

Es útil pensar que este lugar lo ocupa la familia, pero también puede ser el *lugar de trabajo*, que con su gente es quien afecta inicialmente, mantiene o agrava un síntoma. Es fácil pensar que en esta situación no podremos recurrir a todos ellos como si fueran de la familia, pero seguramente apoyándonos en ella, podremos hacer una analogía acerca de cómo se resuelven los problemas en otros contextos.

La buena *elección del sistema* para trabajar es tan importante como la *teoría* sobre la cual nos apoyaremos para *co-construir el problema, la meta y la solución*.

La primera información o Preentrevista

Siempre que vamos a recibir la consulta de una persona, una pareja o una familia, es necesario poseer un mínimo de información que nos posibilite estar preparados para asistir a quienes vienen por ayuda. Estar familiarizados con quienes no conocemos posibilitará que aquello que puedan expresar no nos sorprenda. Aunque nadie cuenta nada importante por teléfono, tener una idea aproximada, lo mínimo posible, previene, prepara.

Cuando se solicita un turno por primera vez, el profesional o su secretaria deberán indagar acerca de los siguientes datos.

- Apellido y nombre del paciente.
- Edad.
- Domicilio y número de teléfono.
- Familia conviviente, roles, edades, actividades, momentos que comparten.
- Quién llama para solicitar el turno.
- Quien deriva o quién recomienda y en qué circunstancia se decidió la consulta.

- Motivo por el que se consulta.

Resulta obvio la necesidad de conocer los datos personales para saber si se trata de una primera consulta o de un paciente que ya fue asistido con anterioridad. La edad del paciente identificado nos permitirá pensar en quién o quiénes deberían inevitablemente venir a la primera consulta. Conocer el domicilio y su teléfono nos da una idea aproximada del contexto en el que vive la familia. Saber quiénes son los miembros de la familia conviviente, los roles, las edades, las actividades laborales o académicas nos proporciona información acerca de las posibilidades de compartir momentos en el hogar.

La persona que se comunica para solicitar información y/o para acordar el turno forma parte del subsistema de impacto, y debe ser incluida en la primera consulta. También es importante saber si la derivación la realiza un profesional de la salud o la escuela; si la consulta ha sido planteada como una condición por un Juez o si existe una circunstancia “clave” que la haya propiciado. Asimismo, y si fuera posible, es importante una breve reseña del motivo por el que se consulta.

La entrevista inicial o primera entrevista²⁴⁷

Deseamos dejar debidamente manifiesta la importancia que tiene cualquier primer contacto con quien está preocupado por una circunstancia personal, o por la conducta o los hábitos de otro/s con quienes convive con mayor o menor proximidad, con mayor o menor grado de involucramiento (por ejemplo, una abuela puede cuidar y por lo tanto criar durante buena parte del día a un nieto y vivir ciertas instancias que los padres no advierten o a las que no les dan la misma importancia o los mismos significados).

Desde nuestra experiencia podemos afirmar que, en general, las emociones, las ideas y las acciones de quienes consultan resultan tan genuinas y tan a flor de piel, como en una primera consulta bien dirigida. En su libro *Terapia para resolver*

²⁴⁷ Para una mayor información sobre este tema, es conveniente la lectura del capítulo “En qué condiciones basta con una entrevista”, en el libro *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*, de Hugo Hirsch y Hugo Rosarios, en el que Hirsch, Giterman y Crispo investigan las razones por las cuales “muchos consultantes se daban por conformes con la mejoría obtenida en una única entrevista y quisimos averiguar cuándo, cómo, con quién y gracias a qué pasaba esto”.

problemas, Jay Haley (1980) propone algunas etapas por las que debería atravesar una primera entrevista para que el proceso resulte completo. Ellas son:

- *Etapasocial.*
- *Etapade planteo del problema.*
- *Etapade las interacciones de los consultantes.*
- *Etapaen la cual se definen de los cambios deseados.*
- *Etapade cierre.*

Y basados en nuestra experiencia nos parece importante incluir una etapa más:

- *Etapade las conclusiones.*

Para R. Fish y colaboradores (1984), el objetivo principal de esta primera entrevista consiste en la recolección de una **completa y adecuada** información sobre los factores que resultan esenciales para comprender cómo funciona el sistema consultante. Para ello, deberemos recabar información sobre:

- La naturaleza de la enfermedad o problema.
- ¿Cómo se está intentando solucionar dicho problema?
- ¿Cuáles son los objetivos mínimos del consultante?
- ¿Cuál es la actitud y lenguaje del mismo?
- ¿Cuáles son los valores, las creencias y la cultura del/los consultante/s y/o del paciente?

Cuando decimos **información completa y adecuada**, nos referimos a información *clara, explícita y que se manifieste en términos de conductas*, es decir, qué hacen y qué dicen los individuos concretamente cuando se presenta el problema y cuándo intentan solucionarlo.

Para obtener dicha información, no concedemos exagerada importancia a la historia del problema. Nos interesa mucho más conocer cuál es el problema que lo trae y por qué ahora. Con esta intención, organizamos preguntas claras y breves que abarquen todos los elementos intervinientes en la dolencia actual:

- Nos interesa saber **quién** es el portador de el/los síntoma/s y/o **sobre quién/es** recaen las consecuencias que trae aparejado el síntoma y/o los problemas.
- También indagar acerca de **qué**; para conocer qué hecho o situación es más relevante y/o causa mayor deseo de solución.
- Al preguntar **a quién**, deseamos conocer sobre quién o quiénes recaen las consecuencias del síntoma, o sea **a quién/es** afectan principalmente las conductas atípicas.
- Al preguntar acerca de **dónde**, deseamos conocer el lugar en el cual se presenta o no el síntoma.
- La intervención acerca de **cómo** se produce el síntoma puede resultar decisiva al menos en tres situaciones:
 - Cuando el problema declarado no parece ser más que una cuestión secundaria, y necesitamos obtener una mayor precisión acerca de cómo algo accesorio preocupa de esa forma.
 - Cuando los pacientes plantean ciertas dificultades que pueden ser graves, como cuando está en riesgo la salud o la vida; en cambio otras personas considerarían las mismas vicisitudes como posibles de modificar (distinguir entre grave y serio, importante, etc.)
 - Cuando el problema no incumbe al terapeuta.

Preguntar qué es lo que están haciendo para solucionar o soportar el problema todas y cada una de las personas que están relacionadas con él, captar la información adecuada, es un **arte** que en la mayoría de los casos requiere estrategias específicas. El chequeo pertinente y eficaz facilita los resultados exitosos del proceso terapéutico y promueve un final feliz.

Al presentarse la familia a la primera sesión, la entrevista recorre las etapas siguientes:

- **En la Etapa social** se saluda a la familia, cada uno dice su nombre, su ocupación, es decir, se presenta. Siempre debe procurarse la comodidad y obtener de **cada uno**, por lo menos, una respuesta "social".

- **En la Etapa del planteo del problema**, a la que también podemos llamar **momento de la "queja"**, se pregunta acerca del problema que los preocupa y que ha motivado la consulta. Esta etapa presenta dos aspectos:
 - El modo en que el terapeuta la formula
 - A qué miembro de la familia va dirigida la pregunta.

Cuanto más general y ambigua sea la pregunta, tanto más campo se dará a los miembros de la familia para exponer sus puntos de vista o simplemente su "queja". Mientras la familia describe su problema, el terapeuta *acepta* simplemente lo que dicen, aunque puede preguntar sobre algún punto que le parezca confuso.

El terapeuta, en esta etapa, no brindará consejos, no preguntará a nadie cómo se siente con respecto a algo; mientras escucha, alienta a hablar. Todos deben tener oportunidad de manifestarse. El terapeuta debe amoldarse al *ritmo* (tiempos) de la familia que recién está conociendo, y lo que aprende de ella debe ponerlo a prueba, para determinar con precisión si las cosas resultan como él las cree.

- **La etapa de interacción:** consiste en lograr que todos los miembros de la familia *dialoguen entre sí sobre el problema, sobre los intentos de solución de cada uno y sobre las teorías que tienen acerca del problema. En estas interacciones, el terapeuta deja de ser el centro de la conversación y promueve el debate.*

La familia cuenta cuál es el problema y en su relato muestra las ideas principales acerca del origen y/o los motivos y/o las causas que lo generaron y/o **mantienen**. Comprender cuáles son las conductas que mantienen la disfunción posibilita comprender los circuitos de interacción que sostiene la disfunción, aún cuando se piensen como modos de resolución.

Si fuera posible, debemos privilegiar las conductas sobre las palabras, para lo cual solicitamos que se repita, aquí y ahora (en sesión) la conducta sintomática de manera que la familia muestre cómo reacciona ante esta circunstancia, cuáles son las propuestas para su resolución. Mientras tanto, los terapeutas observamos cómo se conducen los

integrantes entre sí, qué tipo de secuencias familiares se producen y procuramos que todos sean descriptivos de las conductas de la familia.

- **Definición de los cambios deseados:** en este momento de la entrevista es importante obtener del grupo una verbalización clara de los cambios que desean alcanzar mediante la terapia.

Es el punto de partida para fijar las metas del proceso terapéutico que deben quedar acordadas de manera consensuada. Los problemas a resolver deben ser algo observable, mensurable, que permita definir y chequear la influencia que el proceso ejerce en los consultantes. Cuando el contrato es confuso, también lo será la evaluación de los resultados.

Las etapas mencionadas pertenecen a lo que hemos denominado **Organización estratégica**, al desarrollar los conceptos centrales propuestos por Casabianca y Hirsch (1989).

- **Conclusión de la entrevista:** Un terapeuta **no** debería concluir la primera entrevista sin realizar una síntesis que le permita a los consultantes entender, vivenciar cuánto y cómo ha/n sido comprendidos en su “dolor” (nivel emocional), en su preocupación (nivel cognitivo) y en cuanto a las acciones que deben llevar a cabo o dejar de hacer (nivel conativo). Todo lo planteado, y aún lo que no ha quedado debidamente expresado y aclarado, deberá ser mencionado de manera tal que quede expresado.

Posteriormente, se concluye con la concertación de una nueva cita. También es factible dar una tarea por la que la familia queda ligada al terapeuta entre las sesiones.

- **Evaluación del terapeuta:** Repasando las notas realizadas, escuchando el audio y observando la videocinta, consideramos si nos hemos conducido adecuadamente o no por las etapas aquí esbozadas, y formulamos interrogantes acerca de las intervenciones y el enfoque terapéutico. También podemos hacer un registro de las posibles repercusiones que tendrán nuestras intervenciones. Esta investigación inicial puede presentar inconvenientes:

- Cuando se investiga, acerca de cuál es el problema, algunas personas pueden ofrecer respuestas claras y directas, pero otras brindan respuestas confusas, imprecisas, se escapan por la

tangente, ofrecen interpretaciones y no las descripciones de la conducta. En tales casos, el terapeuta investigará persistentemente y tratará de ofrecer una explicación que lo haga a él responsable de no comprender bien las cosas.

- Cuando investigamos acerca de los objetivos mínimos del tratamiento, generalmente obtenemos más datos acerca de lo que los clientes no quieren lograr, ya que a la gente le cuesta plantear las cosas en términos positivos. Las respuestas son vagas, dubitativas o generalizadoras dado que vemos con más claridad lo que no deseamos que lo que queremos en realidad.

La pregunta "Si llegase a producirse un cambio, ¿qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?" permitirá, en un buen porcentaje de casos, obtener una respuesta pertinente. También el esbozo de guión teatral puede tener buenos resultados: "Piense que estoy filmando una escena representativa del problema: ¿qué imágenes y qué diálogos recogería la cámara?" En este caso, los terapeutas podrían representar a los "actores" y el cliente al "director de escena". Este procedimiento ahorra tiempo con los clientes cuyas descripciones verbales son poco claras.

- En muchas ocasiones, algunos consultantes voluntaria o involuntariamente pueden impedir que se realice todo el proceso de recolección de información. Entre los "saboteadores activos" se encuentran los esquizofrénicos que dicen cosas sin sentido, y los niños que gritan o son difíciles por otros motivos.

Los "saboteadores pasivos" se limitan a indicar que se hallan demasiado inseguros o demasiado invadidos emocionalmente como para contestar muchas cosas; algunos, inclusive, llegan a enmudecer.

Una de las maneras de afrontar estas situaciones es dejar de lado al individuo que no participa, y trabajar con el resto de los miembros que se encuentra preocupado por el problema. En otros casos, el terapeuta podría manifestar aún más vaguedad y confusión que el cliente, o por el contrario, afirmar que conoce en

qué consiste el problema y a continuación señalar algo que a su criterio, no tenga nada que ver con lo que plantea el cliente, de manera de lograr su participación, aunque sea para discutir la opinión equivocada del terapeuta.

Las familias resistentes requieren de directivas específicas (ver Maniobras Generales de Comienzo) tendientes a su "captación" en la terapia. Son movimientos estratégicos iniciales (desde la solicitud de la consulta), tendientes a cambiar el sentido del síntoma.

Tales movimientos reducen la resistencia al tratamiento y le permiten al terapeuta hacer un control de la familia para iniciar la terapia.

Los casos difíciles o resistentes al tratamiento

Considerando la alta frecuencia con que se presentan pacientes y/o consultantes que son "resistentes" al tratamiento que "desean realizar, o se les ha indicado llevar a cabo", es recomendable detectar, reconocer algunas señales que adviertan lo antes posible lo que pudiera suceder.

*"Por lo general, pensamos en los pacientes difíciles retrospectivamente, cuando las cosas no avanzan y el tratamiento se complica. Sería mejor poder identificarlos antes. Lo que interesa es poder determinar cuáles características de los pacientes y cuáles características de los terapeutas contribuyen al desarrollo de una buena alianza terapéutica y de qué manera esto influye en el resultado del proceso terapéutico"*²⁴⁸.

Hirsch y Fernández Alvarez citan a Larry Beuttler, quien determina algunas de las características que hacen que un paciente sea difícil:

- Tener muy bajos recursos. La cantidad de recursos con que cuenta un paciente es casi más importante que la cantidad de síntomas que exhibe.

²⁴⁸ Hirsch y Fernández Alvarez. Curso dictado sobre Novedades en el tratamiento de familias difíciles.

- Quienes abusan de sustancias están en estas condiciones porque resulta difícil que dejen de consumir y porque tienen muy baja motivación.
- Tienen muy poca capacidad para tolerar el estrés.
- Estilo de afrontamiento: El paciente puede tener un estilo externalizador, impulsivo, o bien un estilo internalizador, constreñido y autocrítico.
- Tipo o rasgos de resistencia. Conocer el grado en que el paciente puede ser cooperativo es de suma importancia.
- Grado de impedimento del paciente, que se relacionan con las características del problema y la cantidad de recursos que tiene el paciente a su disposición.
- Grado de malestar (distress). Se trata del nivel de ansiedad o distress, que es una característica del momento.

Creemos de suma utilidad realizar algunos comentarios antes de abordar las diferentes etapas de una primera entrevista.

- **La llamada telefónica inicial:** mientras conocemos los datos que hacen a la información mínima, es conveniente esbozar un genograma de la familia conviviente, además de obtener una reseña de la historia del síntoma y evaluar el número de terapeutas que deberá intervenir con una familia difícil, considerando que la fuerza terapéutica **hacia** el cambio igualará o superará a la fuerza de la familia **hacia** la estabilidad o no cambio.
- **Evaluación del contexto de la derivación:** es muy importante considerar en qué circunstancias se realiza la derivación, para qué ha sido derivada, quién propuso la misma, cuáles son las razones expresadas por el derivante para realizarla, cuáles son las razones del consultante que lo llevan a aceptar la derivación, si transcurrió mucho tiempo entre la derivación y la consulta, por qué la realiza ahora, claridad de razones o motivos versus ambigüedad y sensación de rechazo (como si se quisiera sacar de encima la situación de consulta). Cada una de estas alternativas requerirá de algunas consideraciones del terapeuta y de un trabajo previo.

Es importante considerar si quien llama lo hace porque desea ayuda para sí mismo, o porque es otra persona la que desea que busque dicha ayuda (motivación propia o de otro).

- **Evaluación de la resistencia:** siempre debe ser considerada. La misma puede ir acompañada de escasa o muy baja motivación, otras veces coincide con una marcada ansiedad. Si esta es superior a la resistencia, se la debe considerar para apoyarse en ella. La resistencia debe ser siempre valorada para trabajar en su sentido y nunca en contra.
- **¿Qué miembros de la familia son “invitados” a la primera sesión?** Tal como fue planteado anteriormente, deberían asistir quienes poseen un alto grado de motivación. Por los datos obtenidos en la pre-entrevista, deberemos valorar quiénes son los que tienen las mayores posibilidades de lograr un cambio. También se debe considerar la urgencia, la gravedad del síntoma y los niveles de ansiedad de los miembros que están dispuestos a colaborar.

Si el terapeuta resuelve trabajar sin algunos de los familiares que han sido citados, la eficacia terapéutica disminuye porque sólo se le permite al terapeuta que vea la parte del sistema familiar que este decide mostrar. En efecto, *las familias que desean iniciar el tratamiento se las arreglan para llevar a todos los familiares a la primera sesión.*

Entrevistas de seguimiento

La segunda entrevista

Comienza con una breve **Etapas Social**, para acomodarnos a la familia y ésta a nosotros. La mirada se debe colocar en:

- Reconocer si han venido quienes fueron citados. Si faltó alguien, cuál es el motivo; si se incluyó alguien, quién y por qué motivo.
- Cómo se han sentado, marcando si lo han hecho de forma diferente a la primera entrevista, si esto tiene algún significado.
- Luego vamos a intentar conocer qué aspectos de la primera consulta se han destacado para ellos y que relación tienen con nuestras intervenciones. Lo que recuerdan es lo importante para ellos.

- Sobre la base de qué es importante para el/los consultantes, vamos a continuar nuestro proceso de co-construcción terapéutica.
- Vamos a chequear cuál es el estado del síntoma en la percepción subjetiva.
- Cuál es la respuesta a las intervenciones de la primera sesión, analizando:
 - Los comentarios textuales.
 - Cuántas reformulaciones o redefiniciones se transformaron en "reestructuraciones".
 - El grado de motivación.
 - La respuesta a las sugerencias y a las prescripciones.
- Evaluado todo este material, considerar si se mantiene la "dirección" establecida o se debe cambiar el rumbo.

La tercera entrevista

Tiene características similares a las de la segunda entrevista en términos generales. Las entrevistas subsiguientes mantienen la "dirección" establecida por el acuerdo entre los consultantes y el terapeuta.

Entrevista final o de cierre

Una entrevista final posee características particulares. El objetivo de la entrevista de cierre, cuando el tratamiento ha sido exitoso, es consolidar los logros obtenidos y prevenir recaídas en los viejos intentos de solucionar las dificultades que tendían a mantenerlas o agudizarlas. Consideramos que este punto merece consideración especial, puesto que un mal final puede invalidar muchas horas de trabajo terapéutico fecundo y difícilmente ofrezca la posibilidad de repararlo.

En el caso de que el proceso haya resultado un fracaso, es necesario realizar un cierre adecuado que permita que el paciente pueda en el futuro intentar una nueva consulta. Un mal cierre disminuye esa posibilidad y suele afianzar las mismas conductas que lo llevaron a consultar.

El cierre, la finalización de un tratamiento, debería ser siempre una propuesta del terapeuta, sea que haya resultado un éxito o un fracaso. En cuanto al

primer tipo de resultado, los logros serán siempre mérito de los consultantes, lo que pone en evidencia la confianza hacia ellos. En cuanto al segundo tipo de resultado, el terapeuta debe reconocer cuánto y cómo ha participado en el fracaso.

La entrevista de cierre debe servir para evocar cómo eran las cosas, cómo cambiaron y qué acciones permitieron el cambio; qué deberían hacer para volver a caer en las desgracias superadas y alguna vez ensayar “jugando” a ser o funcionar como antes, como un modo de chequear los cambios.

Entrevista o llamada telefónica de control

Es conveniente que pasado cierto tiempo, los pacientes se comuniquen para pedir una entrevista de control, o bien en ella se limiten a plantear que todo sigue bien como fue apreciado en la entrevista de cierre.

En muchas oportunidades esta llamada no se concreta por parte de los consultantes o del paciente. En ese caso, es necesario hacer una llamada para conocer cómo andan las cosas; y si no anduvieran bien, de ninguna manera se debe ofrecer un turno, sino más bien pedir que luego de uno o dos días el paciente o los consultantes llamen para concretar la consulta.

Lo ético es comunicarse para conocer la evolución, y no para citar y/o generar una nueva consulta que haga posible pensar en el deseo de que el terapeuta se quiere “ganar” una consulta, lo cual generaría resistencia.

Jorge Fernández Moya.

CAPÍTULO 10

TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

CAPÍTULO 10

TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Las Terapias centradas en las soluciones deben ser consideradas propuestas provenientes de los modelos derivados del constructivismo, de los que hemos realizado un apretado desarrollo en el Capítulo 3. En este libro, lo hemos insertado a continuación del capítulo correspondiente a “Terapias Estratégicas” porque se trata de un desarrollo realizado desde las mismas ideas básicas y del trabajo clínico y la investigación desarrollada por el grupo del Mental Research Institute, también conocido como el Grupo de Palo Alto, en California.

La Terapia centrada en las soluciones se “construye” desde los trabajos pioneros de MRI, pero posteriormente se desarrolla en el Centro de Terapia Familiar Breve del Instituto de Wisconsin de Estudios Familiares, en Milwaukee, en donde Steve de Shazer²⁴⁹, se desempeña como Director.

Sus ideas han sido planteadas en el libro *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*, en el que reconoce los orígenes de su trabajo cuando expresa “las ideas arraigan históricamente en una tradición que se inicia con Milton H. Erickson y transita por Gregory Bateson y el grupo de terapeutas-pensadores del MRI”. Y reconoce que han sido ellos “como grupo, los autores de las ideas” que nosotros hemos desarrollado en el Capítulo dedicado a la Terapia Estratégica.

Steve de Shazer en otro de sus libros, en este caso *Claves para la solución en Terapia Breve*, realiza algunas consideraciones acerca del tiempo de duración de las terapias y deja claramente establecido que cuanto menor es el tiempo de

²⁴⁹ De Shazer, S. (1986) Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico.

duración, mejor es. Asimismo, destaca que “todo lo que se necesita es que la persona envuelta en una situación perturbadora *haga algo diferente*, aunque esa conducta sea aparentemente irracional, sin duda inapropiada, obviamente extravagante o humorística”. Este aporte será más y mejor comprendido cuando se complete la lectura del Capítulo correspondiente a “Maniobras”, específicamente en el punto en el que Jeffrey Zeigg se refiere a las Intervenciones en la Pauta, concretamente en “Utilización de las pautas presentes y en Modificación, Alteración u Obstrucción de las pautas presentes”.

Para James Prochaska y John Norcross²⁵⁰, se trata de un modelo que tiene como premisas básicas el hecho de que “las personas son saludables. Las personas son competentes. Las personas tienen la capacidad para construir soluciones que pueden mejorar sus vidas”; premisas que se relacionan con el concepto de potencialidad no desarrollada que ya planteáramos.

Por lo tanto, los mismos autores destacan que “la psicoterapia puede ayudar a las personas a mejorar sus vidas centrándose en las soluciones, antes que estar focalizados en los problemas. El por qué alguien devino en bebedor hace 25 años (v.g. presiones de sus pares) puede tener poco que ver con *cómo* va a cambiar el individuo ahora”. Las causas allá y entonces nada tienen que ver con las soluciones que se proponen construir ahora y sobre todo pensando en el futuro.

Prochaska y Norcross resaltan el hecho de que los terapeutas centrados en soluciones afirman que “el cambio está sucediendo todo el tiempo. Las personas dejan de fumar o beber todos los días. Las personas pueden superar la depresión y la ansiedad todos los días. El hecho es que la mayoría de los problemas se resuelven sin psicoterapia, lo cual da cuenta de las competencias de los individuos. Y pocas personas que resuelven problemas por su cuenta tienen teorías de la personalidad y la psicopatología. Lo que puede arrojar un futuro más sano y feliz es poseer metas más sanas y más felices. No podemos cambiar nuestro pasado, podemos cambiar nuestras metas”.

En *Sistemas de Psicoterapia*, Berg y Miller (1992) y Walter y Peller (1992) destacan algunos *criterios para construir metas bien definidas*:

²⁵⁰ Prochaska, J. y Norcross, J. *Sistemas de Psicoterapia*. Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza.

- **Positivas.** La palabra clave aquí es “*en vez de*”: ¿Qué va a hacer usted en vez de eso?
- **Proceso.** La palabra clave es “*cómo*”: ¿Cómo va a llevar cabo esa alternativa más saludable o más sana?
- **Presente.** La frase clave aquí es “*en el camino*”: “Cuando te vayas de aquí hoy, y estés *en el camino*, ¿qué estarás haciendo de diferente, o diciéndote a ti mismo?”
- **Práctico.** La palabra clave es “*alcanzable, posible*”: ¿Cuán *alcanzable* es esa meta?
- **Tan específico como se pueda.** La palabra clave es “*específico*”: ¿Qué tan *específicamente* estará usted haciendo esto?
- **Control del cliente.** La palabra clave es “*Usted*”: ¿Qué estará haciendo *Usted* cuando la nueva alternativa ocurra?
- **Lenguaje del cliente.** Siempre se debe aprender, para posteriormente dialogar con el consultante en sus mismos términos y significados (tal como expresáramos en el capítulo anterior).

Y a continuación agregan: “Dado que las personas pueden estar estancadas repitiendo patrones pasados a causa de que centran demasiado tiempo y energía en sus problemas, la meta de la terapia es cambiar el foco tan prontamente como se pueda hacia soluciones en el presente que van a sostener metas más saludables y felices en el futuro. *Hablar del problema* mantiene el foco en el problema, de modo que el cambio terapéutico implique un cambio a hablar de *soluciones*”.

El milagro de la terapia puede ser ayudar a los consultantes a transformar su realidad imaginada en metas prácticas y específicas que ellos puedan alcanzar.

Prochaska y Norcross afirman que los terapeutas centrados en soluciones sostienen que “las metas que elegimos determinan el futuro que vivimos”; y ofrecen *cuatro guías para elecciones terapéuticas* (Walters y Peller, 1992):

- Si funciona, no lo arregles. Elige hacer más de eso.
- Si funciona un poco, elige construir sobre eso.
- Si nada parece funcionar, elige experimentar, incluyendo la imaginación de milagros.

- Elige abordar cada sesión como si fuera la última. El cambio comienza ahora, no la semana próxima.

Para finalizar, sugieren algunos *camino para construir soluciones*, tal como lo plantea De Shazer (1986):

- Foco en las metas.
- Foco en la solución.
- Foco en la excepción.
- Elección o espontaneidad.
- Pequeños cambios llevan a grandes cambios.
- Cada solución es única.
- Las soluciones evolucionan fuera de las conversaciones.
- El lenguaje es nuestra realidad.

La Terapia centrada en soluciones ha sido aplicada virtualmente a todo trastorno de conducta y en todos los formatos. El foco breve es particularmente valorado para tratamiento de problemas leves y trastornos adaptativos (Araoz y Carrese, 1966), pero también ha sido recomendado para “pacientes mentales crónicos” (Booker y Blymyer, 1994; Webster, Vaughn y Martínez, 1994).

Respecto de las técnicas propias de estos desarrollos terapéuticos, podemos establecer que resulta una “marca registrada” de los mismos:

- **La pausa para la consulta.** Momento en el cual el terapeuta sale de la entrevista para coordinar acciones con su equipo ubicado detrás de la Cámara de Gessell.
- **El elogio del equipo** ubicado en la retrocámara, que es como si se rompiera el vidrio, lo que se plantea como un encuadre terapéutico innovador.

Los procedimientos²⁵¹ empleados tienen aspectos comunes con la Terapia Estratégica:

²⁵¹ De Shazer, S. (1986) Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico.

- Planificación previa de la sesión (En el Capítulo de Terapia Estratégica, la desarrollamos como “Preentrevista”).
- El preludio (Lo llamamos y describimos como “Etapa Social”)
- Recolección de datos (“Etapa de la Interacción” en la cual definimos el problema y conocemos cuáles son las normas de los consultantes).
- La pausa para la consulta y el diseño de la intervención.
- El elogio (al regresar de la retrocámara, el terapeuta reconoce los aspectos positivos evaluados por el equipo, que puede ser considerado como una connotación positiva),
- El indicio (en nuestro trabajo, lo hemos plantado como la pauta o la regla que se relaciona con la *queja*, luego *motivo de consulta* y las soluciones a proponer)
- Transmisión del mensaje, a continuación de los elogios (los consultantes se encuentran receptivos para ofrecer las sugerencias o indicaciones; es lo que llamamos *conclusión de la entrevista*)
- Estudio posterior (evaluación de la sesión por parte del equipo, a la que denominamos *evaluación del terapeuta*).

Jorge Fernández Moya

CAPÍTULO 11

INTERVENCIONES O MANIOBRAS ESTRATÉGICAS

CAPÍTULO 11

INTERVENCIONES O MANIOBRAS ESTRATÉGICAS

La técnica

Toda la lectura y el estudio precedente resulta una introducción para lo que intentaremos aquí desarrollar.

En los capítulos precedentes hemos expuesto distintos temas. Comenzamos con una síntesis de la historia del movimiento sistémico (Capítulo 1), pasamos a estudiar la Teoría General de los Sistemas (Capítulo 2), expusimos los aspectos básicos del constructivismo (Capítulo 3) y de la narrativa (Capítulo 4); luego nos centramos en la familia, objeto y unidad de abordaje de nuestra propuesta (Capítulos 5 y 6). Conceptualizamos los cambios posibles que ésta sufre en su evolución y las diferentes circunstancias en las que transcurre su devenir (Capítulo 7); a continuación, describimos las disfunciones que se establecen cuando estos cambios no se producen o cuando la adaptación a ellos no es consensuada o aceptada por parte de los miembros de la familia (Capítulo 8). Posteriormente, presentamos los lineamientos de la Terapia estratégica (Capítulo 9) y de la Terapia centrada en la solución de problemas (Capítulo 10), propuestos por el grupo californiano del Mental Research Institute.

Enseñar un modelo de psicoterapia a estudiantes de grado, tarea que vengo realizando desde hace más de veinte años, ha requerido de la teoría, de las dramatizaciones, del trabajo en Cámara de Gessell y de los videos. Siempre hemos creído que *mejor que contar es mostrar cómo, cuándo, qué, para qué hace lo que cree conveniente y necesario.*

Intentaremos mejorar lo que entendemos ha sido el aporte de este libro en su versión original. Para ello, rescatamos todo lo realizado desde los diferentes desarrollos de la Terapia Familiar.

Antes, un recuerdo. Siempre supe que mi habilidad manual era limitada: de mis intentos por hacer algo con las manos, siempre el resultado era un dedo apretado o golpeado, algo roto o simplemente desarmado, ya que aun cuando conseguía armar, me sobraba una pieza. Hace unos años, me propuse modificar tal ineptitud, y el campo elegido fue la talla; quería hacer algo en madera, que tuviera una forma reconocida por los otros.

Comencé con un trozo de madera de cedro y un cuchillo. Después compré formones, gubias, cinceles, escofinas, limas, un martillo adecuado para golpear dichos utensilios, que difícilmente se encuentra en una caja de herramientas hogareña. Mi primera obra quería que fuera un totem (será por Totem y tabú). El asunto era “sacar” madera, de modo que la que quedara fuera adquiriendo la forma esperada. Hice pájaros e imágenes, pero mi deseo era hacer la talla de un rostro. Corté un largo listón de cedro en tres partes que, al pegarlas, dieron como resultado una pieza que parecía un cubo, aunque no regular.

Hice lo que conocía, sacar madera para darle forma a una cabeza. No tocaba la parte que sería la cara. Hice un esbozo de lo que serían las orejas y, cuando tuve que hacer la cara, comencé con el frente de la pieza. Fue fácil dar forma a la nariz, los ojos, el mentón y los maxilares; la complicación fue hacer la boca: no sabía cómo. Miraba *dibujos* para tener una guía y allí estuvo el problema: dibujar es diferente de tallar y me pasé meses mirando la boca de la gente, de frente, de perfil y no me daba cuenta. Miraba, observaba, pero sin resultados. Por suerte, un día, conversando con un escultor, pude darme cuenta de que la *técnica* debía ser diferente.

Yo manejaba las herramientas como si agregara material, tal como lo hace el dibujante. Como el escultor, yo debía tallar, sacar, y si me excedía, la solución era correr el plano total.

Definición de Técnica

Se entiende por “técnica” el “conjunto de procedimientos de que se sirve una ciencia, arte o habilidad. La historia de la técnica es en cierta forma la del

progreso humano en su aspecto material, con las consiguientes repercusiones en el orden intelectual y del espíritu. Estriba esencialmente en la utilización de las diversas fuentes de energía que ofrece la naturaleza”²⁵².

En la Enciclopedia Multimedia Salvat (1999), al buscar “técnica”, encontramos:

- a) Relativo a las aplicaciones de la técnica.
- b) Aplica a la voz o expresión usada en el lenguaje de cada ciencia, arte, etc.
- c) Que posee conocimientos teóricos y prácticos para desarrollar cierta actividad, ciencia, arte, etc.
- d) Científico dedicado a la técnica.
- e) Conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve la ciencia o arte.
- f) Conjunto de actividades con la construcción, la fabricación industrial, la explotación de la naturaleza, etc.

Destacamos las acepciones c), e) y f) para considerar que existe una técnica psicoterapéutica fundamentada en conocimientos teóricos y prácticos, que se relaciona con los recursos que posee el terapeuta y los procedimientos que debe aprender e incorporar como propios para construir con los consultantes un problema, una meta y las soluciones.

Acciones para facilitar o provocar el cambio

El objetivo de este capítulo será entonces describir y conceptualizar las acciones del terapeuta (técnica) por las cuales propone y propicia el cambio de quienes consultan. Con el objeto de facilitar la comprensión hemos incluido dos casos, son dramatizaciones. El diálogo y el análisis de éste se encuentran en el Capítulo 15, las imágenes se encuentran en el DVD que acompañan este texto.

A las acciones que lleva a cabo el terapeuta las llamaremos **maniobras**.

²⁵² Lexis 22 Vox (1976). Diccionario enciclopédico.

Definición de Maniobra

Se llama **Maniobras** a todas aquellas acciones que realiza el terapeuta y que están dotadas de un claro propósito²⁵³. Pueden ser descriptas, tienen una razón, tienen un para qué, por lo tanto se pueden explicar. Estas acciones se realizan o llevan a cabo desde el primer contacto que los consultantes mantienen con el terapeuta, ya sea una conversación personal o un llamado telefónico.

Características Generales

Pensando en la propuesta realizada por Hugo Hirsch y colaboradores²⁵⁴, las acciones del terapeuta deben tener las siguientes características generales:

- Las maniobras están dirigidas a la *modificación de las conductas*²⁵⁵, definidas como el problema que se desea modificar y que en general son motivo de la queja o consulta de los pacientes o su familia. Deben estar conceptualizadas con un criterio económico, en un sentido amplio, por lo cual, el cambio de las conductas se debe realizar en el menor tiempo posible.
- Se trata de alcanzar, con el o los consultantes, un *acuerdo mínimo* sobre el cambio deseado, que debe ser *específico, concreto y observable como conducta*²⁵⁶.
- El terapeuta se asume y se reconoce *directivo*²⁵⁷.
- Se debe aceptar *explícitamente la cosmovisión*²⁵⁸ de mundo y el recorte de la realidad que hace/n el o los consultantes, dando claras muestras de que se comprendió la posición en que se coloca/n el/los que consulta/n, y por ello incluye reconocer y destacar valores, modos, usos y costumbres de los mismos.

²⁵³ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

²⁵⁴ Ibidem

²⁵⁵ Ibidem

²⁵⁶ Ibidem

²⁵⁷ Ibidem

²⁵⁸ Ibidem

- Se debe utilizar *la resistencia como un factor de cambio*²⁵⁹, se la toma como una contribución que hace quien consulta y considerando el principio fundamental del yudo, que la aprovecha para agregarle más "fuerza" en el sentido de la resistencia ofrecida, de manera que se facilite el cambio.

Como resulta obvio, las acciones terapéuticas representan el modo en que los terapeutas nos "unimos" a los consultantes con el objeto de "construir de manera conjunta" un "diagnóstico" sobre el cual asentar una propuesta terapéutica.

Irvine Yalom²⁶⁰ sugiere evitar el diagnóstico, "porque la psicoterapia consiste en un proceso de desarrollo gradual en el que el terapeuta intenta conocer al paciente tan completamente como sea posible. Un diagnóstico limita la visión; disminuye la habilidad de relacionarse con el otro como persona. Una vez que realizamos un diagnóstico, tendemos selectivamente a desatender aspectos del paciente que no encajan con ese diagnóstico; particular y correspondientemente prestamos una atención exagerada a rasgos sutiles que parecen confirmar el diagnóstico inicial. Y lo que es peor, un diagnóstico puede actuar como una profecía autocumplida".

- El **diagnóstico estratégico** es "terapéutico" cuando incluye²⁶¹:
 - Una descripción de los circuitos de interacción que mantienen el síntoma y que básicamente destacan los indicadores precisos que sirven como señales claras del camino a seguir.
 - Un reconocimiento de los recursos del Consultante, del Paciente Identificado y del Terapeuta, ya que se trata de trabajar construyendo sobre las potencialidades que todos ellos poseen.
 - Implica además poseer un plan, una estrategia acerca de cómo resolver la queja y/o el motivo de consulta, considerando la motivación existente y la maniobrabilidad.

²⁵⁹ Ibidem

²⁶⁰ Yalom, I. (2002) El don de la terapia.

²⁶¹ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

- El **diagnóstico estructural** es “terapéutico”
 - Cuando incluye una propuesta terapéutica destinada a alterar la homeostasis (equilibrio);
 - Debe por lo tanto generar una crisis que lleve al sistema familiar a elaborar una organización diferente, mejor para su funcionamiento.

En este sentido, la Terapia Estructural combina elementos de la terapia estratégica y de la existencial. Se asemeja a la *terapia estratégica* cuando realinea las estructuras significativas con el propósito de producir cambios en el sistema como un todo.

Cuando evoca la *terapia existencial*, lo hace para cuestionar la realidad que la familia describe y acepta, y lo hace siempre con una orientación hacia el crecimiento.

Las técnicas de la Terapia Familiar Estructural llevan a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento de su organización. Por lo tanto cuestionan las maniobras que apuntan a cuestionar: *el síntoma, la estructura familiar y/o la realidad de la familia*.

- El **diagnóstico constructivista** es terapéutico cuando²⁶² el/los consultante/s junto al terapeuta construyen de manera consensuada la definición del/los problema/s, de la/s meta/s, y también construyen juntos las soluciones.

Por esta razón, todo comportamiento PROGRAMADO del terapeuta debe ser considerado una maniobra en el sentido de que se trata de "una acción tendiente a influir sobre el cliente o consultante de una manera específica" (Hirsch y Rosarios, 1987).

Se llaman **Maniobras** a estos comportamientos programados, pero es muy importante considerar que los comportamientos que NO son PROGRAMADOS también influyen en quienes consultan. Por ello, se debe ser tan cuidadoso con **TODO** lo que se dice y también con lo que se deja de decir cuando quien escucha espera una respuesta, muchas veces con desesperación y por lo tanto se puede

²⁶² Ibidem

aferrar a algo que nosotros consideramos irrelevante. En este sentido, hasta el silencio puede ser generador de significados. Los significados basados en supuestos personales siempre son generadores, facilitadores de diferencias entre las personas, por lo tanto hacen y contribuyen a diferentes resultados.

Más adelante desarrollaremos nuestro modo de emplear los silencios como maniobras o facilitadores de otras maniobras.

Clasificación

Clasificar las maniobras es una de las mayores dificultades con que me he encontrado en mi transitar profesional y, sobre todo, en mi tarea docente con alumnos de grado. Además, se trata de un estudio de sólo cuatro décadas de evolución y desarrollo constante; por lo tanto, las clasificaciones no son habituales, cambian de manera constante y resulta difícil el consenso. Durante muchos años, tratamos de describir las acciones de los pioneros de la Terapia Familiar.

Desde nuestros inicios en 1975, hasta 1984, en que se editan dos libros básicos en lo que a técnica se refiere: “*La táctica del cambio*” de Fisch, Weakland y Segal, que amplían la propuesta iniciada en *Cambio*, y el libro *Técnicas de terapia familiar* de Minuchin y Fishman, en Mendoza estudiábamos por los artículos traducidos que desde Buenos Aires nos llegaban.

Leer, comprender y ejercitar nos llevó un tiempo, pero aprendimos que poner en evidencia el doble vínculo no alcanzaba para liberar de la paradoja a un paciente, una pareja o una familia. Que acercar o distanciar las sillas, que cambiar los lugares que elegían los pacientes tenía un trasfondo que los autores nos permitieron conocer cuando los pudieron sistematizar y asentar en las obras mencionadas.

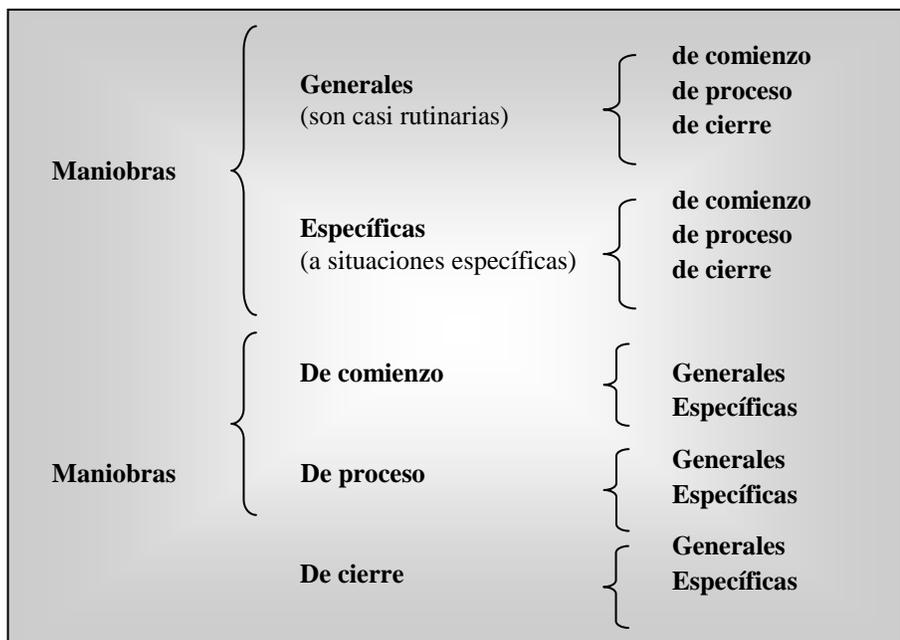
Por lo tanto, con el tiempo comprendimos que la disposición que adopta una familia al llegar a la sesión puede ser vista como una coreografía de la situación que viven cotidianamente: quién se sienta al lado de quién, la distancia o la proximidad entre los miembros de una familia, marcaba una afinidad o una adversidad entre ellos.

Hacer Terapia Estratégica comenzó a ser la posibilidad de hacer un diseño acerca de cómo llegar a un objetivo consensuado considerando conceptos de la

psicología evolutiva, del ciclo vital de la familia, de las pautas, normas y/o reglas de la familia, de la organización jerárquica.

Hugo Hirsch y colaboradores emplean una recurrente metáfora a partir de “presentar especies de libros de recetas para hacer terapia modelo Palo Alto al uso nuestro”²⁶³. La metáfora puede ampliarse a otros temas en donde el “hacer” requiere de materia prima y de instrumentos, pero también de una técnica. Ésta no debe limitar la creatividad y la espontaneidad de los terapeutas.

Cuadro N° 1 propuesto por Hugo Hirsch



²⁶³ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). “Maniobras para el cambio”. En Estrategias psicoterapéuticas institucionales. Recomendamos su lectura.

También las podemos clasificar de esta otra manera:

Maniobras	<p>Directivas, redefiniciones: que son las verbalizaciones del terapeuta destinadas a provocar y/o modificar determinadas conductas o la construcción de la realidad que los consultantes, poseen del problema que los aqueja.</p> <p>Tareas: son acciones que proponen los terapeutas para que los pacientes lleven a cabo durante la sesión o en el período entre dos sesiones.</p>
------------------	---

Las maniobras en la Terapia Estructural

Citamos el aporte realizado por Salvador Minuchin y Charles Fishman, en el libro *Técnicas de Terapia Familiar*, en el que desarrollan la técnica con la que trabajan desde este modelo. Las acciones del terapeuta están destinadas a **cuestionar:**

El síntoma por el que se consulta

La estructura de la familia en el momento que surge el síntoma

La realidad que define la familia cuando consulta

En el Capítulo sobre Terapia estructural, desarrollaremos el tema con amplitud.

Las maniobras en la Terapia Estratégica

Para hablar de las maniobras desde este Modelo, repasaremos los Principios Generales propuestos por los investigadores del Mental Research Institute²⁶⁴, que

²⁶⁴ Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

pueden ser considerados como pautas o normas válidas para los otros modelos de la Terapia Sistémica.

- Todo comportamiento es *comprendido y explicado* por su ubicación en un circuito más amplio de comportamiento tomando en cuenta el “feed-back” y el refuerzo recíproco. Se aplica para esta comprensión una lógica circular, cibernética, que nos permite pensar que el problema es el resultado de una incorrecta aplicación de soluciones en la que se ha persistido.
- La función básica del terapeuta *es influir* sobre los consultantes de modo que puedan modificar esas soluciones intentadas hasta ahora para resolver la dificultad, que son las que la convirtieron en un problema.
- Un **problema** es, simplemente, una dificultad a la que se aplica insistentemente una solución errónea.
- El terapeuta debe asegurarse todo el tiempo su máxima *maniobrabilidad* y, paralelamente, limitar la del consultante.
- La maniobrabilidad no se refiere sólo a la disponibilidad de no limitar sus opciones hacia el consultante, sino también la capacidad de alterar el propio movimiento o soluciones intentadas (cambiar la estrategia).
- Toda conducta es relacional y por lo tanto tiene un efecto sobre el otro, lo influye.

Maniobras Generales

Las acciones a desplegar por un terapeuta estarán dirigidas a encontrar un tema para poder co-construir el problema, las metas y las soluciones. Para ello es importante recordar la propuesta de Jay Haley acerca de cuáles son los teorías que podemos emplear como una *coreografía o telón de fondo con el objetivo de co-construir el problema, la meta y las soluciones*²⁶⁵.

Debemos, además, recordar lo desarrollado en relación con la **primera entrevista**, e integrarlo con la propuesta sobre los llamados **conceptos centrales** que plantean Ruth Casabianca y Hugo Hirsch, en *Cómo equivocarse menos en terapia*.

²⁶⁵ Para recordar, releer este tema en el Capítulo de Terapia Estratégica.

También debemos integrar los planteos que hacen Richard Fish, John Weakland y Lynn Segal en “*La táctica del cambio*”, cuando expresan que maniobras generales “*son aquellas que se emplean cuando el terapeuta desea comunicar alguna postura de tipo general, con el objeto de preparar el terreno para una maniobra posterior más específica*”²⁶⁶. Estas maniobras generales pueden sintetizarse en las siguientes:

- No apresurarse.
- Los peligros de una mejoría.
- Un cambio de dirección.
- Cómo empeorar el problema.

De mi larga experiencia en el trabajo con pacientes que consultan en forma individual y por un motivo propio, personal, o como parejas o preocupados por sus hijos, padres, o como familias, resulta de suma importancia hacer que quienes consultan tengan la claridad y la tranquilidad de que su pedido, su consulta ha sido comprendida, tal como ellos lo piensan, lo sienten y lo plantean.

¿Cuál es el problema, en esencia?, ¿cómo y cuánto los afecta?, ¿qué desearían que sucediera, como alivio mínimo? Y según sea conveniente, una pequeña oportunidad que represente aunque sea un grado mínimo de alivio y esperanza.

Esta comprensión es óptima si se realiza tanto en el nivel cognitivo (tal y como ellos lo relatan), en un nivel en el que los sentimientos y emociones son semejantes a los expresados y con acciones coincidentes con las expectativas que muestran. Estas acciones constituyen la **quinta maniobra general**, que consiste en:

- *Adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad.*

Irvin Yalom (2002: 38) escribe:

“La terapia se potencia si el terapeuta ingresa con precisión en el mundo del paciente. Los pacientes se benefician muchísimo por la sola experiencia de ser vistos y comprendidos en su totalidad. De allí que sea muy importante reconocer el modo en que nuestros pacientes experimentan el pasado, el presente y el futuro”.

²⁶⁶ Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*.

Esta quinta maniobra general que proponemos la desarrollaremos junto a las cuatro mencionadas anteriormente.

Para Hugo Hirsch y Hugo Rosarios²⁶⁷ y el equipo del Centro Privado de Psicoterapias, estas **maniobras generales** se aplican en el comienzo, en el transcurso o hacia la finalización del proceso terapéutico, como ya hemos adelantado. Son **maniobras generales de comienzo** cuando se intenta:

- “Reflejar y responder con empatía explícita a lo que el paciente o los consultantes comunican en forma verbal y preverbal”²⁶⁸ como queja. Esto implica descubrir, aprender y hacer propio el lenguaje del paciente y/o de la familia, incluyendo modos, creencias y valores.
- A los efectos de lograr y mantener una elevada maniobrabilidad, se deben determinar con exactitud las variables que hacen a un encuadre óptimo para cada consultante, “número de participantes en cada sesión, como a su duración y frecuencia”²⁶⁹.
- Proponen que “las primeras preguntas se le formulen a quién solicitó el turno”²⁷⁰, y me parece importante agregar que en caso de que uno crea más conveniente hacerlo en forma general, no se debe dejar de hacer referencia a la persona que concretó la entrevista.
- Al comenzar la primera entrevista, se debe considerar la certeza de los datos obtenidos de la preentrevista. Allí detectamos con precisión quién o quiénes son los que sufren el problema, quiénes se hacen cargo de las soluciones que no necesariamente coinciden con el paciente identificado.
- Es de regla que “la alianza terapéutica”²⁷¹ se realice con quién o quienes nos garanticen la continuidad del proceso terapéutico y el cambio, justamente porque son los preocupados y/o afectados por el problema existente.

²⁶⁷ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

²⁶⁸ Ibidem

²⁶⁹ Ibidem

²⁷⁰ Ibidem

²⁷¹ Ibidem

Recordemos que existe una relación directa entre el grado de involucramiento con el problema de los consultantes y la motivación por el cambio. Este concepto y la propiedad de los sistemas llamada totalidad o coherencia representa lo que podríamos llamar marca registrada de la Terapia Estratégica, por la cual el trabajo con el/los consultante/s, puede ser suficiente para lograr el cambio, de modo que no es imprescindible la presencia del paciente identificado en la consulta.

- Se debe tratar de que los consultantes sean muy “precisos en sus descripciones y/o relatos”²⁷², mientras que el terapeuta trata de ser amplio, general y lo más ambiguo que le sea posible, no arriesgando conceptos que lo puedan comprometer en su maniobrabilidad.

Proponen no apurarse, no aceptar como "malo" el síntoma, y, por lo tanto, no erradicarlo inmediatamente. Proponen también que siempre la “queja”²⁷³ deba ser “*precisada, recortada y redefinida*”, proceso que debe ser realizado siempre e indefectiblemente de manera consensuada y que se corresponde con la co-construcción del motivo de consulta propuesta por Casabianca y Hirsch (1989).

Antes de intentar cualquier maniobra se debe conocer cuál es para nosotros el *circuito interaccional*²⁷⁴ que genera y posteriormente sostiene el síntoma. Pero también debemos identificar y verbalizar cuál es el *circuito intrapsíquico*²⁷⁵, que cada uno de los miembros participantes tiene para sí y que sostiene la conducta disfuncional.

En él, está inserto el síntoma o la conducta disfuncional que desea ser modificada, y recién después de esto se podrá intervenir para lograr el alivio que los consultantes vienen a buscar. El cambio es posible para el consultante si en su proceso se incluye por lo menos parte de su epistemología respecto al problema y a la solución que propone éste, de manera que se sienta "constructor o artífice" de todo el proceso que se inicia con su propia idea.

²⁷² Ibidem

²⁷³ Primeras verbalizaciones del consultante.

²⁷⁴ Fernández Moya, J. (2004). Después de la pérdida. Una propuesta sistémica estratégica para el abordaje de los duelos.

²⁷⁵ Ibidem

Adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad.

Cuando una persona, una pareja, una familia asiste a una consulta, lo hace porque tiene un problema que lo aflige, lo preocupa y lo hace sufrir.

Cuando se piensa en la necesidad y cuando se realiza la consulta, para aquellos que asisten representa, por un lado, la esperanza de encontrar un alivio a su pesar y, por otro, significa aceptar que algo *que debió haber sido bien hecho por uno mismo, o por los miembros de la familia, no lo fue*. La consulta representa la aceptación del fracaso de no haber podido resolver la situación con los propios recursos.

En cualquiera de estos dos planteos extremos es aconsejable que se sientan comprendidos, y que la angustia, la tristeza o el enojo sea reconocido como aceptable para una situación de problemas como la que describe/n el/los consultante/s. Pero también se deben aceptar la desconfianza, las dudas y el temor por la consulta y los resultados de ésta.

Difícil será la situación del terapeuta cuando desea transmitir optimismo y al mismo tiempo contagiar a los consultantes que han fracasado en anteriores tratamientos, ya que éstos perciben que el terapeuta no comprendió la situación que los aflige. Por ejemplo, cuando se consulta por una pérdida, el dolor y el sufrimiento es una expresión inevitable que se contradice con una propuesta optimista.

En una situación como la descrita es aconsejable **evitar**²⁷⁶:

- Minimizar el dolor y la bronca.
- Juzgar a quien solicita ayuda, porque modifica y perturba la definición de la relación entre quien consulta y quien es consultado.
- Cuestionar lo que se plantea.
- Bloquear o impedir con actitudes protectoras la experiencia, las vivencias necesarias para encontrar sentido. Debe permitir la expresión del dolor, de la rabia, del enojo o de la soledad que reclama y necesita.
- Sugerir algo que el consultante que sufre no pueda llevar a cabo. Sería agregarle un sufrimiento mayor.

²⁷⁶ Fernández Moya, J. (2004). Después de la pérdida. Una propuesta sistémica estratégica para el abordaje de los duelos.

- Pedir que ponga voluntad para superar el dolor.
- Ofrecer explicaciones abstractas. Todas las explicaciones deben estar formuladas en el lenguaje de quien consulta.

Haciendo una o varias de estas cosas, sólo logrará hacer disfuncional la comunicación.

A continuación, volveremos a la propuesta de maniobras generales de Fish, Weakland y Segal²⁷⁷, a la que hiciéramos referencia anteriormente:

No apresurarse²⁷⁸

Estas dos palabras proponen un *concepto* muy importante para el terapeuta, en tanto debe tomarse todo el tiempo necesario para conocer el sistema consultante y obtener del mismo claras muestras de la motivación que posee y de la maniobrabilidad que le es reconocida y otorgada, evitando el riesgo de caer en errores por no considerar el tiempo (timing) del sistema consultante y del paciente identificado.

Esta *maniobra* es un pedido, una solicitud que hace el terapeuta luego de haber transformado la queja en problema, de haber acordado cuál/es es/son la/s meta/s y de haber trabajado en una redefinición que ha cambiado el marco en el cual fue originalmente descrito el problema. La maniobra surge ante la resistencia al cambio; y por medio de la misma, el terapeuta desafía (solapadamente o no) al sistema consultante a no realizar ningún cambio, ninguna acción diferente, considerando siempre que la consulta ha sido realizada por la necesidad de alguno de los consultantes.

Esta es la *táctica o estrategia* que se “utiliza con más frecuencia”²⁷⁹ y, en ciertos casos, es quizás la única intervención, luego de indicaciones generales que ofrecen razonamientos dotados de credibilidad, que justifican el no cambiar tan apurado. El cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación. Esto implica un

²⁷⁷ Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

²⁷⁸ Ibidem

²⁷⁹ Ibidem

tiempo y, por lo tanto, el terapeuta debe hacer recordar al paciente y/o al consultante que se lo tiene que tomar.

Recordemos, asimismo, que los consultantes pueden encontrarse en algunas de las etapas investigadas por Prochaska, Norcross y Diclemente²⁸⁰: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Esta maniobra se emplea generalmente “en la primera sesión”²⁸¹ y es, por lo tanto, una *maniobra general de comienzo*, de acuerdo con la clasificación de Hirsch. Se la puede considerar también, y en términos generales, como una *prescripción del síntoma* (maniobra que será explicitada más adelante).

Los peligros de una mejoría

Es posible “considerarla como una ampliación o variante de la intervención anteriormente presentada *no apresurarse*”²⁸².

Cuando un paciente identificado y/o una familia que consulta debe pensar en los “riesgos” que representan los cambios que desea realizar (ya que se modificarán algunas o muchas otras conductas, muchos o algunos hábitos), confirmará o rechazará el deseo de que se produzcan dichos cambios y se dispondrá para modificaciones globales.

Se diferencia de la anterior, porque los objetivos de esta maniobra que ahora nos ocupa son algo diferentes. El diseño y la aplicación están en relación con los tipos de resistencia que presentan los sistemas de impacto y/o los pacientes identificados que no tienen motivación para la consulta.

Trabajada la queja, definido un problema y explicitada una meta posible, se trabaja sobre los riesgos del cambio, preguntándole al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución de su problema. Es de esperar que, ante una pregunta que plantea la discusión en el plano de las paradojas, el paciente se extrañe, pero el terapeuta siempre debería poder exponer una lista de

²⁸⁰ Prochaska, J., Norcross, J. y Diclemente, C. Changing for good.

²⁸¹ Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

²⁸² Ibidem

complicaciones posibles, o por lo menos un posible inconveniente para el cliente o para alguien que se halle próximo a él, por si él mejora o cambia.

¿Qué hará en su tiempo libre el paciente y/o alguna persona sobreinvolucrada con éste y el síntoma cuando se mejore? Estas situaciones son difíciles de imaginar cuando no se conceptualiza el contexto y la instancia de la consulta.

“Los peligros de una mejoría” puede conceptualizarse como una maniobra más definida que recibe el nombre de **connotación positiva del síntoma**, en el sentido de que se construye como una directiva paradójica, para que no sea llevada a cabo.

La maniobra denominada “los peligros de una mejoría” se formula una vez que el terapeuta ha redefinido el marco del problema y que los consultantes lo han incorporado como una reestructuración. Por esta razón, la maniobra que nos ocupa refuerza la redefinición, al detectar las características desafiantes de alguno de los miembros del sistema que consulta o de cómo la desesperación de “la/s víctima/s” se ha transformado en una esperanza de dejar de serlo; sin embargo, se manifiesta la “culpa” y/o la resistencia al cambio. Se trata de una maniobra complementaria.

Un cambio de dirección

Cuando el terapeuta intenta avanzar en una dirección y sus fracasos se repiten, es importante reconocer su propio error y lo mejor será optar por otro camino. Es preciso, entonces, *un cambio de dirección*.

Llamamos así a la maniobra que hace el terapeuta cuando “varía su propuesta, cambia su postura, modifica su idea directriz y/o su estrategia y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación”²⁸³, que incluye las razones de su nueva orientación, basadas en una visión equivocada por no haber considerado determinados datos que resultan relevantes. En general, “el cambio implica un giro de 180 grados”²⁸⁴. No existen los callejones sin salida, sólo debe uno mirar hacia atrás: por donde entró, podrá salir.

²⁸³ Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

²⁸⁴ Ibidem

Esta maniobra se emplea cuando el terapeuta, “de modo no deliberado”²⁸⁵, comienza a disentir con los consultantes y no se da cuenta del fenómeno. Esto sucede cuando el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino, sugerencia o indicación que le ofrece el terapeuta. O puede suceder que en un comienzo el cliente haya aceptado la propuesta del terapeuta, pero luego se muestra no productivo. Si se reconoce dentro de la primera entrevista, el terapeuta lo puede solucionar con un “Oh, ya veo”, incorpora la corrección y corrige la dirección y el sentido de la propuesta. “En cierta medida y de un modo más o menos explícito, el terapeuta adopta una posición de simulada complementariedad inferior y agradece al cliente que le permita abandonar la senda equivocada”²⁸⁶. Retoma la conducción y rescata la maniobrabilidad, mostrando con humildad que puede cambiar su postura y su propuesta.

En otras oportunidades, “el terapeuta puede estar demasiado comprometido”²⁸⁷ y tener dificultades para girar sobre sí mismo. Una co-terapia, un equipo supervisor cuando se trabaja en cámara de Gessell, o bien la consulta con un terapeuta de prestigio (que se puede mantener anónimo), permitirán llevar a cabo un cambio de dirección al explicitar que ha sido una visión externa, ajena, la que le ha permitido modificar la propia.

Cómo empeorar el problema

Tener conciencia acerca de cómo, cuándo y de qué manera el paciente y el subsistema de impacto mantienen el síntoma dentro de un circuito de interacciones resulta de utilidad para registrar lo que no se debería mantener. Por lo tanto, se trata de una maniobra general de finalización, que el paciente y los consultantes deberán recordar como lo que no se debe realizar, si se desea evitar el resultado insatisfactorio.

Esta maniobra se emplea cuando el cliente, el consultante, se ha resistido a anteriores sugerencias o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo.

²⁸⁵ Ibidem

²⁸⁶ Ibidem

²⁸⁷ Ibidem

Cuando un terapeuta brinda una sugerencia suele creer, y ello implica decir, que la acción requerida posiblemente resultará útil para lograr una mejoría del problema por el que se consulta. Pero a veces se logra un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren.

El terapeuta expone de manera concreta y pormenorizada todas las cosas que el paciente ha venido haciendo para solucionar su problema, pero que en realidad servían para exacerbarlo. Eso se verbaliza, de manera que el que escucha piense en el rechazo de la conducta que, así detallada, se ajusta tan bien al circuito descrito. Como consecuencia, los elementos contrarios (aquello que el terapeuta espera que haga) resultan más fáciles de captar y de seguir. Ya no se le dice al paciente lo que hay que hacer o dejar de hacer, sólo se menciona implícitamente.

Al mismo tiempo, el hecho de sugerir específicamente en qué forma puede lograrse que el problema empeore, hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya cómo él mismo desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

Intervenciones o Maniobras Específicas o Principales

Desde que los consultantes asisten a la consulta, se produce una activa interacción entre las partes intervinientes. Todas las conductas deliberadas del terapeuta son maniobras que se orientan a diferentes objetivos y se emplean para buscar información general y luego específica, para indagar exhaustivamente sobre el problema que ha motivado la consulta, para conocer cuáles han sido y son las maniobras intentadas para tratar de resolverlo.

Con nuestras acciones facilitaremos la expresión de las ideas, pensamientos, fantasías, ilusiones (cogniciones), de las emociones y los sentimientos de cada uno de los consultantes y también de las conductas y los comportamientos que se relacionan de manera directa o indirecta con el problema por el que consultan. Para las diferentes etapas, diferentes maniobras; para distintos objetivos, distintas acciones. Por lo tanto, hay maniobras para recolectar información, para precisar objetivos, para proponer los cambios, para trabajar con quienes sintonizan rápidamente con las pautas a modificar, para quienes poseen una marcada resistencia.

Las acciones terapéuticas encuentran fundamento en el desarrollo acerca de la “formación de problemas”, descriptos y propuestos en el capítulo dedicado a la *Terapia Estratégica*, de este libro considerando la propuesta de Watzlawick, Weakland y Fish en su libro *Cambio*. Se trata de "terribles simplificaciones", de "el síndrome de utopía" y de "las paradojas". También la ampliación que hicieran a esta propuesta al considerar cinco tipos de “intentos básicos de solución" en el libro: *La táctica del cambio* de Fish, Weakland y Segal.

Los autores proponen que se genera y/o mantiene un problema cuando:

Se intenta forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.

Cuando las cosas suceden de manera natural, espontánea, no requieren de acciones pensadas o elaboradas. Cuando se programan acciones, situaciones, realidades que no necesitan de tamaña tarea, estamos confundiendo pensamiento con acontecimiento; por lo que le adjudicamos creatividad, esfuerzo, ilusión, empeño a algo que no lo requiere, que no lo necesita, que por si fuera poco, sucede solo.

El problema es el producto de intentar solucionar una dificultad que no requiere de ningún accionar. Se ha formado un problema por el intento de solucionar, eliminar una dificultad que desde un punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente. Está relacionado con el *Síndrome de Utopía* ya que se emprende una acción, cuando no se debería emprender.

Es frecuente en el paciente que “padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenece a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, etc.), funcionamiento intestinal (constipación, diarrea), funcionamiento urinario (urgencia, frecuencia, imposibilidad de orinar en un mingitorio público), temblores, tics, espasmos musculares, problemas de apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultad respiratoria (hiperaireación), insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión), obsesiones, compulsiones, bloqueos creativos o de la memoria”²⁸⁸.

²⁸⁸ Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*.

Todas estas funciones son “actividades humanas de orden mental o corporal”²⁸⁹. Cuando se genera una dificultad, ya que generalmente el rendimiento es fluctuante, se puede dejar transcurrir un tiempo más o menos breve en el cual se corrige espontáneamente.

“El paciente define dichas fluctuaciones como *el problema* y toma voluntariamente medidas para corregirlas y evitar su reaparición”²⁹⁰. Con todas estas, reforzará el cuadro y los síntomas, al tratar de hacer un esfuerzo deliberado que le asegure un rendimiento normal o efectivo. El paciente se entrapa en una situación de querer solucionar (con voluntad) algo que sólo se soluciona con el tiempo. Otras personas pueden participar en este esfuerzo generador del problema y potenciarlo, al ampliar el circuito mantenedor del síntoma.

La solución se obtiene cuando se consigue que el paciente renuncie a sus intentos de coacción. Pero no alcanza con decirle que deje de esforzarse. La maniobra implica enseñarle otra conducta que de por sí, excluya la conducta que deseamos eliminar.

Se intenta dominar un acontecimiento temido, aplazándolo.

Es frecuente que las personas posterguen todas aquellas situaciones que creen son difíciles de resolver. A veces lo hacen hasta un momento propicio; pero en otras ocasiones la postergación es indefinida. Cuando esto sucede, estamos ante un problema generado por el mecanismo de formación de problemas que hemos llamado “terrible simplificación”, ya que se intenta una solución negando que un problema lo sea en realidad; o sea: *es preciso actuar, pero no se emprende la acción*.

“Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad; por ejemplo: fobias, timidez, bloqueos en la escritura y otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento (hablar en público, salir a escena, rendir exámenes) y fenómenos similares. Estas dolencias son también

²⁸⁹ Ibidem

²⁹⁰ Ibidem

‘autorreferenciales’. Difieren poco de las anteriores porque el estado de terror o de ansiedad puede surgir y mantenerse sin que intervenga nadie más”²⁹¹.

Se trata de una distinción *muy importante*, ya que para que el miedo al síntoma o a una situación temida se mantenga, no es necesario que esté presente, alcanza con que el sujeto la imagine, aunque sea en forma de rechazo, lo que lo lleva a decir en el momento de la consulta “yo no quiero pensar en eso, no pienso, o trato de no hacerlo, pero se me viene a la mente”.

Las fobias pueden comenzar de modo inocuo. Ante un cierto riesgo, el paciente especula, se alarma, al pensar en qué sucedería si esto le aconteciera en otra circunstancia (peligrosa, mortificante o humillante). Por lo común, su aprensión generará una *profecía autocumplidora*. Una vez confirmados sus temores, que sólo están en su mente, el sujeto queda a merced de una fobia perfectamente desarrollada. Ante la idea o el pensamiento de aquello que no desea tener o enfrentar, comienzan a funcionar en su cabeza otras ideas que conforman un circuito en el cual está instalada la fobia que le genera la ansiedad, que sí está presente. El paciente la confunde con un acontecimiento que quiere, pero no puede dominar, enfrentar y comienza una inacabable preparación para tal enfrentamiento, que se mantiene básicamente en la mente del sujeto y que muchas veces es reforzada por las conductas de quienes lo rodean.

Se requiere de una maniobra que exponga al paciente a una *tarea*, relacionada con el acontecimiento temido y postergado. Debe ser llevada a cabo al mismo tiempo que se le exige un dominio completo o incompleto, con el propósito de conocer más de lo que le sucede. El sentido que tienen estas maniobras ante los problemas de miedo–evitación, es exponer al paciente a la *tarea*, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito. Ello lo motiva a desafiar al terapeuta y no a la idea o pensamiento que mantiene la fobia.

Se intenta llegar a un acuerdo desde la oposición.

Es difícil establecer un acuerdo con alguna persona de la cual me declaro explícita (más difícil, casi imposible) o implícitamente su opositor.

²⁹¹ Ibidem

El problema se forma porque el planteo genera una propuesta paradójica, ya que se hace una doble propuesta. En el nivel verbal, en los contenidos se intenta hacer el acuerdo; pero en el nivel relacional, lo que se plantea es la oposición. De este modo, no resulta posible que el interlocutor acepte la propuesta que la “definición de la relación” propone.

Estas situaciones implican problemas en la relación interpersonal ya que, por un lado, se requiere mutua colaboración y por el otro, el planteo está basado en una diferencia relacional que explícita o implícitamente cuestiona al interlocutor. Un buen ejemplo de estas situaciones son: “las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes, las disputas entre compañeros de trabajo, los problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada”²⁹².

Si quien consulta lo hace pensando que “la otra parte lo amenaza o le niega la legitimidad de su propia posición”²⁹³, es fácil entender que la diferencia está en el nivel relacional de los acuerdos.

La persona afectada ensaya la siguiente solución: “sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y exigir que la otra parte la trate con respeto, atención y deferencia. La solución ensayada y fallida asume la forma de exigir que el otro lo trate como superior”²⁹⁴.

La maniobra que propone el terapeuta al consultante (que es la víctima sometida a la paradoja) puede tener dos variantes:

- La primera es que el consultante (a los efectos prácticos, puede ser el mismísimo terapeuta) se debe mostrar confuso, ya que surgen dos demandas: una que propone un acuerdo, o quiere establecer un arreglo, la búsqueda de una salida, una solución posible; pero lo hace de un modo y desde una postura en que muestra la crítica, la oposición hasta el rechazo, al mismo tiempo que hace referencia a su intención de colaborar.

La confusión es una respuesta que resulta inesperada, impensada, impredecible para quien propone esta paradoja, ya que se encuentra

²⁹² Ibidem

²⁹³ Ibidem

²⁹⁴ Ibidem

acostumbrado a recibir respuestas que muestran las diferencias. No espera que su interlocutor se coloque en una posición complementaria inferior, que desee saber más y que declare que no entiende. Desde esta postura, es posible que el mensaje sea escuchado, comprendido y posiblemente aceptado, además de que promoverá a la propia reflexión si desea ser correspondido.

- Cuando la consulta es realizada por un subsistema de impacto en el cual no se encuentra el paciente identificado, la maniobra adquiere las características de lo que Peggy Papp llama “*maniobras basadas en la aceptación (del consultante) y en el rechazo o desafío (del paciente)*”²⁹⁵.

Son maniobras que se emplean de manera frecuente cuando los padres consultan por sus hijos, sean niños pequeños o adolescentes, también son de utilidad cuando la consulta la realiza un cónyuge, o con padres mayores. Consisten, como su nombre lo indica, en la aceptación de los consultantes de llevar adelante una propuesta terapéutica, para lograr el rechazo del paciente identificado.

Ejemplo: hace unos años fui consultado por dos hermanos (un hombre y una mujer) adultos, casados, por la situación que le planteaba la madre de ambos a la hija. Le reclamaba que la acompañara a todas partes, que no la dejara sola y hasta le rogaba encarecidamente que durmiera con ella en las noches. Ante la crisis matrimonial de la hija, decidieron hacer una consulta. Asistieron la madre y los hijos, posteriormente la madre sola, y en una tercera sesión los hijos. Como resultado de la intervención terapéutica, los hijos le pidieron disculpas a su mamá por lo injustos que habían sido con ella, al obligarla a quedarse sola creyendo que eran “mañas”, cuando en realidad ella estaba muy enferma, tal como les había transmitido el doctor. Le dijeron que si ella los perdonaba, estaban dispuestos a llevar adelante todas las medidas que fueran necesarias para ayudarla en su recuperación, deslizando que las mismas incluían una extensa internación, en caso de no resultar la primera parte de la propuesta. La madre, sorprendida y agradecida, no esperaba que sus hijos aceptaran una internación, pero entendía que para ayudarla, sus hijos estaban comprometidos a realizar todo lo necesario. La oposición de la paciente

²⁹⁵ Papp, P. (1988). El proceso del cambio.

a la posible internación posibilitó que otras acciones terapéuticas fueran posibles. Ella debía mostrar con su conducta que la internación era innecesaria y mostrar sus logros. La madre, sorprendida y agradecida, no esperaba que sus hijos hubieran aceptado una internación, tal como lo proponía el profesional consultado. La oposición de la paciente a la indicación, hizo innecesaria la misma.

El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.

Es frecuente que una persona que le da “crédito” a otra por la coincidencia valores, de ideales y de los proyectos compartidos, se coloque en una situación de complementariedad inferior. Mientras se trata de una situación voluntaria, elegida, suele ser bien y correctamente vivida. Sucede con los niños y sus padres, con los alumnos y sus maestros, con los jugadores y sus entrenadores en el deporte infantil.

Pero cuando el tiempo transcurre y se suceden las etapas del ciclo vital, se cursan algunas crisis propias del ciclo, o bien derivadas de un suceso inesperado que sorprende y cambia la posición de complementariedad, y por lo tanto la definición de la relación entre las personas.

Cualquier intento de mantener la situación original promueve el mecanismo de formación de problemas, centrado en que la propuesta realizada es paradójica. Las soluciones intentadas “son una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, y pueden resumirse en la siguiente afirmación: *Me gustaría que lo hiciese, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo*”²⁹⁶.

Se trata de la paradoja “sé espontáneo”. No se le puede pedir a la otra persona algo que la disguste o le exija determinado sacrificio o esfuerzo. La libertad del “otro” debe ser defendida por esa “otra” persona. “Esta penosa paradoja se expresa en numerosas formas clínicas: problemas conyugales, problemas de crianza infantil, esquizofrenia”²⁹⁷.

La pauta constante que se plantea es que una persona A intenta obtener sumisión de otra B; al mismo tiempo que niega estar pidiéndole a B tal sumisión. La

²⁹⁶ Fish, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio.

²⁹⁷ Ibidem

maniobra general a sugerir consiste en lograr que la persona que solicita algo (en este caso, A) lo solicite de manera franca, lo formule directamente, sin rodeos. Complementariamente, se debe preparar a quien hace este pedido para escuchar una respuesta que puede ser diferente de la que espera, pero que es propia de B. De esta manera, se establece un planteo claro en el nivel relacional y la respuesta, en este nivel, es satisfactoria. La diferencia que podría existir en el nivel del contenido se puede solucionar haciendo un acuerdo sobre el desacuerdo.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Muchas son las oportunidades en que las personas acusan a otra por motivos conocidos y reales, y también muchas aquellas en que las propias inseguridades, las propias ideas, se le adjudican a otros, y son responsabilidades que no necesariamente tienen.

En general, cuando una persona recibe una acusación cuyos hechos, reales o ficticios, el acusador desconoce, ya que en realidad sólo los sospecha o intuye, la defensa del acusado da sentido y veracidad a la acusación. Esta es razón suficiente para que las atribuciones realizadas por el acusador sean ciertas, válidas para él. Se trata también de la construcción de un problema a partir de una paradoja.

En esta clase de problemas, por lo general, “hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado; por ejemplo infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez, problemas de la educación de los hijos, problemas relacionados con el trabajo, etc. Lo típico es que el sujeto "A" formule acusaciones acerca de "B", y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una auto-defensa. Desgraciadamente, la defensa de "B" suele confirmar las sospechas de "A". El resultado es que "A" continúa con sus acusaciones, "B" refuerza su defensa y así sucesivamente. El juego de interacciones acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo”²⁹⁸.

La maniobra puede ser trabajar con las personas por separado y solicitarle al acusado que reconozca la acusación como válida para el acusador, pero imposible para él de justificar, aclarar, defender, porque nada de lo que haga o diga desde su perspectiva será aceptado, creído, ni válido para el acusador.

²⁹⁸ Ibidem

Maniobras con nombre propio

Si maniobras son “las acciones del terapeuta dotadas de un claro propósito”²⁹⁹, es importante considerar que si bien se realizan en el consultorio, facilitan acciones en el consultorio mismo, como así también pueden dan lugar a conductas que se llevan a cabo entre una sesión y otra.

*De acuerdo con el "lugar" en el cual el/los consultante/s, (un paciente, una pareja o una familia) realiza la reestructuración (que ya definiremos), se reconocen dos tipos de maniobras que poseen nombre propio y algunas hasta apellido. Así, cuando las verbalizaciones del terapeuta proponen o promueven pensamientos, sentimientos y/o acciones diferentes en la sesión, las llamamos **directivas**. Por el contrario, cuando el terapeuta intenta que estos pensamientos, sentimientos y/o acciones se produzcan en el período entre una sesión y la siguiente, reciben el nombre de **tareas**. En ambos casos, implican o bien una acción que debe ser llevada a cabo, o bien acciones que serán rechazadas o evitadas.*

Hemos tratado de transmitir *que todo lo que un terapeuta haga o deje de hacer, diga o deje de decir, influye en el/los consultante/s que han venido con el deseo y/o la esperanza de que así sea*. Si evocamos el Primer Axioma de la Teoría de la Comunicación³⁰⁰ y lo parafraseamos, en lugar de decir: *es imposible no comunicar*, podríamos expresar: **es imposible no influir**. Los distintos modos de influir de un terapeuta reciben un nombre y una categorización; y para su estudio proponemos la siguiente clasificación.

Directivas

Llamamos así a las “*verbalizaciones del terapeuta tendientes a que el consultante desarrolle ciertas clases específicas de acciones que directa o indirectamente impliquen una incompatibilidad con la persistencia de la solución intentada. A los efectos de una clasificación práctica excluimos de esta definición las reformulaciones, aunque también tienen por finalidad "dirigir" el*

²⁹⁹ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

³⁰⁰ Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1981). Teoría de la Comunicación Humana.

comportamiento de los consultantes. En casi todos los casos las directivas deben apoyarse en reformulaciones”³⁰¹.

La redefinición es el *producto de un proceso en el que se van uniendo, porque se suman, se multiplican o potencian entre sí, directivas de distinto tipo que facilitan, predisponen, motivan, sugieren, y/o propician el cambio*.

A través de las directivas, el terapeuta solicita información acerca del problema, de las metas deseadas y consensuadas, trabaja en la solución del problema, y para ello se apoya en cada una de sus intervenciones. Algunas son *directivas en sus distintas formas*, otras son *redefiniciones o reformulaciones*, o sea la propuesta de un cambio del sentido o de cambios en la concepción que se tiene de la naturaleza del problema, o de los modos empleados para solucionarlo. La sucesión de directivas (verbalizaciones) constituyen la "base racional" y el argumento básico de la redefinición.

El terapeuta prepara con propuestas *generales* (directivas) el camino para una referencia *especial* que llamamos *redefinición*, y que al cumplir su objetivo se denomina *reestructuración*. Realizada ésta (cambian las conductas en los consultantes), la seguiremos apoyando con más directivas para consolidar la nueva visión de nuestros consultantes cuando se cierra el proceso terapéutico y en las sesiones de control.

En párrafos posteriores volveremos a referirnos a las redefiniciones y a la reestructuración. Pasemos ahora a las distintas formas de *directivas*, con las cuales vamos a preparar el camino para las redefiniciones.

De acuerdo con su formulación, pueden presentarse distintos tipos de directivas:

- ***Imperativa***: Una directiva formulada en tono imperativo puede resultar una orden, cuya aceptación será posible si la construimos y la verbalizamos, además, con firmeza y calidez. Para ello, el terapeuta debe encontrarse colocado por los consultantes en una clara y consensuada posición de complementariedad superior. Se trata, por lo tanto, de una posición otorgada por quien realiza la consulta y se apoya en la muy

³⁰¹ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

buena motivación del paciente y en la buena maniobrabilidad lograda por el terapeuta.

Es cuando el terapeuta dice con firmeza y convicción: "Usted debe hacer lo siguiente...".

- **Persuasiva:** Esta directiva está expresada desde una posición "one-down", es decir, desde una posición de complementariedad inferior. El terapeuta se coloca en la postura de hacer una sugerencia, intentando mostrar la validez de la propuesta, con el propósito de que el consultante se convenza de la misma.

El terapeuta puede decirle al consultante: "Me parece que sería conveniente que haga tal cosa...".

- **Dubitativa:** El terapeuta tiene una certeza, pero sabe que si la plantea como tal puede generar resistencia, por lo tanto la plantea como una duda. La certeza, la convicción debe ponerla el paciente. Aquello que el terapeuta intenta transmitir debe estar relacionado con la concepción que el paciente y/o los consultantes tienen o bien del problema, o bien de la solución posible.

En una situación en la que estamos intentando lograr una mayor maniobrabilidad, pero los consultantes no nos la han otorgado, podemos decir: "alguna gente aconsejaría que en una situación como ésta, se hicieran las cosas de tal manera, pero en su caso... no sé si ello es lo más adecuado".

- **Generando expectativas:** Resulta necesario generar expectativas cuando la motivación de los pacientes es escasa y, por lo tanto, no contamos con maniobrabilidad.

Es empleada también cuando se necesita poner a prueba la motivación del consultante. Se toma un tema de interés del paciente y/o del subsistema de impacto, comienza a desarrollarse una formulación de forma tal que los consultantes se predispongan hacia nuestra propuesta, pero antes de terminarla, el terapeuta pone en duda la validez de la propuesta, esperando que sea el paciente quien por favor le pida una respuesta, una conclusión.

La formulación se debe realizar con un planteo basado en los términos y con los valores de quien, expectante, espera una respuesta. El terapeuta se apoya en un correcto empleo de los silencios como un modo de generar expectativas y con las dudas puestas en la situación, no en la capacidad del consultante.

En forma resumida, podría ser: "Se me ocurre algo que ... pero no, olvídelo, no es para usted (o no es el momento adecuado)".

- ***Cuando se destacan sólo ciertos comportamientos:*** El terapeuta puede exaltar con sus verbalizaciones aquellas conductas que valora, que considera positivas. Todas aquellas conductas que no resalte o destaque serán interpretadas por el consultante de manera opuesta.

El terapeuta califica los comportamientos cuando le dice a su interlocutor cosas simples como: "¡Qué bien!", "¿Cómo se le ocurrió esa idea?", "¡Qué oportuno lo suyo!"

Con su fraseo, repitiendo aquello que quiere resaltar, exalta las conductas que se desean destacar. También lo hace con preguntas que gatillan respuestas positivas, esto significa que es el terapeuta quien se emplea como instrumento, de forma tal que el consultante registre la diferencia que hacemos de ciertas conductas que deseamos privilegiar.

- ***Cuando se desafía al consultante:*** Para emplear directivas desafiantes, debemos tener la certeza de que nuestro paciente y/o consultante es proclive a desafiar las propuestas que se le formulan. Para ello, debemos conocer cómo es la modalidad de funcionamiento del paciente o del consultante cuando debe definir la relación.

Una exaltación a las propuestas basadas en la igualdad o una escasa tolerancia a funcionar en una posición de complementariedad inferior nos hacen pensar en su tendencia a desafiar las propuestas que se le formulen.

Cuando el consultante se muestra reacio, con escasa motivación, pero tiene la tendencia descripta, existe la posibilidad de que acepte una propuesta desafiante. Así, el terapeuta podría decirle: "En casos así, siempre que la gente tenga recursos, lo que no sé si es su caso, lo conveniente podría ser..."

- ***Cuando se generaliza, luego se precisa y posteriormente se cambia de tema:*** En una entrevista, el terapeuta puede aprovechar un tema y, hablando de una situación general, puede pasar a conversar de una situación particular, relacionada literal o metafóricamente con la queja que se trajo a la consulta. Se puede, por ejemplo, preguntar sobre lo que haría en una situación como la que se describe, y antes de que el paciente conteste, el se propone cambiar de tema, dejando una idea "sembrada".
- ***Cuando se cuentan historias o anécdotas:*** Todos los relatos, todas las historias nos permiten rescatar alguna relación interaccional. Los terapeutas pueden tomar algún comentario de los consultantes y/o del paciente para destacar ciertos aspectos, poniendo un énfasis especial por parte de quien realiza el nuevo relato.

En este sentido, podemos contar una historia basándonos en los temas de preferencia, en los valores, en cualquier clase de material que traiga el consultante (contenidos o propuestas relacionales) que le permitan al terapeuta hacer una analogía con la queja o el motivo de consulta, y que lleve al consultante a relacionar lo conversado con su situación y con soluciones que él podría aplicar como propias, sin que sean una propuesta directa del terapeuta³⁰².

- ***Cuando se hace una propuesta negociadora:*** El terapeuta en su trabajo hace propuestas para co-construir con los consultantes un problema, una meta y las soluciones, pero no todas las proposiciones que realiza son tomadas al pie de la letra. Las directivas negociadoras le permiten al terapeuta lograr que los consultantes acepten algunas de sus propuestas como resultado de desechar otras.

Cuando el terapeuta lleva a la acción esta directiva, le pide al/los paciente/s y/o consultante/s que realicen una determinada acción que, se supone, despertará una resistencia, una negativa contundente. Ante esta imposibilidad, y luego de haber solicitado insistentemente dicha acción o comportamiento sin haber obtenido una respuesta concreta, se podrá formular una propuesta que sea aceptada.

³⁰² Para más detalles acerca de esta maniobra, ver en redefiniciones el empleo que Milton Erickson hacía de ellas.

- ***Cuando recurrimos a la paradoja:*** Una directiva paradójica debe ser pensada y muy bien elaborada por el terapeuta, como así también construida con el o los consultantes. La intención terapéutica es que el paciente no pase a la acción algunas de las “cosas” que piensa o siente. Es decir no los transforme en una conducta.

La resistencia de quienes consultan puede colocar al terapeuta y al consultante mismo en una situación paradójica. Esta se presenta o plantea de diferentes formas y con diferentes grados de intensidad, siempre como una respuesta a las propuestas del terapeuta (cualquiera sea la línea de abordaje). La situación que se puede instalar es paradójica porque quienes consultan, quienes vienen a buscar una ayuda, un alivio, una respuesta, una información o la ampliación de la que tienen. Lo hacen a partir de la necesidad de que el terapeuta les confirmará la visión que tienen de su problema; y si éste no propone una alternativa, queda inmerso en el mismo problema de quienes lo consultan.

En ese sentido, en estas situaciones el terapeuta se adhiere al “status quo”, al no cambio, pero también considera todas las buenas razones que sus consultantes podrían tener para cambiar o desear cambiar y, a su vez, reconoce las dificultades que el consultante tiene para cambiar.

También puede ser al revés, al observar las dificultades de cambio del paciente, y/o la pareja, y/o la familia, destaca “las ventajas” de la situación que viven o bien resalta lo peligroso que puede resultar un cambio sin estar todos los miembros de la familia preparados, ya que podría perderse una magnífica oportunidad de cambiar.

Si el cambio se produce sin estar todos preparados, se puede lograr una oposición de algún o algunos miembros de la familia, y entonces se propone pasar a la acción. Esta oposición también puede estar dirigida al terapeuta y no ser explícita, pero le resultará difícil oponerse a la directiva construida paradójicamente, porque está construida con los mismos argumentos de quienes están en la consulta.

Una directiva paradójica bien construida posibilita que una opción del consultante sea desafiar su propia construcción de la realidad. Ya que fue su propia definición (expresada como queja) y/o por que ha sido incluida como motivo de consulta (coconstrucción del consultante y el

terapeuta), que hace la directiva ofrecida/propuesta no coincida con aquello que esperaba/n, pero ante lo cual sólo queda desafiarla (se transforma en un Cambio de Segundo orden).

La posibilidad de los consultantes surge de la necesidad de cambiar. Estas maniobras pueden explicitarse siempre y cuando disminuyan la resistencia, aumenten la motivación del consultante y del terapeuta y se incremente la maniobrabilidad de este último. Se formulan con distintos grados de “imperatividad” por parte del terapeuta, para que el consultante haga algo, para que no lo haga o bien realice lo contrario.

Un tipo especial de directiva paradójica es la "prescripción del síntoma", que trataremos con mayor amplitud más adelante.

El Silencio

¿Puede ser el silencio una maniobra? ¿Puede ser el silencio una directiva?

Personalmente, creo que sí, pero ello implica dejar de lado la definición de Hugo Hirsch y colaboradores, que dice que son directivas todas aquellas verbalizaciones del terapeuta.

Pienso y creo que la falta de una verbalización, una expresión cuando alguien la está esperando debe ser considerada como directiva.

En un sentido analógico, el silencio puede hacer *pensar, sentir y/o hacer muchas cosas*, con el valor agregado de que, por no haber verbalización por parte del terapeuta, no genera ninguna resistencia por parte de quien consulta. Más aún: por ser el producto de la “propia ocurrencia o creatividad”, seguramente es mejor que lo que otro pueda decir.

.....
.....
.....
.....

Si estos puntos representan un *silencio*, y este se produce *antes de un comentario, seguramente generaremos mayor expectativa, una mejor atención, una mayor concentración y hasta motivación ante la verbalización.*

Si los puntos de los renglones anteriores pudieran ser leídos cada uno como el vacío o ausencia de palabras o sonidos, este *silencio posibilitaría que el lector aumentara su curiosidad por conocer lo que se ofrecería más adelante.*

Una maniobra mencionada anteriormente al tratar las directivas mostraba que, cuando el terapeuta hacía una *generalización, luego precisaba un tema y posteriormente lo cambiaba*, lo estaba haciendo para sembrar una idea, es decir, realizar un planteo que el terapeuta desea que prospere como una idea personal, propia de la persona que consulta. Para que se pueda establecer esta “siembra”, es conveniente plantear la idea, luego proponer un silencio y finalmente cambiar el tema de conversación.

El silencio y una actitud de comprensión les ofrecen a los consultantes confianza y son una forma de transmitir respeto, consideración, confirmación.

El silencio, dijimos, es una directiva y puede ser también dado como *tarea* en el sentido de aconsejar que no se hable de un tema específico hasta que no haya transcurrido un determinado tiempo o un determinado acontecimiento.

Mantener silencio sobre ciertos temas, para algunas personas puede ser muy difícil; para otras, en cambio, el silencio es el mayor argumento de su poder. (Vídeo del caso de una niña de 15 años, que se negaba a hablar, supervisión realizada por Hugo Hirsch).

La combinación de las palabras verbalizadas y el silencio realizado en el fraseo nos pueda dar la posibilidad de generar como resultado:

- una “directiva paradójica”,
- una “tarea preparatoria”,
- una “tarea indirecta” o
- una “tarea paradójica”.

Es frecuente que el terapeuta le solicite a la pareja o a la familia que consulta, que por cierto tiempo se mantenga sin hablar de un tema polémico, para que lo planteado en sesión sea revisado en forma personal, en un período que trascienda el espacio de la sesión. De este modo, una solicitud de este tipo propone una *tarea* para la casa, tema que desarrollaremos posteriormente.

Redefinición - Reestructuración - Reencuadre – Desencuadre.

Si recordamos la definición de directivas³⁰³ de Hirsch y Rosarios que ofrecemos con antelación, observamos que las redefiniciones son directivas.

Se entiende por *redefinición* “la operación mediante la cual el terapeuta ofrece un nuevo sentido”³⁰⁴, como así también cuando ofrece una descripción diferente (modifica la puntuación de las secuencias, las jerarquías dadas a las personas, a los hechos y elecciones realizadas, etc.) a una situación que los consultantes han definido como problema, y que causa pena, dolor, fastidio o agresión. Cuando el paciente y/o los consultantes aceptan este nuevo sentido, esta nueva descripción, experimentan un cambio en la visión del problema en cuanto a la pena, el dolor, el fastidio o la agresión. Se experimenta, así, una *reestructuración*.

Por su parte, Michael White y David Epston³⁰⁵ plantean algunas preguntas, cuyas respuestas facilitarán la comprensión de lo expuesto:

- ¿Cómo explicamos entonces la experiencia que una persona tiene de sus problemas y la presentación de éstos para la terapia?

Podrían hacerse una serie de suposiciones. Podríamos asumir que la experiencia de una persona es problemática para ella, por ejemplo, porque se la sitúa en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes en la medida que no dejan espacio suficiente para la presentación de los relatos preferidos por la persona. O podríamos también suponer que la persona en cuestión participa activamente en la representación de unos relatos que encuentra inútiles, insatisfactorios y cerrados, y que estos relatos no incluyen suficientemente la experiencia vivida de la persona, o se hallan en contradicción con aspectos importantes de esa experiencia vivida.

- ¿Cuáles son las implicaciones de estas suposiciones para la actividad que llamamos terapia? Si los supuestos son razonables, entonces podremos dar por sentado que, cuando alguien acude a terapia, un resultado

³⁰³ Verbalizaciones del terapeuta tendientes a que el consultante desarrolle ciertas clases específicas de acciones que directa o indirectamente impliquen una incompatibilidad con la persistencia de la solución intentada (Hirsch, H. y Rosarios H. Estrategias psicoterapéuticas institucionales).

³⁰⁴ Hirsch, H. y Rosarios H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

³⁰⁵ White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos.

aceptable podría ser la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados que aporten posibilidades más deseables y que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con final abierto.

En esta circunstancia, quien haya consultado ha *reestructurado*.

Hirsch y Rosarios entienden que **reestructuración** “significa cambiar el propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, y situarlo dentro de otra estructura que aborda los hechos correspondientes a la misma situación concreta, igualmente bien o inclusive mejor, cambiando así el sentido de los mismos. Lo que cambia es el sentido atribuido a la situación y no los hechos correspondientes a ésta”³⁰⁶.

Acerca de la *redefinición*, ya en 1597 **Francis Bacon**, en su libro *De la negociación*, dejó establecido:

"Si queréis manejar a un hombre, habéis de conocer primeramente su naturaleza o sus modos, para así manipularlo; o sus fines, y así persuadirle; o sus debilidades y desventajas, para amedrentarle; o bien a aquellos que tienen influencia sobre él, para así gobernarle. Al enfrentarnos con personas arteras, hemos de considerar asimismo sus finalidades para interpretar sus discursos, siendo preferible decirle lo menos posible y aquello que menos esperan".

Y **Wittgenstein** planteó acerca de la *reestructuración*:

*"No llama la atención hacia nada, no da lugar a introspección comprensiva, sino que enseña un juego diferente, haciendo así obsoleto el anterior"*³⁰⁷.

A su vez, **Saint-Exupéry**³⁰⁸ planteó:

"La verdad no es aquello que descubrimos, sino lo que creamos".

Inclusive Epicteto³⁰⁹, en el siglo I, ya había sentenciado:

³⁰⁶ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

³⁰⁷ Citado en Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

³⁰⁸ Citado en Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

"No son las cosas mismas las que nos inquietan, sino las opiniones que tenemos acerca de ellas. Las palabras "acerca de" recuerdan el hecho de que cualquier opinión es meta con respecto al objetivo de dicha opinión o punto de vista, y pertenece, por tanto, al nivel lógico inmediatamente superior".

La reestructuración opera, así, en el nivel de la materialidad, en el cual, como hemos intentado señalar, puede tener lugar un cambio, incluso si las circunstancias objetivas de una situación están más allá del poder humano.

¿Qué es lo que se halla implicado en la reestructuración?³¹⁰

- “Nuestra experiencia del mundo se basa en la categorización de los objetos de nuestra percepción en clases. Estas clases son constructos mentales y por tanto aspectos de la realidad totalmente diferentes de los objetos mismos. Las clases se forman, no solamente sobre la base de las propiedades físicas de los objetivos, sino en especial de su grado de significación y de valor para nosotros”.
- “Una vez que un objeto ha sido conceptualizado como miembro de una clase determinada, resulta extremadamente difícil considerarlo también como perteneciente a otra clase. El hecho de pertenecer a una clase, por parte de un objeto, se designa como su *realidad*”.
- “Lo que hace que la reestructuración sea un instrumento tan eficaz de cambio es el hecho de que, una vez que percibimos la pertenencia alternativa de un miembro u otra clase, no podemos volver tan fácilmente a la trampa y la angustia representadas por el previo punto de vista acerca de su *realidad*”.

De acuerdo con Hirsch y Rosarios³¹¹, las reformulaciones o redefiniciones están dirigidas a dos aspectos:

- *A la naturaleza del problema* (Por ejemplo, cuando el terapeuta hace referencia a una característica del hijo diciéndole: “Su chico no es malo, está enfermo”).

³⁰⁹ Idem

³¹⁰ Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). Cambio.

³¹¹ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

- *Al significado de la solución intentada.* (Por ejemplo, cuando el terapeuta le dice a un padre: “Con este comportamiento ‘sobrepotección’, usted lo desprotege, porque no lo prepara para la vida; como usted le soluciona los problemas, es probable que él no sepa si puede o no hacerlo solo).

En su libro *Raíces Profundas*, William O' Hanlon realiza una sistematización de la técnica empleada por Milton Erickson que resulta muy útil para aprender a **redefinir**. Para que esta tarea resulte más fácil y sencilla debemos distinguir entre:

- *Reencuadre o Reestructuración:* el terapeuta o el proceso terapéutico le proporciona al consultante un marco de referencia o un significado alternativo a la situación relacionada con la queja que trajo a la consulta.
- *Desencuadre:* cuando se anula o arrojan dudas sobre los marcos de referencia o significados atribuidos a una situación preocupante hasta ahora.

O' Hanlon realiza una distinción importante, ya que reconoce, distingue y diferencia los *hechos* de los *significados*³¹². Llama:

- *Hechos* a todas aquellas observaciones y descripciones con base sensorial, lo que realmente sucede o ha sucedido que puede ser percibido por nuestros sentidos de muy distintas formas. Michael Yapko, destacado profesional anteriormente mencionado, los llama *acontecimientos*.
- *Significados* a las interpretaciones, conclusiones y/o atribuciones derivadas o realizadas de los hechos que se trata o bien relacionadas con ellos. Michael Yapko las llama *atribuciones*, y se encuentran en el plano de las ideas, de los pensamientos.

Podemos *reencuadrar o desencuadrar*, en otras palabras *redefinir*, a partir de "unir" lo que estaba separado o de separar lo que está unido. Lo llamamos "*separación*" o "*vinculación*", y se basa en la propensión natural de las personas a trazar distinciones (separar) y/o realizar asociaciones (vincular). Con estas dos operaciones podemos generar todos los elementos con los cuales construimos

³¹² O' Hanlon, W. (1989). *Raíces Profundas*.

"significados" adjudicables a los "hechos", y de esta forma, podemos armar un nuevo marco de referencia o encuadre.

Atribuciones Causales

Con respecto a la *modificación de los significados*, O' Hanlon (1989) plantea la tendencia natural a asignar a la información que obtenemos, cualidades, características o relaciones con situaciones conocidas y manejadas por la experiencia previa.

Este mecanismo se realiza por medio de la formulación de teorías o razonamientos *acerca de las causas o los por qué* de lo que sucede o de lo que no sucede. Así, tratamos de que estas teorías que construimos nos expliquen las razones de lo que está pasando, lo cual se relaciona directamente con nuestra tendencia a buscar y determinar si nos encontramos en presencia de una *causa* o un *efecto*.

De intenciones, motivaciones o propósitos y función

Esta tendencia natural a relacionar las cosas para buscar una explicación a las propias acciones o a las de otras personas se basa en la elaboración de constructos, cuya función es, por lo tanto, atributiva.

De rasgos de personalidad: Muchas son las oportunidades en que la atribución tiene una clara referencia a características de personalidad que le adjudicamos a quienes interactúan con nosotros. Se trata de las ideas que tenemos acerca de cualidades interiores psicológicas o emocionales de esas personas.

"Lectura de la mente". Las experiencias internas de otras personas: Es aquella situación en la cual algunas personas actúan con la certeza de saber qué piensan y/o sienten sus familiares, amigos y/o cualquier otra persona.

Clasificación y agrupamiento

Con la información que se maneja en la entrevista se puede hacer:

Clasificación: Todas las personas tenemos la tendencia de ordenar, clasificar las cosas. El modo en que elegimos hacerlo es arbitrario, es una elección de la persona en cuestión. Destacamos una característica significativa o un rasgo

sobresaliente y en virtud de esta observación clasificamos, le asignamos un lugar, una función, pensamos en un origen o en un pronóstico. Lo hacemos en forma natural, de un modo espontáneo ante todo lo que sentimos, pensamos o hacemos. También sucede con sentimientos, pensamientos y acciones que le atribuimos a los otros.

Designación: Es parte de la misma característica, ya que siempre tenemos una tendencia a ponerle nombre a las cosas, a las experiencias vividas o relatadas por otros.

Generalización: Cuando hacemos una globalización de una particularidad, haciendo que sea lo *mismo* una vez que *siempre*, o que *un hombre* sea igual que *todos los hombres*.

Adjetivos caracterizadores: Cuando le asignamos una cualidad o resaltamos una característica o alguna experiencia y esta se destaca, sobresale por encima de las demás.

Equivalencias: Cuando decimos que una experiencia es semejante a otra. Por ejemplo alguien hace un relato y otro de los presentes, dice: - “*Sí, a mí me pasó lo mismo. Resulta que...* ” con lo que ese otro sujeto interpreta que su interlocutor ha tenido una experiencia semejante y lo podrá entender, comprender, ubicarse en su lugar.

Vinculación: Cuando unimos, asociamos o ligamos dos o más elementos que no estaban juntos, asociados o unidos. Al vincularlos, modificamos la concepción que teníamos de ellos: “*Dime con quién andas y te diré quién eres*”. Si hablamos de caballo blanco, en la Argentina, pensamos en San Martín.

Separación: Cuando separamos dos o más elementos que en general la gente asocia como una misma cosa, si bien pueden presentarse por separado, aunque ello no fuera lo corriente.

Evaluaciones: Cuando se formula un juicio acerca de los méritos o la importancia de algo o alguien.

Conclusiones: Cuando se realiza una conclusión sobre el significado o la implicación de una experiencia.

Predicción: Se llama así a una conclusión en la que se anticipa o prevé el futuro.

Metáforas: La metáfora constituye uno de los métodos más ingeniosos y agradables para redefinir, reformular, desencuadrar o reencuadrar la concepción del problema y las soluciones intentadas que traen los pacientes, en el momento de la consulta.

Para hacer un empleo correcto de las metáforas en la psicoterapia debemos hacer un recorte de las interacciones que se dan en el sistema terapéutico. Es decir, seleccionamos interacciones que describan el circuito mínimo mantenedor de la queja por la que se consulta y/o del síntoma, que son redundantes y en las cuales se expresan las patologías relacionales derivadas de los axiomas de la comunicación (rechazo, descalificación, diferencias en la puntuación, complementariedad rígida o escalada simétrica). Así, puede observarse la **interacción disfuncional básica** a partir de la cual se organiza el problema, o bien lo que los consultantes plantean como queja y/o motivo de consulta, formado y posteriormente mantenido sobre la base de la visión de mundo y el sistema de creencias de quienes participan de la interacción. La observación y el chequeo de esta *interacción disfuncional básica* permitirán encontrar un símil, una metáfora de lo que los consultantes plantean como problema.

Las metáforas pueden emplearse de tres formas diferentes, según describe O' Hanlon cuando sistematiza el uso que hacía Milton Erickson de las mismas: las analogías, el encuadre metafórico y las metáforas propiamente dichas.

Analogía: podemos definirla como “cuando *algo* se asemeja a *otra cosa*”. Abordamos la “*cosa*” cuando observamos que el tratamiento, la conversación sobre ese “*algo*” generará resistencias o un clima de tensión, en el paciente y/o sistema de impacto, que será no apto para la buena comprensión por parte de lo que deseamos transmitir. En general, no es necesaria una explicación.

Encuadre metafórico: Cuando hacemos una descripción y en ella hay una imagen implícita, esta imagen que nos encargamos de describir minuciosamente contiene elementos, y acciones que la transforman en un símil, un “sinónimo simbólico” de la situación que el paciente y/o sistema consultante vive, y no puede resolver. Esta debe ser tomada por el terapeuta y trabajada de manera que pueda ser incorporada por el consultante, modificando de alguna manera la visión del mundo (reencuadre y/o desencuadre). Es una explicación, en otros términos y con otro tema.

Metáfora: Cuando se narra una **historia** que lleva implícita la imagen que queremos que el paciente y/o consultante haga propia. Esta historia se caracteriza

por la descripción de una **acción** que tiene principio, medio y final. Con ella se le ofrece al consultante una comprensión de su situación y se le formula una propuesta de solución al motivo de consulta.

Jeffrey Zeig en su libro *Un seminario didáctico con Milton Erickson*, destaca que las anécdotas pueden tener diversos orígenes:

- *Ficticias* cuando su origen está basado en: los cuentos tradicionales, en las fábulas, en parábolas y/o en alegorías
- Relatos o crónicas de genuinas experiencias.
- Aventuras vitales.

A su vez, señala que Erickson las empleaba en cualquier fase del tratamiento, y que pueden ser muy útiles para:

- El diagnóstico.
- El establecimiento de una relación empática.
- La ejecución de un plan de tratamiento, porque son muy útiles para encuadrar y reencuadrar.

En mi caso particular, empleo las metáforas desde un primer momento, desde los conocimientos de la ficha de preentrevista, y ya en la etapa social de la primera entrevista, ya que al consultar, nuestros interlocutores pueden hacer referencia a su situación como de dolor o de angustia. Como terapeutas, somos sintónicos con la situación y el estado de quien nos habla cuando decimos:

- “Claro, se encuentra en un callejón sin salida”.
- “Bien, entiendo que se sienta como en un pozo profundo”.
- “Sí, me doy cuenta de que su situación se parece a caer en una ciénaga en la que cuanto más hace para salir, más siente que se hunde”.

Cuando hacemos estos comentarios, estamos haciendo uso de las metáforas. Si el consultante acepta la metáfora como expresión de su situación, hemos sembrado una idea. Más que eso: una imagen que, por ejemplo, en el primer caso implica que lo adecuado es retroceder, desandar el camino o por lo menos aceptar como válida la alternativa de no seguir, de no hacer más de lo mismo.

En la interacción con los consultantes co-construimos el problema, la meta mínima, las nuevas soluciones a intentar y las teorías que apoyan la concepción que se tiene de esta información y de cómo solucionar el problema. En la recolección de todo este material y en la interacción permanente, comenzamos a establecer el estilo preferencial del o los consultante/s; si prefiere una comunicación con predominio de contenido y relaciones afectivas, o con más o menos contenidos y relaciones cognitivas y lo mismo en lo que hace a lo conativo o propuestas de acción.

La metáfora interaccional responde al estilo del consultante, lo que nos cuenta está organizado en el **razonamiento** que hace del problema, o bien prevalecen los **sentimientos** o bien apela a la **acción** llevada o a llevar a cabo. En cualquier etapa puede ser incluida una analogía, un encuadre metafórico o una metáfora.

Las **analogías** nos evocan una imagen semejante a la interacción disfuncional básica y generalmente no requieren de una explicación. Se entiende claramente cuando comparamos una situación con un freezer, con un fusible, con una guerra de trincheras, con un callejón sin salida, con un drama, con una comedia, con un tandem o cuando le recordamos que actúan como si fueran los dueños de la pelota. Resulta muy útil tener algunos elementos reales que expresen con mayor intensidad la imagen que queremos transmitir (fusible, clavo, brújula, mapa, etc.)

Son **encuadres metafóricos** los refranes, los dichos populares o ciertas descripciones que llevan una imagen, una acción implícita que refleja la interacción disfuncional básica y que puede ser tratada de manera explícita, ya que genera una mínima oposición o resistencia.

Son **metáforas** los relatos o “historias de ...” que, conocidas o creadas al efecto, compartimos con los consultantes. Todas las historias tienen un protagonista, el consultante, que se siente identificado o no, ya que puede adjudicarle a otro el protagonismo y, por lo tanto, la responsabilidad de sus males y pesares. Nosotros somos quienes debemos establecer la diferencia.

Con la metáfora interaccional, intentamos que los consultantes vean, sientan y/o reconozcan el juego en el que están implicados. Además, que perciban cómo *un cambio en el principal afectado* cambia la situación y su relación con el otro o los otros. La persona que consulta puede y debe visualizar el cambio a partir de la puesta en acción de maniobras sobre sí mismo, dado que sólo sobre sí mismo

tiene un exclusivo y total control. También resulta afortunado: la solución la realiza a su propia medida; nosotros sólo lo ayudamos.

Prescripción del síntoma

La *prescripción de síntoma* es una maniobra que recibe “nombre propio”. Dada su utilidad e importancia, ya hemos hablado de ella, cuando nos referimos a *Maniobras Generales*, específicamente a las *de comienzo*. Ahora bien, concretamente, ¿qué es prescribir el síntoma?

Cuando personas preocupadas realizan una consulta con el deseo de modificar una situación, de resolver un problema, esperan una respuesta que alivie o solucione su inquietud.

Si el terapeuta advierte que la motivación es nula o escasa, que la maniobrabilidad con que cuenta es directamente proporcional a la motivación, si el portador de los síntomas se encuentra en la fase de precontemplación o de contemplación, etc., todas las posibles intervenciones “caerán en saco roto” y los resultados no tendrán ninguna relación con la claridad que podamos tener del problema. Por el contrario, si del resultado de una primera entrevista hemos podido consensuar con los consultantes de cuánto y cómo el síntoma forma parte habitual, cotidiana y “normal” de las interacciones del sistema, seguramente podremos convenir que no cambiar (maniobra general de comienzo) “por ahora” es conveniente, estaremos (estarán, los consultantes) contradiciendo su propia epistemología; es decir, la concepción que tienen y traen del problema que los aqueja, del paciente sintomático y de ellos, miembros significativos con que éste interactúa. Si así sucede, hemos estado trabajando desde *directivas paradójicas*. Pero como se elaboran con el objeto de modificar la epistemología del paciente identificado y de su familia, se transforman en una **redefinición**.

El terapeuta prescribe, insta, promueve a la familia y/o al paciente individual a que continúe haciendo exactamente lo que consideran "sintomático o enfermo", con las propias y buenas que la familia tiene para haber “creado y sostenido” lo que ahora desea cambiar. Las razones invocadas por el terapeuta para solicitar estas acciones están apoyadas en los comportamientos que quienes consultan han manifestado en el desarrollo de la entrevista. De acuerdo con ellas podrá generar las *directivas paradójicas* y las redefiniciones (que desarrollaremos en

el próximo tema) a partir de las cuales propondrá una visión alternativa de la realidad descrita por los consultantes.

Prescribir con éxito significa que el terapeuta se anticipa a lo que sucederá. Por lo tanto, si quienes reciben la prescripción están preparados y/o conocen lo que va a suceder, obviamente se modificará el contexto y también la configuración familiar (circuitos de retroalimentación). Funcionalmente, el paciente y/o la familia está/n en otras condiciones cuando se plantea el síntoma. De este modo, las respuestas serán diferentes, y diferente será también la interacción, ya que se ha creado un nuevo circuito, en el cual el síntoma no está presente y, si lo está, no se le otorgan los mismos significados ni se le hacen las mismas atribuciones. Posiblemente, han pasado de una etapa de contemplación o preparación del problema a la etapa siguiente de preparación y/o acción, según corresponda.

Como se planteó anteriormente, es muy importante saber distinguir entre *directivas paradójicas* y *tareas paradójicas*.

El terapeuta debe tener muy claro cuándo dice algo para que se haga, o cuándo dice algo para que no se haga. El modo empleado, el fraseo, la entonación y la postura deben ser significativamente diferentes.

La *prescripción del síntoma* puede ser **parcial**, y esto implica un pedido explícito de que se mantenga o exagere una conducta identificada como problema, que puede ser el síntoma o una conducta que ayude a mantener el síntoma.

Para construir una *prescripción del síntoma* debemos valernos de contenidos o aspectos que incluyan valores que le ofrezcan credibilidad a quien va dirigido:

- *Componente afectivo*: cuando la construcción realizada por el terapeuta está basada en los aspectos afectivos de la relación existente entre los consultantes, o entre el paciente identificado y quien él determina como significativamente involucrado. Se le puede pedir al paciente que se deprima o tenga miedo como una forma de conocer más acerca de lo que le pasa en esas circunstancias.
- *Componente cognitivo*: cuando la construcción de la maniobra se basa fundamentalmente en las ideas y pensamientos más frecuentes, que son los que provocan o mantienen esa depresión o ese miedo.

- *Componente conativo*: cuando la prescripción se realiza preferentemente entre los aspectos “conductuales” de quienes vienen a la consulta y/o de alguna otra persona que se encuentra francamente involucrada. Por lo tanto, se lo insta a actuar como si en realidad estuviese sucediendo o pudiera suceder lo no deseado.
- *Componente significativo-simbólico*: dada nuestra natural tendencia a rotular experiencias o acontecimientos, la prescripción realizada debe tender a bloquear una posible interpretación que mantenga o agrave el síntoma, o bien a ofrecer una que resulte más conveniente.
- *Componente contextual*: cuando la prescripción se hace teniendo en cuenta el contexto del paciente y/o consultante, que puede estar prevenido de la solicitud del terapeuta y no responder según el circuito del síntoma, bloqueándose. Es lo que Peggy Papp (1988) describe como "maniobras basadas en la aceptación y el rechazo".

Connotación Positiva del Síntoma

Como decíamos anteriormente, es una maniobra con nombre y apellido. Se apoya en las directivas que han posibilitado construir el problema o las metas, y cuando se trabaja en pro de las soluciones, de manera sutil y con mucho cuidado, indagando acerca de cuáles habrían sido los beneficios del problema.

Conocemos los problemas acarreados; ahora bien, deberíamos saber cómo ha perdurado el síntoma (soluciones intentadas) y qué beneficios podemos destacar del mismo. En efecto, al hacer una evaluación positiva de lo que la situación permite, el terapeuta construye con la familia el sentido que ha tenido el síntoma o la conducta disfuncional, considerada patológica o enferma. La connotación positiva del síntoma tiende a modificar el sistema de valores de la familia, de los consultantes y por consiguiente su modelo de mundo. Cuando el significado y la evaluación de una conducta cambian, los miembros de la familia deben reaccionar necesariamente de un modo diferente con respecto a esta conducta.

Se trata entonces de una *prescripción de los síntomas*, que permitirá *reencuadrar* o redefinir la evaluación, la descripción de las secuencias y características que hace la familia de los síntomas y conductas orientadas a las

soluciones posibles, pero no exitosas. Por lo tanto, esta **redefinición** se puede transformar en reestructuración.

Los terapeutas de la Escuela de Milán proponen la necesidad de incluir a todos los miembros del sistema en dicha visión positiva.

Tareas

Se reconocen como tareas aquellas “actividades concretas que el terapeuta solicita u ordena. Muchas directivas del terapeuta no tienen por objeto que el consultante realice tareas específicas, sin llevarlo a ciertas clases de comportamiento”³¹³.

Steve de Shazer (1987) señala que “la costumbre de dar instrucciones (tareas) a los pacientes es un tipo de conducta no menos antiguo que el propio concepto de curación” y agrega que “las tareas suelen ser una forma de intervención estratégica que cumple diversas finalidades. En general, la tarea se asigna *para promover el cambio*, vale decir, para activar nuevas pautas de transacción”.

Se las llama tareas porque son algo así como “deberes para hacer en la casa” (fuera o después de la sesión). Son acciones que deberán ser llevadas a cabo tal como se indican o para que el consultante realice justamente lo opuesto, lo contrario, ya que están destinadas a propiciar o bien a evitar todos o algunos de los comportamientos que son o están relacionados con el motivo de consulta.

En otras oportunidades, el objetivo de las tareas será sostener la intensidad de las intervenciones o directivas realizadas durante la sesión. Representan la posibilidad y la oportunidad de que las “energías” cognitivas, afectivas y conativas se canalicen de un modo coherente con el desarrollo de las entrevistas realizadas y de las nuevas alternativas que éstas generen a partir de las directivas y/o redefiniciones ofrecidas, es decir las reestructuraciones para los consultantes/pacientes.

³¹³ Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales.

Para su desarrollo, consideramos la bibliografía existente y un trabajo realizado en septiembre de 1995, en el marco de una reunión de trabajo organizada por el Equipo de Admisores del Centro Privado de Psicoterapia S.A.³¹⁴

Ya hemos definido las tareas que se deben realizar y los objetivos que se deben alcanzar en el período que transcurre entre una sesión y la siguiente, destinados a la búsqueda de comportamientos diferentes, en la conducta disfuncional o en otras actividades relacionadas.

Las tareas sugeridas o indicadas implican necesariamente que el trabajo realizado durante la sesión contenga elementos construidos con el empleo de las intervenciones (directivas y redefiniciones) relacionadas con lo co-construido en sesión como problema, como metas que, por lo tanto, serán de utilidad para las soluciones.

Como intervención terapéutica, las tareas representan un recurso valioso en muchos modelos de terapia, en particular en la Terapia Sistémica, pero no existe mucha bibliografía al respecto. Por ejemplo, *tarea* no figura en el *Vocabulario de Terapia Familiar* de Fred Simon, Helm Stierlin y Lyman Wynne; como tampoco se han encontrado artículos referidos a las tareas en las revistas *Sistemas Familiares* y *Perspectivas Sistémicas*, que se publican desde 1985 y 1988 respectivamente.

Jay Haley³¹⁵, quien emplea los términos *tareas* y *directivas* como sinónimos, detalla cuáles son las finalidades de las tareas:

- que la gente se comporte diferente, para que tenga experiencias subjetivas diferentes.
- intensificar la relación Terapeuta - Paciente y extender la relación fuera del consultorio.
- obtener información.

Y de acuerdo con el modo en que son impartidas, clasifica las tareas en:

- Directas:

³¹⁴ Rosina Crispo, Cristina Elias, Peter Heidyn, Marcela Labrit y Sara Piedrabuena (de Buenos Aires); Cinthya Forteza y Sara Cosacov (de Córdoba); Lino Guevara (de Neuquén) y quien suscribe por la región de Cuyo. El trabajo fue sintetizado por Marcela Labrit.

³¹⁵ Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*.

- Cuando se le dice a la gente lo que debe hacer con el propósito de que lo cumpla.
 - Decirle algo con el propósito de que no lo cumpla, o sea de que cambie por vía de la rebelión.
- Paradójicas
 - Metafóricas

Steve de Shazer (1986) hace referencia al hecho de pedir a la familia una “Tarea de Fórmula”³¹⁶ y recuerda la experiencia realizada en Milán por Mara Selvini y colaboradores, cuando formulaban una “*prescripción invariante*”³¹⁷: en las situaciones planteadas por familias particularmente difíciles, la tarea y su cumplimiento nos brindan información acerca de la familia. El mismo autor destaca algunas de las “*tareas de fórmula*” que suele usar, a las que llama “llaves maestras”, como por ejemplo³¹⁸:

- “El ritual de escribir, leer y quemar”.
- “La tarea de la pelea estructurada”.
- “Haga algo diferente”.

Asimismo, propone el modelo “Tit for tat” (“ojo por ojo”)³¹⁹, basado en tareas condicionadas por la respuesta del paciente. En la primera sesión, asigna una tarea y, de acuerdo con la respuesta del paciente, evalúa la manera de cooperar y la continúa de la siguiente manera:

- Si la respuesta es directa _____ asigna tareas directas.
- Si la modifica _____ asigna tareas que pueden ser modificadas.
- Si la respuesta es opuesta _____ asigna tareas vagas

³¹⁶ Tarea de fórmula: llama así a las tareas que, como si fueran ganzúas, funcionan de manera efectiva en diversas situaciones.

³¹⁷ Prescripción invariante: tareas que son indicadas siempre cuando se presenta el mismo tipo de problemas. En el libro Paradoja y contraparadoja se puede ampliar la lectura.

³¹⁸ de Shazer, S. (1986). Claves para la solución en terapia breve. Páginas 134 y 135.

³¹⁹ Ibidem, p. 88.

- Si no cumple la tarea _____ no asigna nuevas tareas

William O' Hanlon (1989) sistematiza las maniobras habituales de Milton Erickson y nos proporciona algunas ideas que resultan muy valiosas para reconocer dónde, cuándo y cómo intervenir, con el deseo de modificar la pauta que mantiene el circuito de interacciones del síntoma. Esta sistematización nos permitirá pensar en la *tarea* como una forma de alterar o de interrumpir el circuito mencionado.

O'Hanlon llama a estas acciones “intervención en la pauta” y pueden consistir en:

- Cambiar la frecuencia, la velocidad, la duración, el momento, la ubicación, la intensidad y/o la secuencia.
- Crear un corto circuito.
- Agregar o suprimir elementos.
- Interrumpir la secuencia.
- Fragmentar elementos.
- Hacer que se presente el síntoma sin la pauta.
- Hacer que se presente la pauta sin el síntoma.
- Intervenir la pauta.
- Vincular la aparición del síntoma con otra pauta indeseada o de difícil realización.

Por otra parte, Hugo Hirsch y colaboradores (1987) clasifican las tareas en: preparatorias, directas, indirectas, metafóricas, paradójicas y ordalías; éstas a su vez pueden ser directas o paradójicas.

Tareas Preparatorias

El objeto y su diseño están relacionados con la posibilidad de “testear la *motivación*” del consultante y generar una mayor disponibilidad con el proceso terapéutico, de modo que cuando se le solicitan otras tareas, el grado de compromiso por la inversión de esfuerzo realizado sea lo suficientemente alto e importante como para retirarse sin haber logrado su objetivo. Las tareas preparatorias lo motivan, lo

comprometen, y si no lo hacen nos ofrecen la información de la falta de motivación y compromiso.

Son tareas necesarias para el proceso terapéutico, pero no son suficientes para la solución del problema.

Tareas Directas

Se llaman directas porque su “cumplimiento lleva obviamente al logro del objetivo buscado”. Por ejemplo, cuando el terapeuta instruye a los padres acerca de cómo imponer límites y da ejemplos prácticos de secuencias y acciones o falta de ellas, vistas en sesión.

Se pueden impartir cuando el consultante expresa control voluntario sobre el problema, por ejemplo una mamá que no sabe cómo controlar al chico versus la mamá que sabe cómo hacerlo, pero está impedida anímicamente de llevarlo a cabo.

Tareas Indirectas

Se reconocen como *indirectas* todas aquellas acciones que se “solicitan con la esperanza de que, al ser llevadas a cabo, generen a su vez el comportamiento necesario para resolver el problema”.

Son conductas que al ser realizadas tienden a reemplazar, desplazar y/o modificar las conductas y/o acciones que se vinculan o son el síntoma. “Puede ser útil pedirle a un insomne que haga un registro exacto de los pensamientos que le aparecen durante el insomnio. El concentrarse en sus pensamientos lo saca de su preocupación y el sueño será una consecuencia”.

Tareas Metafóricas

Tareas metafóricas son aquellas que “llevan a un cambio de conducta en un área relacionada simbólicamente con la queja, con lo que se desea modificar”.

Cuando los pacientes vienen a la consulta, también actúan como esas personas que se acercan a un profesional que acaba de dar una conferencia para preguntarles acerca de algo que dijo, y que “tiene relación con lo que le pasa a una amiga que sufre de ... y a ella le gustaría saber cómo ayudarla”. Muchos consultantes

actúan como esta “amiga”: abordan su propio problema hablando como si no se tratara de algo que los involucra, sino que le pertenece a otros.

Cuando el paciente o los consultantes hablan en un sentido figurado, como si no se tratara de ellos, es posible mantener el diálogo en esos términos, pero sabiendo que se aprovechará todo cuanto se diga o haga (*tarea*) como si fuera para otro, pero en su propio provecho, porque la metáfora los llevará a relacionar lo recibido y elaborarlo como suyo, como producto de su propia cosecha.

Son útiles cuando el paciente está muy motivado, pero necesita “animarse” con logros solapados, incluidos para sí mismo.

Tareas Paradójicas

Llamamos *tarea paradójica* a aquellas acciones que el terapeuta demanda a los consultantes y/o paciente identificado, con el objeto de disminuir o terminar con el síntoma, resolver el problema que se ha definido como motivo de consulta. Se acude a este tipo de tarea cuando no se pueden emplear propuestas directas debido al grado de resistencia del paciente y/o consultante, su escasa motivación y la poca maniobrabilidad del terapeuta.

En ese sentido, una *tarea paradójica* evita confrontar al paciente con la concepción que tiene del problema y/o de las soluciones intentadas, pero si lo pone frente a una concepción del problema y debe aceptar que no lo alivia, no lo ayudará a cambiar el *síntoma* o *la pauta que lo mantiene*. Una *tarea paradójica* debe cumplirse durante algún tiempo para que el problema sea resuelto.

En este punto, es muy importante establecer las diferencias que existen entre las **directivas paradójicas** y las **tareas paradójicas**.

Con las *directivas paradójicas* se busca que el consultante **no** lleve a cabo lo que se le sugiere, solicita u ordena. Por ejemplo, cuando a un adolescente se le solicita que siga llegando tarde para que sus padres se den cuenta de que todavía tienen que hacerse cargo de él: no creemos que un adolescente acepte este pedido, y menos que intente llevarlo a cabo.

Por el contrario, las *tareas paradójicas* se elaboran y se ofrecen al paciente y/o a los consultantes para **ser cumplidas** por lo menos por un tiempo, a fin de que el problema pueda ser resuelto. Por ejemplo, cuando se le solicita a una pareja que

dado que no saben discutir y/o pelear, deberán aprender a mantener una “pelea estructurada”, que tiene principio, causa conocida y un final anticipado y que, por si esto fuera poco, no será producto del enojo entre ellos, sino de la solicitud del terapeuta.

Ordalías

Las ordalías son tareas que empleaba Milton Erickson y que han sido muy bien trabajadas por Jay Haley en su libro *Terapia de ordalías*³²⁰.

De acuerdo con mi experiencia, no son fáciles de llevar a cabo, ya que se requiere de una gran motivación por parte de quienes consultan y, por lo tanto, de una gran maniobrabilidad por parte del terapeuta, que además deberá ser muy bien aprovechada.

Cuando se construye y se formula una ordalía, la premisa fundamental es lograr que el síntoma resulte más difícil de mantener que de abandonar. La tarea del terapeuta consiste en construir una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar, que a la vez resulte más severa que el problema mismo. Para ello se deben considerar los siguientes requisitos:

- Que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma.
- Que beneficie a la persona.
- Debe ser algo que la persona pueda ejecutar y no objetar.
- No debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

Jay Haley las clasifica, a su vez, en *tareas directas* y *ordalías paradójicas*:

- *Tarea directa*:

En esta situación, el terapeuta explica claramente el problema y pide que cada vez que se presente el problema por el que se consulta, la persona que lo sufre lleve a cabo la ordalía, construida como beneficiosa para la solución.

³²⁰ Haley, J. (1980). *Terapia de ordalías*.

El ejemplo más frecuente puede ser el que se plantea con aquellos pacientes cuyos médicos han explorado exhaustivamente síntomas diversos y han encontrado a los pacientes clínicamente bien, por lo cual les sugieren una consulta psicoterapéutica. Luego de indagar y explorar lo que les sucede, lo que les gusta realizar y lo que no hacen, es frecuente obtener como respuesta la necesidad de actividad física. De este modo, se les solicita a los pacientes que lleven a cabo esa actividad o bien que la intensifiquen, para su propio bien.

Esta tarea puede ser relacionada con la Teoría del Exceso de Energía (física o emocional) y debe ser adecuadamente canalizada. Invocada esta, se le puede solicitar al paciente con dificultades para dormir que haga ejercicios físicos o escriba el anhelado libro durante la noche. El procedimiento puede llevarlo a resolver por lo menos uno de sus problemas: duerme, o escribe y resuelve su frustración, o hace gimnasia con lo cual, seguramente logrará dormir.

- *Ordalía paradójica.*

“La *ordalía paradójica* puede ser la misma conducta sintomática” por la que se ha venido a consultar. La maniobra consiste en “alentar al cliente a tener el problema cuya solución a venido a buscar”; las buenas razones que podemos invocar son la necesidad de conocer más y mejor el problema que debemos ayudar a resolver.

Una *ordalía* es una intervención paradójica en tanto se les pide a los individuos que pasen “voluntariamente” por el trance del que preferirían salir. En general, “entraña la transformación de un acto involuntario (así se define el síntoma) en voluntario”. Cuando se define como necesario, o se señala que posee un cierto atractivo, cualquier síntoma pierde esta posibilidad, y deja de serlo cuando se lo ejecuta y reitera deliberadamente.

“Si una persona tiene dos síntomas, el terapeuta puede pedirle que repita uno cada vez que se le presente el otro, con lo cual introducirá una *ordalía paradójica* eficaz para el tratamiento simultáneo de dos síntomas”.

Las *tareas indirectas y metafóricas* se pueden aplicar en todos los casos; pero son de elección cuando el consultante trae como motivo de consulta algo que atañe a su propio desempeño, expresando un cierto grado de “involuntariedad” (hay algo que quisiera hacer, o dejar de hacer, y no puede).

Las *tareas directas* se aplican en algunos casos y su enorme ventaja es la rapidez, sencillez y economía.

Las *tareas paradójicas* y las *ordalías* han sido ejemplificadas.

A modo de síntesis

¿Qué es una tarea?

- Una *acción* definida, explícita y concreta.
- Que se da en un contexto definido.
- Que está relacionada con el síntoma en forma directa o indirecta.
- Que compromete al consultante a partir de una experiencia concreta o vivencia propia, dentro de la sesión o fuera de ella.
- Que es realizada con la energía propia del consultante y promueve su responsabilidad en el logro de sus objetivos.
- Que puede ser llevada a cabo por el consultante y su cumplimiento es exigible por el terapeuta.
- Que su ejecución será detallada cuidadosamente.
- Que puede ser diseñada graduando escalonadamente su dificultad.
- Que puede ser experimentada como un pre-test para una tarea mayor posterior.

Dado que nos proporcionan la factibilidad de ponderar claramente posiciones de error que permitan ir corrigiendo y afinando nuestra hoja de ruta, las tareas sirven:

- Para comprometer al paciente activamente.
- Para mostrar el tipo de terapia.
- Para facilitar el pasaje admisor - terapeuta.
- Para aumentar la motivación y/o conocerla.
- Para abreviar la terapia.
- Para ordenar la sesión posterior.
- Para obtener información.

¿Cuándo se deben dar tareas?

- Cuando el problema es muy focal.
- Cuando el problema es muy difuso.
- Cuando el problema es de entrenamiento.
- Cuando hay estrés.
- Cuando hay miedos - obsesiones.
- Cuando hacen falta pautas para niños.

¿Cuándo no debemos dar tareas?

- Cuando la consulta no es para Psicoterapia, sino para solicitar un certificado, un diagnóstico o un informe.
- Cuando sólo piden una opinión.

Jorge Fernández Moya

Cuadros de utilidad

Cuadro N° 3.

Maniobras Generales.

- No apresurarse.
- Los peligros de una mejoría.
- Un cambio de dirección.
- Cómo empeorar el problema.

Cuadro N° 4.

Maniobras Específicas.

Elaboradas por el terapeuta a partir de cuando:

- Se intenta forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
- Se intenta dominar un acontecimiento temido, aplazándolo.
- Se intenta llegar a un acuerdo desde la oposición.
- El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.
- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Las llamamos:

- Directivas. De acuerdo con el modo de formulación, pueden ser:
 - Imperativa
 - Persuasiva
 - Dubitativa
 - Generando expectativas.
 - Cuando se destacan sólo ciertos comportamientos
 - Cuando se desafía al consultante
 - Cuando se generaliza, luego se precisa y posteriormente se cambia de tema.
 - Cuando se cuentan historias o anécdotas.
 - Cuando se hace una propuesta negociadora.
 - Cuando recurrimos a la paradoja.
 - El silencio es una directiva y lo empleamos para:
 - Crear expectativas.

- Facilitar dar lugar a reflexiones.
- Sembrar ideas.
- Tareas. Pueden ser:
 - Preparatorias
 - Directas
 - Indirectas
 - Metafóricas
 - Paradójicas
 - Ordalías:
 - Ordalía directa
 - Ordalía Paradójica
- Prescripción del síntoma
 - Componente afectivo
 - Componente cognitivo
 - Componente conativo
 - Componente significativo-simbólico
 - Componente contextual

Connotación positiva del síntoma.

Redefinición o Reformulación o Reencuadre o Desencuadre. Reestructuración.

En general están referidas:

- A la naturaleza del problema.
- Al significado de la solución intentada.

Se trata de directivas y, específicamente, es una forma de aprender a realizar una redefinición.

Se debe distinguir entre hechos y significados.

- *Hechos*: Es la descripción de un acontecimiento.
- *Significados*: Tienen que ver con el sentido atribuido a dicho acontecimiento.

Elementos del marco de referencia o del encuadre

Podemos reencuadrar o desencuadrar a partir de:

- **Separar**: (Los hechos. Los significados. Los hechos de los significados. Los significados de los hechos).
- **Vincular**: (Los hechos. Los significados. Los hechos de los significados. Los significados de los hechos).

Elementos de los significados agregados.

Atribuciones.

- Acerca de las causas, los para qué o los porqué.
- De intenciones, motivaciones o propósitos y función.
- De rasgos de personalidad.
- "Lectura de la mente". Las experiencias internas de otras personas.

Clasificación y agrupamiento

- Clasificación
- Designación
- Generalización
- Adjetivos caracterizadores
- Equivalencias
- Vinculación

- Separación

Evaluaciones

- Conclusiones o Implicaciones o Significaciones.
- Predicción
- Metáforas
 - Analogía
 - - Encuadre metafórico
 - - Metáfora

Cuadro N° 5

Sistematización de las Maniobras de Milton Erickson, según Jeffrey Zeig.

INTERVENCIÓN EN LA PAUTA (Son directivas)	Utilización de las pautas presentes	<p>Del lenguaje del paciente</p> <p>De las creencias de quien consulta.</p> <p>De los intereses y motivaciones del paciente.</p> <p>Del síntoma o los síntomas del paciente.</p> <p>De la conducta del paciente</p> <p>De la resistencia del paciente.</p> <p>Copia de las pautas presentes.</p> <p>Bio rapport.</p>
	Modificación, Alteración u obstrucción de las pautas presentes	<p>Cambiar la frecuencia/velocidad.</p> <p>Cambiar la duración.</p> <p>Cambiar el momento (del día, de la semana, del mes).</p> <p>Cambiar la ubicación.</p> <p>Cambiar la intensidad.</p> <p>Cambiar alguna otra cualidad o circunstancia.</p> <p>Cambiar la secuencia de los acontecimientos.</p> <p>Crear un cortocircuito en la secuencia.</p> <p>Interrumpir o de alguna manera impedir la secuencia.</p>
	Intervención en la pauta	<p>Agregar o suprimir elementos de la secuencia. (descarrilamiento).</p> <p>Fragmentar algún elemento completo, en elemento más pequeño.</p> <p>Hacer presente el síntoma, sin la pauta-síntoma.</p> <p>Hacer que presente la pauta, sin el síntoma.</p> <p>Intervenir la pauta.</p> <p>Vincular la aparición de la pauta síntoma con una experiencia no deseada, evitada o deseada pero difícil de obtener).</p>
Tareas condicionadas por el síntoma (Son tareas)	Ordalías.	

	Establecimiento de pautas nuevas (Son directivas)	La tendencia al sí. La tendencia invertida. La tendencia al no.
SEPARACIÓN Y VINCULACIÓN (Son Directivas)	Separación	Ilusión de alternativas Oposición de opuestos, oxímoron. Disociación. Separación en el tiempo. Separación corporal/vocal e intercalación. Rechazo de una (la peor) alternativa.
	Vinculación	Transformación del síntoma. Construcción de asociaciones nuevas. Sugestiones condicionadas. Sugestiones temporales acerca de la resolución de síntomas.
	Vinculación y separación simultáneas	Anclaje de la resistencia. Anclaje del síntoma.
COMUNICACIÓN PARALELA (son Directivas)	Comunicación simbólica	Para el control del dolor. Para suscitar fenómenos hipnóticos. Para otros propósitos diversos.
	Analogías	
	Refracción	Inducción y sugestión paralelas. Áreas simbólicas. Chistes. Acertijos. Relatos. Metáforas.
<i>IMPLICACIÓN</i> (Son Directivas)		La presuposición lingüística. La ilusión de alternativas. El opuesto implicado. El prerequisite implicado. El resultado implicado.
<i>AMBIGÜEDAD</i>		La técnica de la confusión. Observaciones o conductas fuera de contexto. Observaciones o conductas que se prestan a dos o más conductas. La inutilización de las capacidades de procesamientos consciente de los pacientes o sujetos.

CUADRO N° 6

Jeffrey Zeigg nos cuenta el uso que Milton Erickson hacía de las anécdotas.

Nos resulta útil para ampliar lo planteado por O' Hanlon cuando habla de *Comunicaciones paralelas* y cuando se refiere a *Metáforas*.

Estos relatos o anécdotas podían ser:

- anécdotas ficticias,
- cuentos tradicionales
- fábulas
- parábolas
- alegorías
- relatos de crónicas
- de genuinas experiencias
- de aventuras vitales

Las empleaba en cualquier fase del tratamiento, y pueden ser muy útiles para:

- el diagnóstico.
- el establecimiento de una relación empática.
- la ejecución de un plan de tratamiento, porque son muy útiles para encuadrar y reencuadrar.

CUADRO N° 7

Según propone Peggy Papp en su libro *El proceso del Cambio*:

- Intervenciones directas, basadas en el cumplimiento

Se trata de:

- Consejos
- Explicaciones
- Sugerencias
- Tareas que deben ser tomadas literalmente y seguidas según las indicaciones.

- Intervenciones indirectas o paradójicas, basadas en la oposición

Construir una paradoja incluye tres pasos:

- *Redefinir*: Esta es la posibilidad de dar un sentido diferente a aquello que se desea cambiar.
- *Prescribir*: Se trata de anticipar, para lograr que la nueva visión, forme parte de la visión habitual de los que consultan.
- *Refrendar*: En cada ocasión que sea necesario.

- Intervenciones basadas en el cumplimiento y en la oposición

Se debe reconocer o considerar:

- Las posiciones complementarias
- Individuos que viven solos

Tres son los pasos:

- Motivación
- Mantenimiento
- Renegociación

Cuadro N° 8

**Gráfico procesado y elaborado por Ruth Casabianca.
Presentado en el II Curso Intensivo De Terapia Sistémica.
Realizado en Mendoza del 10 al 15 de Septiembre de 1990.**

		Pasiva	Activa	Desafiante
Tipo de demanda	Cognitiva	Redefinición explicativa con prescripción	Redefinición explicativa con o sin sugerencia	Redefinición explicativa con desafío o prescripción paradójal
	Afectiva	Redefinición con énfasis emocional con prescripción	Redefinición con énfasis emocional con o sin sugerencia, jamás prescripción	Redefinición con énfasis emocional con desafío o prescripción paradójal
	Conativa	Redefinición con énfasis en la acción con prescripción.	Redefinición con énfasis en la acción con o sin sugerencia.	Redefinición con énfasis en la acción con desafío o prescripción paradójal.

Cuadro N° 9

Cuadro comparativo de los diferentes modelos de terapia

	Mri	Selvini	Erickson	Haley	Andolfi	Minuchin
Foco de análisis	Proceso de interacción	El significado que da el sistema	Síntoma. Pauta mantenedora del síntoma	Jerarquía Triangulaciones. Ciclo vital Síntoma como protección Homeostasis	El análisis de la relación, en el aquí y ahora de la dinámica familiar	Cómo se organiza la familia interdependencia y jerarquía
Objeto de cambio	Circuito que mantiene el problema	Significado	Pauta sin síntoma	Promover una organización funcional	Modificación de la estructura	Modificación de la estructura
Foco de Intervención	Segmento más motivado al cambio	Primero todo el sistema, luego partes.	Quien consulta	Segmento más motivado al cambio	La familia o el grupo de convivencia	La familia o el grupo de convivencia
Lugar del cambio	Fuera de la sesión	En la sesión (primordialmente)	Fuera de la sesión	Fuera de la sesión	En la sesión	En la sesión
Maniobras	Redefiniciones Sugerencias Prescripciones (directas o paradójales)	Interrogatorio circular Rituales Paradójales		Redefiniciones Sugerencias Prescripciones Ordalías Rituales	Paradoja	Redefiniciones Puesta en acto Desbalanceo Sugerencias Prescripciones (directas)
Tipo de Comunicación	Verbal	Verbal	Verbal y no verbal. Hipnosis	Verbal	Verbal y no verbal	No verbal (espacio y movimientos)
Distribución de sesiones	Diez como máximo (semanales o quincenales)	Cantidad no especificada, espaciadas entre sí (tres o más semanas)	Cantidad e intervalos no especificada	Cantidad e intervalos no especificada	Cantidad e intervalos no especificada	Cantidad no especificada, espaciadas entre sí (tres o más semanas)
Función del cambio	BAJA intensidad. Sugiere antes que ordena. BUSCA cambios pequeños progresivos. OFRECE un manual de instrucciones.			MÁXIMO control administrativo del terapeuta. MÁS estratégico que exploratorio. Explicitación de lo implícito en los patrones de interacción	PULIDA conceptualización de la paradoja	

CAPÍTULO 12

LA TERAPIA ESTRUCTURAL Y SUS INTERVENCIONES

CAPÍTULO 12

LA TERAPIA ESTRUCTURAL Y SUS INTERVENCIONES

Terapia estructural

En general, las terapias sistémicas propician y sostienen que los individuos deben ser comprendidos en el contexto social en el que conviven. Salvador Minuchin (nacido en 1922) aprendió sobre la diversidad y adaptabilidad de las familias. Nació en Entre Ríos, creció en una familia judía en el campo argentino y siendo médico, se fue a vivir a Israel durante varios años. Allí trabajó con familias de los *kibutz* (granjas colectivas).

Con el objetivo de hacer su especialidad emigró a Estados Unidos, en 1960. Trabajaba con jóvenes delincuentes en la Willwyck School de Nueva York, buscando alternativas que fueran efectivas en la rehabilitación de los mismos. Los jóvenes con los que trabajaba provenían de familias desorganizadas, pobres y con múltiples problemas. El acercamiento a la delincuencia con una mirada en los sistemas, probó ser más útil que definirla como un problema del individuo.

En 1965, Minuchin comenzó a dirigir la Clínica de Guía Infantil de Filadelfia, en donde desarrolló la Terapia Familiar Estructural e investigó en familias con niños diabéticos, asmáticos y con anorexia nerviosa. En la década de 1970, la terapia familiar se expandió gracias a la labor conjunta realizada con Braulio Montalvo y Jay Haley. Trabajaron juntos y Salvador Minuchin escribió *Familia y Terapia Familiar* en 1974. En 1976, se concentra en el entrenamiento de terapeutas familiares en Nueva York.

La terapia estructural se ocupa desde sus inicios en las pautas, en los aspectos de la relación que mantienen el síntoma (la psicopatología), más que de las causas que pudieron haberlo originado. Pensando que lo que puede cambiar son los factores contemporáneos, interpersonales que mantienen el cuadro psicopatológico, se concentra en trabajar sobre las estructuras familiares disfuncionales.

Considera que hay una estructura familiar saludable. La misma se presenta cuando la familia se organiza de manera apropiada, por lo que sus fronteras serán claramente marcadas. El subsistema marital desarrollará fronteras que permitan la privacidad y la intimidad de los esposos. Por su parte, el subsistema fraterno tendrá su deslinde, que permitirá el aprendizaje de la competencia, la rivalidad y la cooperación entre iguales; podrá tener jerarquía de responsabilidad y privilegios según la cultura familiar. El subsistema parental tendrá fronteras claras que permitan la negociación y un buen acceso hacia los hijos, necesario para una buena paternidad. Cada subsistema individual deberá poseer fronteras claras que permitan la individualidad. El sistema familiar como un todo regulará la frontera que los circunda, según los factores sociales, culturales y económicos. De acuerdo con esto, se admitirá la inclusión de parientes, amigos, etc., en la vida familiar. Las fronteras de un subsistema están delimitadas por *las reglas que definen quién participa en el subsistema y cómo*³²¹.

Las familias representan sistemas abiertos que continuamente enfrentan demandas de cambio. Cuando un miembro de la familia desarrolla un síntoma y deviene en *paciente identificado*, el problema básico será la inhabilidad de la familia para crecer y adaptarse al cambio. Así, la meta terapéutica será reestructurar a la familia para liberar a los miembros, de tal modo que crezcan y se relacionen con pautas no patológicas.

*Reestructurar*³²² significa modificar las reglas de la relación, lo que implica modificar las fronteras o límites de los subsistemas, que de rígidos o difusos deberán pasar a ser claros, modificando el enmarañamiento o desapego familiar. O sea, que se trabajará para que las cercanías y/o las distancias dentro del sistema familiar y el manejo de la información con el contexto de la familia sea funcional.

³²¹ Umbarger, C. (1987) Terapia Familiar Estructural.

³²² *Reestructurar* en la Terapia Estructural es la acción de *redefinir* en la Terapia Estratégica, puede ser vista como u sinónimo. Hugo Hirsch denomina *Reestructuración* al cambio que los consultantes hacen en su concepción del Problema y/o de las Soluciones intentadas, lo que les posibilita el *cambio*.

Salvador Minuchin define a la familia como “*un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas del desarrollo que enfrenta*”³²³. Asimismo, la familia tiene funciones básicas³²⁴:

- Una es interna, se trata de la protección psicosocial de sus miembros con relación a la alimentación, la socialización y la protección en general.
- Una externa, que se refiere a la acomodación respecto de la cultura, y la transmisión a sus miembros de la misma.
- La familia es la matriz de identidad de sus miembros. Esto tiene dos aspectos: sentimiento de identidad desarrollado en la pertenencia y sentido de separación desarrollado en la participación de los miembros de la familia en distintos contextos, el trabajo, la escuela, etc.
- La cuarta función familiar tiene que ver con la capacidad de cambio y de continuidad. Esto configura la identidad familiar que se va modificando, pero que a la vez permite continuar siendo la misma familia.

La estructura familiar “*es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia*”³²⁵. Estas pautas de interacción son configuradas en la búsqueda de la satisfacción de las demandas de cada miembro de la familia.

El sistema familiar opera con estas pautas transaccionales repetitivas que configuran un modo de funcionamiento familiar: “*así se hacen las cosas*”. También existen reglas de jerarquía, género, complementariedad que regulan el funcionamiento familiar.

Como en todo sistema, hay mecanismos de control que en las familias se configuran como requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpa frente a conductas desviadas de las normas familiares.

³²³ Minuchin, S. (1979). Familia y Terapia Familiar.

³²⁴ Ibidem

³²⁵ Ibidem

La familia tiene capacidad de adaptación al estrés creando pautas alternativas. Es este exquisito equilibrio entre morfogénesis y morfoestasis del sistema el que sostiene el cambio y a la vez hace permanecer a la familia tal cual es.

En el sistema familiar, los límites permiten la diferenciación de funciones de acuerdo con el sexo, con la generación, con el interés, etc. Los individuos piensan, sienten y existen dentro de contextos sociales, y los eventos que experimentan en la familia son aspectos importantes de su conciencia. Si el contexto familiar se transforma hacia un nivel más elevado de desarrollo, entonces la conciencia del individuo será también más elevada. Al modificar un modo desacoplado de funcionamiento familiar con personas desconectadas girando en sus órbitas individuales, éstas empiezan a relacionarse, a integrarse; cada individuo del grupo podrá ser más atento a cómo las personas están interrelacionadas.

En un caso clásico relatado por Minuchin³²⁶ de una chica anoréxica, le preguntó a la adolescente sobre la regla familiar contra las puertas cerradas: ¿Querría ella cerrar la puerta para tener más privacidad? Ella dijo que sí quería y se alió al terapeuta para desarrollar fronteras más claras en torno a los subsistemas individuales de esa familia enmarañada. Así, la indicación de cerrar puertas, incluso a los padres, les posibilitaría empezar a ver un funcionamiento familiar con límites.

En la terapia estructural el terapeuta es activo y directivo, guía el cambio y crea crisis tratando de modificar el equilibrio familiar. Reencuadra los síntomas como parte integral del funcionamiento familiar. En vez de poner el foco en el individuo, lo pone en la persona dentro del contexto.

Preguntas como: ¿Cómo hacen tus padres para mantenerte como un niño de cuatro años? Dirigido a un adolescente puede reencuadrar al síntoma en una pauta de mantenimiento contextual. El terapeuta alentará a la familia a que realicen las transacciones en sesión y no sólo a describirlas. En las *puestas en acto*, el terapeuta dirige explícitamente a los miembros de la familia a involucrarse en una actividad particular, tal como “*discute con tu madre hasta que termine tu tiempo y trata de llegar a una decisión*”. Poner en acto pautas ayuda, por una parte, a los miembros de la familia a experimentar sus propias reacciones y por otra parte, al terapeuta a sugerir pautas alternativas.

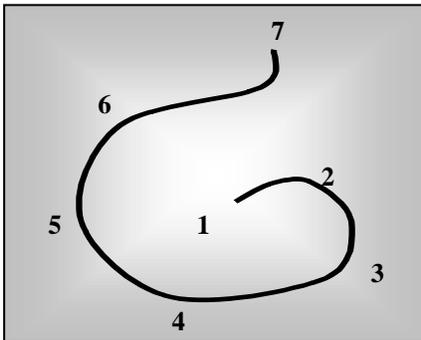
³²⁶ Minuchin S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

James O. Prochaska señala que la terapia estructural es única en su énfasis en el proceso que hemos llamado “liberación social”. La liberación social es el proceso por el cual un sistema social es cambiado de una manera tal, como para crear alternativas que permitan responder en forma saludable. Mientras más alternativas haya en un sistema, mayor será la libertad individual para elegir respuestas que conduzcan a su propio crecimiento.

Las tareas de reestructuración pueden producir estrés, porque las tareas transgreden reglas que han conservado a la familia unida dentro de ciertos límites. Cooperando, la familia participa activamente en la creación de reglas que fomentan el crecimiento.

El terapeuta estructural se relaciona con el sistema familiar con empatía adecuada, calidez y cuidado. Es líder y defiende el beneficio de cada uno de los miembros contra el sistema estructurado destructivamente. El terapeuta se une a cada uno para demoler un conjunto de reglas que impiden a los miembros relacionarse. Desafía, confronta, bloquea, usando técnicas que causan desequilibrio. Esta reestructuración permite al grupo movilizar sus recursos subutilizados y mejorar su habilidad para enfrentarse con el estrés y el conflicto.

Carter Umbarger³²⁷ plantea la terapia como un cambio en espiral:



- 1 – Se cuestiona la homeostasis
- 2 – Provocando una crisis que desencadena conductas nuevas
- 3 – Habilitando las conductas
- 4 – Se producen cambios en el estado de ánimo y la imaginaria de las personas
- 5 – Posibilitación
- 6 – Se crean secuencias interactivas nuevas
- 7 – Morfoestasis

³²⁷ Umbarger, C. (1987). Terapia Familiar Estructural.

El sistema familiar tiene propiedades de autopertuación, por lo que el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en ausencia de éste.

La estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable. El terapeuta obtiene datos y diagnostica experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. Analiza el campo transaccional en el que se relaciona con ella, elaborando hipótesis sobre las pautas y diseñando un mapa de la familia.

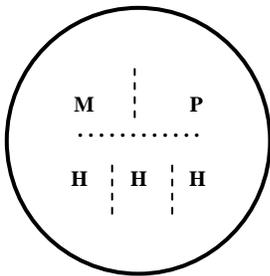
“Un mapa familiar es un esquema organizativo, no representa la riqueza de las transacciones de la familia. Es estático, mientras que la familia está en constante movimiento. Pero el mapa constituye un dispositivo útil que le permite al terapeuta organizar el material de diverso tipo que obtiene. El mapa le permite formular hipótesis acerca de las áreas, en el seno de la familia, que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También le ayuda a determinar los objetivos terapéuticos”³²⁸.

Mapa estructural gráfico: símbolos empleados

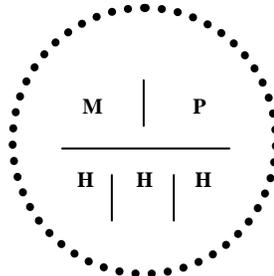
Límites:

-----	límites claros
.....	límites difusos
_____	límites rígidos
Alianza	=====
Sobreinvolucración	=====
Afiliación débil
Conflicto.	≡ ≡

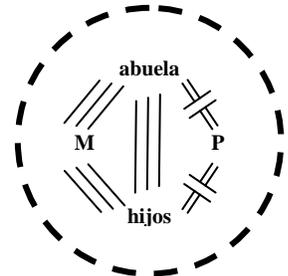
³²⁸ Minuchin, S. (1979). Familia y Terapia Familiar.



Familia Aglutinada



Familia Desligada



La única estructura familiar inmediatamente accesible al terapeuta es la estructura disfuncional. Una de las tareas que enfrenta será la de explorar las áreas de posible flexibilidad y cambio, como así también las alternativas estructurales que han permanecido inactivas y que pueden ser activadas por las preguntas del terapeuta.

Las familias descartan las indagaciones que no son sintónicas con el sistema familiar. Cuando responden, pueden asimilar u acomodarse aprehendiendo y activando otras alternativas de funcionamiento. Si la familia responde a la intervención como totalmente novedosa, esta indagación se ha convertido en reestructurante. Durante el desarrollo de la terapia y de la configuración del sistema terapéutico, el terapeuta se sitúa a sí mismo como líder dirigido hacia metas y proyectando objetivos. En cada sesión se responde a los elementos inmediatos y el progreso hacia metas se evalúa como movimientos prolongados a lo largo del tiempo.

En el proceso de ruptura del equilibrio familiar, la confianza en el terapeuta es de vital importancia. Cuando en este proceso se asocia a un miembro, los otros pueden experimentar estrés y responder insistiendo en conservar el modo actual de funcionamiento.

El terapeuta incita a los miembros de la familia en la dirección de los objetivos mientras soportan las vicisitudes del período de transición. Esto se logra con el apoyo, comprensión y confirmación de los miembros de la familia, de sus necesidades en cada etapa del proceso.

El cambio se produce por un cuestionamiento de la percepción de la realidad del grupo familiar, porque se les proporciona posibilidades alternativas que les parecen adecuadas y se las ensaya en las sesión, con tareas en la casa y de ese modo aparecen nuevas relaciones que se refuerzan a sí mismas.

El terapeuta acompaña en la crisis, dado que las personas cambian si se les ofrece algo a cambio y si se los apoya. Se desplazará en dirección a un modo de funcionamiento desconocido si comparte la meta y si se desarrolla un apoyo en el seno de la familia.

Unión y acomodamiento son los términos en que se desenvuelve el mismo proceso. La unión se utiliza cuando se pone el acento en las acciones que realiza el terapeuta, tendientes a relacionarse con los miembros de la familia. El acomodamiento enfatiza las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza. Para esto acepta la organización, el estilo de la familia y se funde con ellos, experimentando las pautas transaccionales familiares y la fuerza de las mismas. Es decir, evalúa el dolor de un miembro de la familia al ser excluido o utilizado como chivo emisario y la satisfacción que experimenta al ser amado o confirmado en el seno familiar.

El terapeuta reconoce el predominio de determinados temas familiares y participa conjuntamente con los integrantes en su exploración; siguiendo los caminos de la comunicación, descubriendo cuáles están abiertos y cuáles son bloqueados. Cuando traspasa los umbrales familiares debe estar alerta ante los mecanismos de estabilidad del sistema.

Todo este proceso no es unilateral: a la vez que el terapeuta se acomoda a la familia, la familia se acomoda para unirse a él. La asociación es, para Salvador Minuchin, el proceso clásico por el cual se establece el sistema terapéutico, sin el cual la reestructuración no puede producirse y todo intento de alcanzar objetivos fracasará.

Las operaciones de mantenimiento requieren, por lo general, la confirmación activa y el apoyo de los subsistemas, apoyar el potencial y la fuerza de cada individuo, confirmar a la persona y cuestionar la función en el núcleo familiar. Este tipo de apoyo puede ser reestructurante, porque otras partes de la familia pueden verse obligadas a acomodarse al terapeuta.

Otra técnica de asociación es el rastreo. El terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia, al mismo tiempo que los alienta para que continúen. El rastreo consiste en el planteamiento de preguntas que puedan clarificar lo que está en juego, la realización de comentarios aprobadores, o estimular para que pueda amplificar un punto. El terapeuta se ubica como parte interesada y pregunta.

En la actualidad, podemos desarrollar una descripción más exhaustiva del modo de preguntar del terapeuta. El Grupo de Milán desarrolla las preguntas circulares en las entrevistas familiares. Los desarrollos de la *mediación* aportan modos específicos de realizar el trabajo del mediador a través de preguntas que pueden ser conocidas como recontextualizantes, reflexivas, circulares, abiertas, cerradas, etc.

Minuchin hace referencia al *mimetismo*³²⁹, que es una operación humana universal. Puede ser utilizado para acomodarse a un estilo familiar y/o sus modalidades afectivas, por medio de distintas operaciones implícitas y espontáneas, como la similitud de posturas, de expresiones, de experiencias, que pueden ser utilizadas con finalidades específicas. Parecerse en decir “*tengo dos hijos adolescentes*” en el ritmo de la comunicación (lento, jovial, coartado) puede incrementar el poder de la reestructuración.

El diagnóstico es una hipótesis de trabajo desarrollada por el terapeuta a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con el proceso de asociación con la familia y con la respuesta de la familia al terapeuta. Al evaluar, el terapeuta toma en cuenta seis áreas.

En primer lugar, se considera la estructura familiar, las pautas transaccionales preferidas y las alternativas disponibles.

En segundo lugar, evalúa la flexibilidad que tiene el sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como es revelada por la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a los cambios y al terapeuta.

³²⁹ Minuchin S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

En tercer lugar, se examina la resonancia del sistema familiar y su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros. Toda familia ocupa un lugar determinado dentro de un continuo que se encuentra entre el aglutinamiento por un lado y el desligamiento por el otro, considerando un momento específico del ciclo vital de la familia. Se examina la resonancia de acuerdo con las respuestas que ofrece el grupo familiar, que de manera inmediata o en forma tardía presenta ante cada acontecimiento particular.

En cuarto lugar, se examina el contexto de la vida de la familia analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología familiar.

En quinto lugar, es examinado el estadio de desarrollo que la familia está transitando, como así también su rendimiento en las tareas apropiadas para esa etapa. Esto es, el ciclo de vida familiar, crisis, distintos tipos y modos de tratar con las mismas.

Por último, se explora la manera en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de pautas preferidas por la familia.

El diagnóstico interaccional recopila información de significados del material presentado, lo que dice la familia y cómo lo dice, su tono de voz, las relaciones frecuentes, etc. El orden de la comunicación permite obtener un material adicional. La historia contada por quién y para qué, va determinando el contexto de las posibles conversaciones. El diagnóstico interaccional posibilita la captación de pautas repetitivas y alternativas, y se modifica constantemente a medida que la familia va asimilando al terapeuta, se acomoda a él y reestructura o resiste las intervenciones reestructurantes.

Este tipo de diagnóstico es inseparable de la prognosis. La determinación de los cambios de la familia, después de la asociación con la misma, revela sus posibilidades de modificación. Todo diagnóstico es una forma de clasificar y reunir datos. El terapeuta de familia tiene la ventaja de trabajar con un sistema de personas interconectadas que se influyen mutuamente y que acuerdan un contrato terapéutico con él.

Generalmente, las familias desean que el problema por el cual consultan se resuelva sin interferencia con sus pautas transaccionales preferidas. Consecuentemente, los acuerdos sobre la naturaleza del problema y los objetivos del cambio en un primer momento estarán limitados y podrán desarrollarse cambios en

el tiempo. Además, los cambios esperados en el paciente identificado serán mostrados como dependientes de la modificación familiar. Por ejemplo, en el caso de la paciente anoréxica, atendido por Charles Fishman³³⁰, primero se trabaja en las relaciones con la familia de origen de la paciente (los padres incluidos en el sistema familiar nuclear), luego se trabaja la relación con los hijos incluidos en la protección de la madre y la preocupación por ésta, para por último trabajar en la relación de pareja y su determinación en el mantenimiento de los síntomas de la paciente identificada.

Sin embargo, las operaciones de reestructuración o de unión son interdependientes. En efecto, *“la terapia no puede lograrse sin la unión, pero ésta no tendrá éxito sin la reestructuración. La unión puede utilizarse como una técnica reestructurante. En éstas, el terapeuta se convierte en actor de la obra familiar. En la reestructuración, opera como director y como actor. Crea escenarios, coreografías, esclarece temas y lleva a los miembros de la familia a improvisar, dentro del marco de los límites impuestos por el drama familiar. Pero también se usa a sí mismo incorporándose a alianzas y coaliciones, fortaleciendo o debilitando límites, y enfrentando o apoyando las pautas transaccionales. Utiliza la posición de liderazgo dentro del sistema familiar par plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse”*³³¹.

En su primer libro, Salvador Minuchin plantea por lo menos siete operaciones reestructurantes:

- *El captar las pautas transaccionales de la familia:* se pueden utilizar además, técnicas como la dramatización de las pautas, por medio de la cual se amplían los datos, incitando a que la familia actúe algunas de las formas en las que habitualmente resuelven los conflictos.
- Recrear los canales de comunicación implica reconducir a un miembro que habla de otro, a que hable con el otro miembro, en vez de acerca de él.
- *El señalamiento de los límites:* cada miembro de la familia y cada subsistema puede negociar la autonomía e independencia para funcionar en los circuitos en los que participa.

³³⁰ Fishman, H. (1988). Tratamiento de adolescentes con problemas.

³³¹ Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

- *El acrecentamiento del estrés:* A menudo las familias acrecientan el estrés frente a un conflicto; son poco flexibles e incapaces de recurrir a formas de relación diferentes. El terapeuta puede acentuar las diferencias bloqueando las pautas transaccionales preferidas, desarrollando el conflicto implícito y uniéndose en alianzas y coaliciones; por ejemplo, en familias con pacientes psicósomáticos, bloqueando la pauta acostumbrada de evitación del conflicto.
- *La utilización de los síntomas:* se consideran expresión de un problema contextual. De forma tal que se combate la tendencia familiar a centralizarse en el portador del síntoma, cuestionando su función central.
- *La asignación de tareas:* Con las tareas se crea un marco en cuyo seno los miembros deben desenvolverse, señalan y actualizan el área de exploración o la que necesitan desarrollar. Por ejemplo: “*Enséñele a su hija a prender fuego*”, a una madre con una niña incendiaria. Aumentan así la relación de cercanía madre-hija.
- *La manipulación del humor:* El afecto acompaña las transacciones de la familia y constituye uno de los múltiples indicios que determinan las conductas del terapeuta. El afecto es una pista de lo admisible en una familia determinada.
- El apoyo, educación y guía: El terapeuta comprende la importancia de estas funciones en el seno familiar, las estimula y las instrumenta. Por ejemplo: “este bebé es su antidepresivo”, “sería bueno si usted pudiera descansar y aprender a divertirse”.

La familia necesita de una estructura viable para desarrollar sus tareas esenciales: apoyar la individualización, al mismo tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. Los miembros de la familia no suelen vivenciarse a sí mismos como parte de una estructura. Todo ser humano se considera a sí mismo como una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye en la conducta de los otros individuos, y que éstos, a la vez, influyen sobre la suya. Cuando interactúa en la familia, experimenta el mapa que ésta traza del mundo. De esta manera, los miembros de cada familia conocen, con distintos niveles de conciencia y detalle, la geografía de su territorio. Cada uno sabe lo que está permitido, lo prohibido, las fuerzas que se oponen a las conductas atípicas, así como

la índole y eficacia del sistema de control. Sin embargo, el individuo, rara vez vivencia la red familiar como un gestalt.

El término *holón* (del griego *holos*, que significa todo y el sufijo *on*, que evoca una partícula) fue acuñado por Arthur Koestler para designar a aquellas entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía. Minuchin y Fishman denominan así a la unidad de intervención, que siempre es un *holón* (individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad): es un todo y una parte al mismo tiempo.

La parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuado de comunicación e interrelación. La familia nuclear es un holón de la familia extensa y ésta de la comunidad, y así, cada todo contiene a la parte, y cada parte contiene también el programa que el todo impone.

El holón individual incluye el concepto del sí mismo en contexto, contiene los determinantes personales e históricos del individuo, como así también los aportes actuales del contexto social. Las diferentes interacciones con los demás traen a luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados a ese contexto, sea éste laboral o familiar, etc. El individuo recíprocamente influye sobre las respuestas de las personas de esos contextos. Existe un proceso circular y continuo de influjo y refuerzo recíproco, que tiende a mantener una pauta fijada; al mismo tiempo, individuo y contexto son capaces de flexibilidad y cambio.

Las familias poseen otros subsistemas diferenciados además de los individuales, algunos formados por generación (el de los hermanos), por el sexo (abuelo, padre, hijo varón) o por la tarea (subsistema parental). Cada persona puede pertenecer a diferentes subsistemas.

Dentro de la familia, tres unidades poseen significación particular, además del individuo:

a) El **holón conyugal** se constituye con la unión de las personas con un proyecto compartido de formar una familia. Cada una de estas dos personas trae un conjunto de valores y expectativas que deberá conciliar con el otro en el tiempo: cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencias, lo que implica perder individualidad para ganar en pertenencia. En este proceso se forma un proceso nuevo. Las pautas de interacción que se van elaborando suelen ser implícitas y, una vez establecidas, gobiernan el modo en que cada uno de los

cónyuges se experimenta a sí mismo y experimenta al compañero dentro del contexto matrimonial.

Una de las tareas más importantes es la fijación de fronteras que protejan al sistema conyugal, procurándole un ámbito para satisfacer sus necesidades psicológicas, sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos, u otras personas. Esta relación ofrece a sus miembros una *plataforma de apoyo* para el trato con el universo extrafamiliar y proporciona una función de apuntalamiento mutuo en sus acciones. Es vital para el desarrollo familiar y crecimiento de los hijos, modelo de relaciones de intimidad y de cómo se manifiestan en las interacciones cotidianas. Si hay una disfunción conyugal repercutirá en toda la familia.

b) En el **holón parental** las interacciones incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Aquí el niño aprende lo que debe esperar de las personas que poseen más recursos y fuerzas, y a considerar racional o arbitraria la autoridad. Llega a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas, así como los modos más eficaces de comunicar lo que desea, dentro del estilo familiar. Según las respuestas que le den sus progenitores, y según estas sean adecuadas o no a su edad, el niño modela su sentimiento de lo correcto. Conoce las conductas recompensadas y las desalentadas y vivencia el estilo con que la familia afronta los conflictos y las negociaciones.

Los adultos tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y socializar a los niños; pero también poseen derecho a tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total, en asuntos como cambio de domicilio, selección de escuela, divorcio y fijación de reglas que protejan a todos los miembros. El subsistema parental se modifica a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. Con el aumento de su capacidad, aumentan las oportunidades para que tome decisiones y el control de sí mismo.

c) El **holón fraterno** constituye para un niño el primer grupo de iguales en el que participa. Dentro de este contexto, los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, competir y cooperar. Así, van tomando diferentes posiciones, proceso que promueve, por un lado, su sentimiento de pertenencia a un grupo, y por otro lado, su individualidad, vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema. Estas pautas cobran significado en el ingreso a grupos de iguales fuera de la familia.

Minuchin y Fishman plantean que la terapia familiar consiste en entrar en coparticipación con la familia, experimentar la realidad como sus miembros la viven y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el pensamiento y la conducta personal. Esta coparticipación debe ser instrumentada para poder convertirse en un agente de cambio que obre dentro de las reglas del sistema familiar.

Coparticipar con una familia es hacerles saber a los miembros de la misma que el terapeuta los comprende, trabaja con ellos y para ellos. El terapeuta se debe sentir cómodo en diferentes niveles de coparticipación, a saber:

- Desde una posición de distancia, puede dirigir a la familia en una dramatización como si fuera un director de escena e indicar modificaciones y alternativas esperando una respuesta de colaboración. El terapeuta se apoya en su condición de especialista.
- Desde una posición intermedia, el terapeuta coparticipa como un *oyente activo*, neutral; practica el rastreo como método de recopilación de datos, aunque nadie puede ser totalmente neutral u objetivo.
- Desde una posición de cercanía, el terapeuta valida la percepción de realidad de cada subsistema en el que participa y confirma los aspectos positivos de las personas; por lo tanto, se convierte en fuente de autoestima para los miembros de la familia, se acomoda al sistema y aumenta su capacidad de maniobra.

De acuerdo con Minuchin y Fishman, para transformar la estructura familiar, la intervención del terapeuta puede desequilibrar el sistema por medio de tres tipos de cuestionamientos: el **cuestionamiento del síntoma**, el **cuestionamiento de la estructura** y el **cuestionamiento de la realidad familiar**.

A continuación, presentamos un cuadro comparativo que permitirá obtener una visión general de estas **maniobras de la terapia estructural**:

Cuestionamiento del síntoma (Reencuadramiento)	Escenificación	Observación de las interacciones espontáneas. Organiza interacciones. Propone modalidades diferentes o Interacciones alternativas
	Enfoque	
	Logro de intensidad	Repetición del mensaje. Repetición de acciones isomórficas. Modificación del tiempo. Cambio de la distancia. Resistencia a la presión de la familia.
Cuestionamiento de la estructura Familiar (Reestructuración)	Fijación de fronteras	Distancia psicológica. Duración de la Interacción
	Desequilibrio de las jerarquías	Alianza con un miembro de la familia. Alianza alternante. Ignorar a miembro/s de la familia. Coalición contra miembros de la familia.
	Enseñanza de la Complementariedad	Cuestiona el problema. Cuestiona el control lineal. Cuestiona el modo de recortar los sucesos.
Cuestionamiento de la realidad Familiar (Reencuadramiento)	Constructos cognitivos	Símbolos universales. Verdades familiares Consejo especializado
	Intervenciones paradójicas	Paradojas. Intervenciones basadas en la aceptación y en el desafío. Directas. Basadas en el desafío El grupo como coro griego. Fidelidad a la paradoja sistémica
	Insistencia en los lados fuertes de la familia	Respuesta al paciente individualizado. Alternativas de interacción.

Cuestionamiento del síntoma

Las familias han individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema, le relatan al terapeuta todas sus luchas, las soluciones ensayadas y los

fracasos de sus intentos. El terapeuta ingresa en la familia pensando que el problema no está en el paciente identificado, sino en ciertas pautas interaccionales de la familia. Las soluciones intentadas son repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces que organiza a los miembros de la familia alrededor del síntoma y su portador. “El síntoma es la reacción de un organismo sometido a tensión”³³². Por lo tanto, la tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema, reencuadrar la concepción que tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales diferentes, de modo tal que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad.

El cuestionamiento del síntoma es, entonces, un **reencuadre**; es el cambio del marco conceptual que rodea a la persona portadora del síntoma. A través de las siguientes técnicas se establece el reencuadramiento terapéutico:

- *Escenificación*: se busca que la familia interactúe en presencia del terapeuta para vivenciar su realidad como ellos la ven. En la escenificación hay tres movimientos: A) Observación de interacciones espontáneas. B) el terapeuta selecciona y organiza las interacciones. C) Propone modalidades diferentes de interacción o alternativas.

Ejemplo: la madre regaña a la niña que se sienta sobre la mesa, se lo ruega luego para que deje de sentarse en ella. Luego esta pauta se repite con un papel que la madre pide que devuelva.

El terapeuta selecciona lo observado y organiza la danza disfuncional en presencia de él, describe la tensión en la madre y busca la motivación para el cambio, “*que logre estar más cómoda*“. Propone alternativas, infunde esperanzas a la familia “*ordene que pase; haga que ocurra*” ayudando a la mamá a modificar su relación con su hija.

- *Enfoque*: el terapeuta selecciona y organiza los datos dentro de un esquema que les otorga sentido. Esto le impide ser absorbido por los datos. El terapeuta elabora un foco y una meta terapéutica y desecha los diversos datos interesantes pero no útiles. El enfoque incluye una meta estructural como una estrategia para lograrla.

³³² Minuchin, S. (1979). Familia y Terapia Familiar.

- *Intensidad*: ¿Cómo hacer llegar el mensaje? La familia tiene campos de sordera selectiva regulados por la historia en común. Para que la familia oiga el mensaje, pueden emplearse distintas técnicas:
 - Repetición del mensaje: por ejemplo “este cuerpo es tuyo y no de tu familia “, lo dice luego en diferentes órganos, por lo tanto “ellos no pueden elegir por vos.”
 - Repetición de las interacciones isomórficas: diversas interacciones que responden a una misma regla familiar, por ejemplo: la sobreprotección.
 - Modificación del tiempo: superar el umbral de la familia con más o menos tiempo de permanencia de una interacción, modificando las pautas que mantienen la distancia interpersonal o los mecanismos de evitación del conflicto. Por ejemplo “a ver si podés estar en silencio por cinco minutos de reloj”.
 - Cambio de distancia: el terapeuta puede cambiar la intensidad, cambiando la posición recíproca de los miembros en una sesión. Por ejemplo, puede hacer que se sienten juntos o enfrentados; poner de relieve la significación en la díada: “Acá está el núcleo del problema”; separar a un miembro para intensificar su carácter periférico en ese momento: sentar al niño lejos, así la madre no lo ve ni habla por él.
 - Resistencia a la presión de la familia: el no hacer, puede producir intensidad en la terapia, sobre todo cuando el terapeuta no hace lo que la familia quiere que haga. Por ejemplo: “Pregúntele usted, Doctora, por qué hace eso, a ver si a usted se lo dice”; a lo que el terapeuta responde: “Cómo voy a tener yo más influencia o suerte con él que ustedes que viven y comparten con él todo el día”. Con su resistencia a ser absorbido por el sistema, el terapeuta introduce intensidad en la terapia.

Cuestionamiento de la estructura familiar

“Las familias son sistemas complejos constituidos por partes interrelacionadas en un orden jerárquico”³³³. En estos sistemas complejos, las uniones intracomponentes son más fuertes que las intercomponentes; por lo tanto, las relaciones en un holón son más fuertes que las que ligan entre holones.

El holón de pertenencia es el más significativo para sus miembros. Cuestionar la estructura de holón de la familia y su “*así se hacen las cosas*” se puede realizar de tres modos:

- *Fijación de frontera*: tiende a regular la permeabilidad que separa los holones entre sí de la siguiente forma:
 - Distancia psicológica: cada terapeuta tiene un repertorio para exponer la intromisión e invasión en el espacio psicológico del otro y otras transgresiones a los límites. El principal recurso es que nadie debe hablar por el otro o decir lo que el otro piensa o siente. Cada uno debe contar su propia historia y ser dueño de su propia memoria. También se regula al introducir distancia, separando miembros, cambiándolos de sillas, mandando a la retrocámara, poniéndose en el medio impidiendo el contacto visual, etc.
 - Duración de la interacción: alargar el proceso del contacto, dar tareas, practicar interacciones desacostumbradas iniciadas en las sesiones. Son formas en las que el terapeuta interviene.
- *Desequilibrio*: el mero ingreso del terapeuta modifica la estructura de poder de la familia. Esta técnica cuestiona la distribución del poder y el vínculo jerárquico entre los miembros del sistema. Al terapeuta se le plantean problemas éticos, pues al desequilibrar asume una epistemología lineal y es inicuo por definición. Para realizar esa tarea puede hacer una:
 - Alianza con miembros de la familia: puede ser con un miembro jerárquico, dominante o débil; su meta es rebasar el umbral de lo permisible dentro de la familia. Para reordenar las posiciones jerárquicas, se requiere cierto mantenimiento de la estrategia.

³³³ Anderson, R. y Carter, I. (1994). La conducta humana en el medio social.

- Alianza alternante: la meta de esta técnica consiste en atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias, con lo que se evita la competencia por la jerarquía dentro del mismo contexto. Por ejemplo, es útil en familias con miembros adolescentes, en donde es necesario apoyar a los padres en la toma de decisiones y al mismo tiempo es necesario apoyar el privilegio del adolescente a cuestionar el proceso de toma de decisiones.
- Ignorar a un miembro de la familia: no reconocer el miembro refractario posibilita un nuevo alineamiento familiar. “Si no quieres hablar vamos trabajar con tus padres solamente.
- Coalición contra miembro de la familia: el terapeuta se alía con un miembro en contra de otro miembro familiar. Esto provoca mucha tensión. Por ejemplo, se une a una madre en sus intentos de control sobre un niño en contra de la sobreprotección de la abuela.
- Enseñanza de la complementariedad: se cuestiona la epistemología literal de la familia y por lo tanto la idea integral de la jerarquía. En primer lugar, cuestiona el problema, o sea, la certidumbre de la familia de que existe un paciente individualizado. En segundo lugar, cuestiona la idea lineal de que un miembro en la familia controla el sistema, cuando en verdad cada uno de los miembros sirve de contexto a los demás. Por ejemplo: “Su esposa parece controlar todas las decisiones en esta familia, ¿cómo consiguió echar sobre sus hombros todo ese trabajo?” O “Ayude al otro a cambiar, modificando el modo en que usted se relaciona con él“. Es un abordaje que supone la indivisibilidad del contexto y de la conducta.

Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos: el terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto. Por ejemplo, en una familia fusionada, el hijo estornuda, la madre alcanza un pañuelo destinado a él y la hermana busca dentro de la cartera. Minuchin dice³³⁴: “¡Caramba, mire como un estornudo activa a todo el mundo! Es una familia que hace servicial a la gente.”

³³⁴ Minuchin S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de Terapia Familiar.

Cuestionamiento de la realidad familiar

- *Construcciones:* Todo cambio en la estructura familiar modifica su visión del mundo, y todo cambio en la visión de mundo que sustenta la familia, será seguido por un cambio en la estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar.

Se trabaja, entonces, en los esquemas cognitivos que legitiman o validan esta organización familiar por ejemplo, a nivel del significado que tienen algunas palabras para la familia. Otro nivel es el de las creencias, mitos y la historia familiar que no son cuestionados, pero que pueden ser ampliados o reordenados de tal manera que no continúen siendo los esquemas explicativos que confieren sentido a los hechos que mantienen la estructura invariante. También, en el nivel de teoría explícita, como cuerpo de conocimientos que posee el terapeuta para encuadrar lo normal y lo atípico. El terapeuta debe tener una concepción pluralista de la realidad para ofrecer a la familia concepciones diferentes del mundo, modificando las fronteras de lo conocido. Las técnicas para el cuestionamiento de la visión del mundo son:

- Símbolos universales: Construcciones universales como la moral, la sociedad, la decencia, tienen fuerza porque se refieren a cosas que todo el mundo conoce: “Puesto que es el que trae el pan a la casa”.
- Consejo especializado: Con esta técnica, el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad en la familia, y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría: “He visto otros casos que ...” o “ Si usted se pone a investigar esto, descubrirá que ...”, etc.
- *Paradoja:* Esta técnica es utilizada según la evaluación por parte del terapeuta del grado de resistencia al cambio de la familia. Así, si se descubre sensibilidad a las intervenciones directas, no se recurre a la paradoja; como tampoco se instrumenta en situaciones de crisis (violencia, intentos de suicidio, pérdida de empleo o un embarazo no deseado), ya que el terapeuta debe bogar por proveer con rapidez estructura y control.

Las paradojas se reservan para pautas interactivas larvadas, de larga data, repetitivas. Se puede suponer que dentro del sistema existe una alianza secreta, una querella o una coalición que la familia no revela y que le quita eficacia a las intervenciones directas.

- Intervenciones paradójicas basadas en el desafío: Es paradójica la intervención que, obedecida, tendrá como consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Su éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligado a retroceder.

Las tres principales técnicas utilizadas para crear y aplicar una paradoja sistémica son: la redefinición, la prescripción y la restricción. Para hacerlo, es prerequisite un conocimiento preciso de la relación entre el síntoma y el sistema, y el modo en que se activan entre sí. Se redefine el síntoma positivamente con fines benévolos para la familia, y si lo prescribe y se restringe el cambio.

- Intervenciones basadas en la aceptación y el desafío: Implica generalmente una sugerencia directa a una persona para que cambie de actitud y que esto produzca una respuesta paradójica en otro miembro. Generalmente, se instrumenta con padres de hijos rebeldes.
- El grupo de consulta como coro griego: El grupo de colegas en retrocámara, es instrumentado de manera tal de crear un triángulo terapéutico (el grupo, la familia y el terapeuta), que proporciona a éste último una notable capacidad de maniobra. Generalmente, el grupo toma la posición de opuesto al cambio, mientras el terapeuta lo favorece, de manera que el mensaje es paradójico y triangular. El terapeuta se debe mantener fiel a la paradoja sistémica.
- Los lados fuertes: Toda familia contiene elementos positivos, sondear estos recursos es esencial en la terapia. La familia es un organismo que posee un repertorio de maneras de organizar la experiencia, más amplio del que generalmente instrumenta.

Dejar de investigar la historia de la disfunción y tomar un atajo para empezar otras modalidades más complejas puede promover aspectos más saludables. Cuando las familias vienen a consulta, ven sólo las dificultades, lo atípico, y no encuentran alternativas en su propio repertorio. Se organizan en torno a la deficiencia de un niño y no en torno a sus capacidades. Se centran en los intentos ineficaces y estereotipados.

Mostrar los recursos, los aspectos positivos y las capacidades puede ser una modificación importante de la visión de realidad de la familia. Todas estas técnicas tienen su modo de aprendizaje importante e intensivo en el entrenamiento de terapeutas familiares. Salvador Minuchin afirma: *“La técnica no es la meta. La meta sólo se puede alcanzar si se deja de lado la técnica”*.

La Supervisión

Para Minuchin³³⁵, en los procesos de entrenamiento en terapia familiar, es un modo de formar terapeutas eficaces y complejos, conscientes de sí mismos y que sepan utilizarse a sí mismos en el proceso terapéutico, siendo fieles a su propio ser. Busca que sus supervisados sean terapeutas espontáneos, coparticipativos con la familia, que puedan utilizar distintos aspectos de sí mismos como respuestas ante diferentes contextos sociales. El terapeuta puede reaccionar, desplazarse y sondear con libertad, pero sólo dentro de la gama de conductas que resultan tolerables en un contexto determinado.

Se centra en el estilo de terapeuta, vale decir, en su empleo de un pequeño conjunto de reacciones predilectas y previsibles, ante una variedad de circunstancias. Acepta este estilo, lo declara válido, y a continuación le dice que es insuficiente, que debe ser enriquecido.

A veces, el estilo se vincula con reacciones caracterológicas básicas como la evitación del conflicto, la defensa de las jerarquías, el temor al enfrentamiento, la atención puesta exclusivamente en la lógica o en las emociones. También el estilo en sus aspectos menos visibles incluye la focalización en pequeños detalles, el

³³⁵ Minuchin, S. (1997) “El salto a la complejidad. La supervisión en Terapia Familiar”.

desapego, la manera indirecta de decir las cosas, la tendencia a hablar demasiado, o a dar conferencias, o no hacerse responsable de sus propias ideas. Ampliar la gama, el repertorio, le permite al terapeuta accionar desde una variedad de perspectivas en una forma que sea complementaria a las necesidades de la familia.

Se le inquiera al terapeuta acerca de lo que hizo, de lo que pensó que hizo y del grado en que lo que hizo fue o no útil par la familia, de tal manera que esto es un diálogo experiencial que demanda aprender a controlarse en su condición personal como instrumento terapéutico.

Las supervisiones son isomórficas con el modo terapéutico, se expanden los grados de libertad y de instrumentación del terapeuta.

Intervenciones contextuales

En su libro *Terapia Estructural Intensiva*, Charles Fishman enuncia los conceptos básicos para las intervenciones contextuales:

- Paso 1: Reunir a los miembros del sistema.
- Paso 2: Generar metas y planificar el tratamiento.
- Paso 3: Abordar las pautas disfuncionales.
- Paso 4. Establecer una nueva organización y mantenerla.
- Paso 5: Terminar la terapia.

Para trabajar con el contexto del paciente identificado, la familia u otro/s contexto/s, lograremos que se potencie el cambio. Las pautas estructurales disfuncionales pueden ser isomorfias en diferentes contextos, y lo que pasa en la familia, también pasa en la escuela, en la oficina, etc. El concepto de mantenedor homeostático (individuos o pautas que mantienen la disfunción) es visible en diferentes escenarios, ya que la persona induce crisis en los sistemas en los que participa para producir cambios.

En el contexto escolar, lo ideal es mantener la coparticipación intensificada entre la familia y la escuela, con una clara definición de roles. Es conveniente cuando la consulta es por un problema en la escolaridad, que el terapeuta reafirme y confirme a la familia e incluya a otros miembros de la red para que ayuden (maestra del aula, particular, etc.). El terapeuta debe cerciorarse y tener claro que sea él y no

la escuela quien determine el plan de tratamiento. Asimismo, debe explorar las actitudes de los padres hacia la escuela y las autoridades, favoreciendo el consenso; buscar determinar lealtades, conflictos y planes ocultos en la interfase escuela-familia; determinar si el problema puede ser manejado por la familia únicamente y así esclarecer los límites y los roles; intervenir estableciendo una alianza padres-escuela, a favor del crecimiento del consultante.

Con respecto al contexto laboral de una persona que consulta, también es posible trabajar de tal manera que se amplíe y se potencie el cambio. En primer lugar, se evalúa la conveniencia de incluir el contexto laboral.

Ayudar al paciente a establecer límites apropiados entre el trabajo y la vida privada, teniendo en cuenta que el estrés individual laboral inicia conflictos familiares, así como el estrés familiar (por ejemplo, el divorcio) produce menor rendimiento laboral. Se debe atender a dos factores individuales: la necesidad de satisfacción laboral, y que los individuos estresados no están en disposición para enfrentar exigencias emocionales y físicas en las familias. Además, es básico tener en cuenta si existe un isomorfismo entre el contexto familiar y el laboral, por ejemplo, la evitación del conflicto.

También se considera el contexto hospitalario para intervenir intensivamente en el contexto. Cuando un paciente es hospitalizado y se consulta a un terapeuta, éste debe evaluar los diferentes sistemas intervinientes. En primer lugar, determinar quién es el responsable de la consulta y del paciente; si la misma se realiza por internación o por delito, cuál es el médico derivante, y por qué consulta. Además, es importante indagar acerca de la posibilidad de utilizar el hospital como lugar seguro para una terapia breve y de si están el hospital y sus equipos profesionales dispuestos a colaborar con el terapeuta. Si estas condiciones y claridades relacionales no se dan, es mejor no iniciar ninguna intervención terapéutica. Ahora bien, si el terapeuta cuenta con el apoyo institucional, tiene que reorganizar el contexto hogareño para el regreso del paciente y promover que las autoridades, ONG, cooperadoras, servicio social, etc. ayuden a los familiares para que el paciente retorne a un ambiente más rico del que salió; ayudar a la familia confirmándola, revalorizándola y poniendo su protagonismo en la convicción de que *“la familia puede hacerlo mejor”*. Asimismo, en todo caso hospitalizado el terapeuta tiene que evaluar ciertos aspectos como la gravedad, la cronicidad de la enfermedad, el riesgo social del núcleo o del individuo, sus condiciones de vida, el

aislamiento o el apoyo social y su capacidad económica, de manera tal que la intervención resulte eficaz.

Para los casos judiciales, también Charles Fishman nos indica pasos sumamente útiles.

Lo primero en el contexto judicial, es el diagnóstico de:

- ¿Quién es el cliente?
- ¿Para quién es el trabajo?
- ¿Qué efecto produce el juez en la familia?
- ¿Qué efectos esperamos producir en el juez o en la familia?

Además, debemos evaluar con claridad quién tiene el mayor poder de decisión:

- ¿Es el Juzgado, son los Servicios que intervienen, es la familia?
- ¿Cuál es la meta buscada por el personal institucional?
- ¿Buscan el consenso?
- ¿Cuál es la libertad que tiene el clínico para intervenir?

De esta manera, ampliamos el foco de observación e incluimos al sistema familiar, a los servicios sociales, al defensor de oficio, a los maestros para diagnosticar conflictos, planes ocultos, agenda oficial y agenda privada y poder visualizar si hay un problema encapsulado entre el sistema judicial y la familia.

Se busca fundamentalmente lo “*mejor para la familia*”. Si un terapeuta está incluido en los servicios sociales de una comunidad, Fishman plantea que la meta será “*buscar el bienestar de todos*”. Para esto hay que valorizar, ayudar y darle protagonismo a la familia; identificar y desarrollar redes sociales presentes en las estructuras circundantes; conocer programas existentes; coordinar y derivar. Asimismo, se debe prestar especial atención al sistema de género y su influencia en la comunidad y en la familia. Siempre se trabaja desde la interdisciplina, con planes basados en el consenso y el respeto por las diferencias, y siempre debe haber una adaptación a la idiosincracia familiar.

Los modos de intervenir en los triángulos en las familias

Tom Fogarty (2000) ha considerado las observaciones realizadas por Murray Bowen acerca de los ciclos de proximidad y distanciamiento que marcan la inestabilidad de las díadas y que producen los triángulos relacionales.

Bowen se había concentrado en el estudio de la necesidad interna de las personas para establecer contacto, y del miedo a ser aprisionados. Pensó que los ciclos de proximidad y distanciamiento eran provocados por estados internos de ansiedad de separación y de ansiedad de ser absorbidos.

Estos ciclos los observó en los vínculos simbióticos que mantenían la madre y su hijo esquizofrénico. Los ciclos proximidad-distancia se sucedían en el tiempo de manera predecible. El vínculo entre estos ciclos y los triángulos se advierte con claridad cuando nos preguntamos hacia quién (o hacia qué) se dirigen las personas cuando se distancian de alguien con quien habían mantenido una relación íntima.

Por ejemplo, un niño pequeño busca ansiosamente a su madre cuando cree que ella trata de evitarlo, o cuando advierte su gesto de alivio al ver que ya llegó el abuelo para hacerse cargo de él durante toda la jornada. Más tarde, ese mismo niño parece necesitar menos a su madre y se muestra indiferente con ella. Y en la adolescencia se vuelve arrogante y sostiene que ella lo necesita más que él a ella, ya que para él es más importante pasar el tiempo con sus amigos.

Tom Fogarty concentró su estudio en el movimiento relacional de cada individuo. En toda relación una persona tiene tres opciones de movimiento: puede acercarse a la otra persona, alejarse de ella o quedarse inmóvil. Lo que causa el movimiento es el incremento del nivel de excitación emocional (su reactividad emocional) ante el comportamiento de la otra persona o ante su percepción del estado emocional de la otra persona. La excitación emocional del individuo, junto con el movimiento reactivo que suscita, constituye el combustible que alimenta la activación de los triángulos. De hecho, cada vez que existe tensión en una díada empiezan a operar las fuerzas emocionales de un modo tal que se produce un triángulo relacional estabilizador.

Para Fogarty, los triángulos son un mecanismo de evitación cuyo propósito es eludir la incomodidad, tanto si ésta es producida por la intimidad como si lo es por el hecho de tener que enfrentar cuestiones conflictivas. Observó que las parejas

con hijos pequeños que lo consultaban sobre sus problemas conyugales tenían una dinámica similar. Buen comienzo matrimonial, pero con el primer hijo disponían de menos tiempo, energía, libertad y privacidad. Las esposas, más madres que esposas. Cuando el marido se acercaba y trataba de restablecer el antiguo estado de cosas, fracasaba. Los maridos comprendían que el antiguo estado de cosas se disolvía. Muchas veces manejaban la pérdida entregándose al trabajo o a la carrera, distanciándose cada vez más de la familia. En este punto, el triángulo es un problema y destriangular, en este caso, significa lograr que el padre se acerque a su hijo y asuma su paternidad.

Para Phillippe Guerin, los triángulos son un subproducto de la lucha por “la primacía de la adhesión y la jerarquía de la influencia”. Las técnicas de intervención que desarrolló contemplan distintas etapas: primero, se identifica el triángulo; luego, se lo lleva a la superficie para enseñar a cambiar el papel relacional; por último, hay que ocuparse de los triángulos entrelazados para reforzar el progreso.

Los métodos desarrollados por Bowen, Fogarty y Guerin incluyen la producción de alteraciones estructurales destinadas a aliviar el síntoma, un esfuerzo dirigido a sacar a la superficie el proceso emocional que tiene lugar dentro de los triángulos. Por ejemplo, en una familia es posible aliviar los síntomas del hijo y ocuparse del conflicto conyugal, la dependencia del padre respecto de la madre y su miedo al rechazo, así como el miedo de la madre a ser abandonada.

Importancia clínica de los triángulos.

Los triángulos promueven el desarrollo de síntomas en el individuo. Quedar aprisionado en un triángulo es generador de tensión, y provoca un sentimiento de indefensión y desesperanza. Es probable que una persona emocionalmente atrapada en un triángulo sufra cierta pérdida de función. El hecho de estar atrapada en un triángulo intensifica su reactividad emocional hasta un punto en que la misma determina su conducta sin opciones.

Consideremos, por ejemplo el caso de una niña pequeña cuya madre desarrolla un apego ansioso hacia ella en respuesta al distanciamiento de su esposo. Como resultado, el padre se torna muy crítico de la niña. En respuesta a su posición en el triángulo es posible que la niña se niegue a ir a la escuela o que sus ataques de asma empeoren.

En este caso, la intervención adecuada consistiría en lograr que el padre disminuyera su nivel de crítica, se acercara a su hija y dedicara más tiempo a relacionarse con ella (no a corregir sus defectos). Al mismo tiempo alentar a la madre a concentrarse menos en su hija y más en otras zonas descuidadas de su propia vida (por ejemplo, tal vez ella necesite disminuir la distancia que la separa de su propia madre).

De acuerdo con Guerin y compiladores³³⁶, la importancia clínica de los triángulos relacionales se basa en seis factores:

- Cuando el triángulo cambia, pueden salir a luz los conflictos conyugales, en cuyo caso será posible tratarlos. Sea como fuere, el trabajo con el triángulo por lo menos liberará a la niña y aliviará el síntoma de la madre.
- Los triángulos contribuyen a la cronicidad de los síntomas en el individuo y del conflicto en la relación. Una vez que los síntomas han aparecido o el conflicto ha empezado, estar apresado en un triángulo aumenta el estrés, y éste es un factor que perpetúa los síntomas y el conflicto, tornándolos resistentes a la intervención directa.
- Los triángulos conspiran contra la resolución de los problemas tópicos o conflictivos, que afectan a un individuo o a una relación. Los triángulos son una distracción estabilizadora.
- Los triángulos bloquean la evolución funcional de una relación en el tiempo. Se detienen las tareas evolutivas según el ciclo vital. Por ejemplo, distanciarse de la madre y acercarse al padre.
- Los triángulos pueden crear o facilitar el *impasse*³³⁷ terapéutico. Un triángulo no tratado puede ser el vehículo de una rebelión voluntaria contra la terapia o la razón de una rebelión involuntaria. Este *impasse* puede deberse al incumplimiento de las prescripciones, a un error en el diagnóstico (por ejemplo, que no se haya tenido en cuenta la triangulación: la presión o los celos del esposo de la paciente en contra

³³⁶ Guerin, P.; Fogerty, T. y otros. (2000). Triángulos relacionales.

³³⁷ *Impasse* significa crisis, atolladero.

del tratamiento), o a la falta de adecuación de las capacidades del paciente al tipo de terapia que recibe.

- Los triángulos “atrapan” a las personas, privándolas de la posibilidad de elegir y asegurando la persistencia de su comportamiento disfuncional. En los triángulos activos, las personas nunca son libres, están condicionadas y son predecibles. Tienen dificultades para considerar alternativas, y si se les ocurren, no se atreven a correr el riesgo. Temen que alguien salga lastimado, se enoje o se marche.

Guerin describe un modelo de terapia que se basa en el supuesto de que el estrés situacional y el relacionado con el desarrollo desencadenan ansiedad y depresión en el individuo. Por una parte, este estado de excitación emocional con frecuencia da origen a pautas de comportamiento que producen conflicto en las relaciones y refuerzan la disfunción en los individuos; por otra parte, este proceso activa inevitablemente los triángulos relacionales y se encarna en ellos. A su vez, estos triángulos refuerzan la patología en los individuos y el conflicto en las relaciones.

La psicoterapia pretende descubrir los hilos vulnerables y dañados de los individuos y sus relaciones, desenredarlos de las marañas de sus triángulos entrelazados y volver a tejerlos entre sí, con relaciones más fuertes entre individuos que funcionen mejor y son más autónomos. También busca complejizar el modelo, convirtiendo la terapia en un enrejado donde el foco se desplaza libremente hacia atrás y hacia delante entre las vidas interiores de los individuos, las relaciones personales diádicas en las que esos individuos están involucrados, y los triángulos relacionales que rodean y complican esas diádas.

Por ejemplo, en los primeros tiempos del matrimonio, el triángulo con alguno de los suegros es el más común: ¿Quién va a ser más importante para él, su madre o su esposa? ¿Quién va a tener más influencia sobre él? La primacía en el vínculo y en la influencia importa mucho en los comienzos del matrimonio. Ahora bien, cuando nace un hijo o cuando los hijos llegan a la adolescencia, es probable que el triángulo centrado en los hijos sea el más intenso y activo.

Autoexamen.

Con el fin de que el trabajo con los triángulos tenga sentido para las personas, el terapeuta debe reforzar la capacidad de sus pacientes de reconocer que culpar al otro por el problema sin comprender la propia contribución, perpetúa la disfunción relacional y los priva de la posibilidad de aliviar sus sufrimientos.

Cuando se culpa al otro, se entrega todo el poder al otro. El terapeuta ayuda a las personas a ver que pueden cambiar el papel que desempeñan en un proceso. Si la terapia no logra que cada uno asuma su propia responsabilidad, el conflicto y la disfunción proseguirán y se intensificarán.

A veces nos resulta difícil ver el papel que desempeñamos en un triángulo, porque no estamos acostumbrados a pensar en los triángulos, porque el “dos contra uno” aumenta el sentimiento de víctima, o porque el triángulo es implícito y negado. Además, lograr la calma es imprescindible para poder pensar y disminuir la emoción y las conductas reactivas que mantienen la triangulación. También el autoexamen puede ser falso cuando el paciente se culpa de todo, es impotente o se autodenigra: a más culpa, menos capacidad de centrarse en el yo y más conflictos relacionales implícitos o explícitos.

Lo que un triángulo no es

Los triángulos son diferentes a las tríadas. Un grupo de tres no es necesariamente un triángulo. En una tríada cada miembro se siente libre sin dejarse determinar por los otros. Pueden los tres interactuar de uno a uno dependiendo de la situación. La relación puede ser distante o intensamente comprometida. Cada uno puede asumir una posición personal sin imponerla a los demás.

Comparación entre las tríadas y los triángulos

Triadas	Triangulos
Cada tríada interactúa de uno a uno.	La interacción en cada tríada está vinculada con el comportamiento de la tercera persona.
Cada persona puede optar entre distintos comportamientos.	Cada persona está atada a formas reactivas de comportamiento.

Triadas	Triangulos
Cada persona puede adoptar posiciones personales sin tratar de cambiar a las otras dos.	Nadie puede adoptar una posición personal sin tener que cambiar a los demás.
Cada persona puede permitir que las otras dos tengan su propia relación sin interferir en ella.	Cada persona interviene en la relación entre las otras dos.
El autoexamen es posible y usual.	Nadie realiza un autoexamen, cada persona está constantemente concentrada en las otras dos.

El hecho de estar en un triángulo (y no en una tríada) se experimenta internamente como una sensación de ansiedad, una interrupción del fácil fluir de la conversación, un preguntarse constantemente qué decir o un silencio incómodo. El flujo de movimiento de avances y retrocesos tiende a ser limitado, el clima emocional es rígido y con frecuencia muy intenso. *El verdadero problema consiste en estar en un triángulo, no reconocerlo y permanecer en él por tiempo indefinido.*

El proceso emocional interpersonal

Las personas tienen necesidad de autonomía y conexión, cuya activación configura el espacio relacional interpersonal. Así, el proceso emocional interpersonal está constituido por varios elementos:

- Los estados individuales de excitación emocional, la vulnerabilidad, puede aumentar o disminuir según el momento de la vida.
- Las diferencias individuales en la capacidad de las personas para controlar su excitación emocional.
- Las variaciones en la importancia de la relación específica y el nivel de apego que le es propio.
- Diferencias individuales de sensibilidad en cuanto a ciertas formas de conducirse o expresar los sentimientos.
- La posibilidad de actuar sobre el proceso relacional interpersonal se desprende de la idea de diferenciación.

Bowen señaló que en terapia de parejas, el terapeuta debería poder mantener una conexión emocional con ambos cónyuges sin quedar atrapado en el

estado emocional de ninguno de los dos, ni en el proceso relacional entre ellos. Así el matrimonio mejoraría.

Hacer preguntas sobre el proceso, o sea sobre los actos, los cambios y las funciones en las personas o entre las personas, nos lleva a hacer explícito el proceso emocional implícito, tanto para el terapeuta como para los pacientes, a colocar el comportamiento sintomático dentro de un contexto interpersonal y, de esa forma, a que el terapeuta se mantenga fuera de los triángulos.

Hay muchas teorías acerca de la índole del proceso emocional en los triángulos.

Freud pensaba que los impulsos agresivos y sexuales de raíz biológica explicaban la activación del triángulo edípico. Bowen, por su parte, destacó que el proceso emocional que subyace a los triángulos es la fusión. A su vez, Fogarty se concentra en la estructura y el movimiento y en los procesos emocionales de ansiedad, depresión, vacío y muerte internos. El enfoque de Guerin destaca las interconexiones de estructura y proceso y la transmisión de la ansiedad en las relaciones interpersonales (insatisfacción, tensión y excitación) que activan los triángulos. La activación de los triángulos es un proceso emocional automático sin conocimiento consciente.

Cuanto mayor es el apego en una díada, mayor será el potencial de reactividad. Una vez que se estableció un triángulo potencial, puede ser activado y reactivado en cualquier momento, o puede ser reproducido en otra generación.

¿Cómo puede un terapeuta reconocer las señales de que puede ser aprisionado en un triángulo?:

- *Cuando no sabe qué más preguntar, la tensión es tan alta que pierde el dominio del modelo.*
- *Cuando tiene la sensación de que el tiempo transcurre lentamente.*
- *Cuando se siente irritado y sin ganas de ver al paciente.*

La destriangulación disminuye la excitación emocional en los individuos y genera una claridad de pensamiento que permite comprender cómo se triangula y cómo se actúa en ellos. Reducida la excitación emocional, el terapeuta puede intentar nuevos modos de relación.

Conclusión

En los últimos tiempos la terapia sistémica ha incluido los desarrollos feministas, narrativos y el construccionismo social. Así, el enfoque estructural formulado hace más de veinticinco años por Minuchin y su equipo ha sufrido muchos cuestionamientos.

Con los años, nuestra disciplina ha evolucionado hacia prácticas orientadas progresivamente por una epistemología sistémica, imbuida de las nociones de la complejidad. Los seres vivientes hacen procesos que tienen lugar en contextos ecológicos y éstos exigen reconocer la influencia recíproca de una multitud de otros procesos entrelazados, subsumidos y subordinados.

La inestabilidad, la incertidumbre, las formulaciones del construccionismo social con una noción de la intersubjetividad (de acuerdo con la cual son las experiencias compartidas las que construyen el *self*, nuestras acciones y el mundo) y la revalorización de lenguaje a partir de la noción rectora de las narrativas son ideas que, por un lado, han ido desarrollando prácticas sistémicas de segundo orden basadas en la narrativa y por el otro, han provocado que algunas prácticas dejaran el nombre de “terapias familiares” para pasar a ser “sistémicas”.

Al decir de Carlos Sluzki³³⁸, *“los seres humanos todavía somos criados dentro de la familia y vivimos en su seno, por ende, la familia sigue siendo la fuente primordial de la construcción de una cosmovisión propia, la realidad es definida intensamente y el orden social influido, a través de las interacciones, normas, rutinas, luchas, mitos de la familia”*. De ahí que en nuestra práctica privilegiemos a la familia toda vez que resulte posible y apropiado. En efecto, Salvador Minuchin afirma:³³⁹ *“Yo pienso que la Terapia Familiar surgió a partir de la comprensión de sistemas complejos, si bien los subsistemas tienen una dinámica propia, están conectados por ordenamientos jerárquicos dentro de sistemas que los contienen como ellos contienen a otros. El hecho de trabajar con el subsistema familia posee ventajas heurísticas”*

Se debe, por lo tanto, investigar el desarrollo y la organización individual y familiar y como mediadora entre la cultura, la etnicidad, la clase y el género; pensar en los sistemas familiares como lo hace Minuchin, buscando incrementar las

³³⁸ Sluzki, C. (1999). “En busca de la familia perdida” .

³³⁹ Minuchin, S. (1999) “Recortar, Reimaginar y Rebuscar, la conversación continúa”.

fortalezas y la novedad en las interacciones y en los relatos. Además, cuando incluye instituciones, lo hace con la idea del beneficio de la familia utilizando instrumentos distintos para gravitar en ellas, siempre partiendo de su concepción de que *“hay espacio para una pericia benévola y hay necesidad de ella”*, con el objetivo de aliviar la tensión o el dolor padecidos por la familia que consulta.

María Beatriz Sabah

CAPÍTULO 13

LA MÍSTICA DEL RESULTADO

CAPÍTULO 13

LA MÍSTICA DEL RESULTADO

En la terapia estratégica, el terapeuta debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

Jay Haley

Resultados en psicoterapia. ¿Por qué?

La evaluación de los resultados de alguna variable interviniente en la psicoterapia o de los propios modelos psicoterapéuticos mediante metodología empírica, parece no ser moneda corriente en nuestros días, ni haberlo sido nunca desde que esta práctica terapéutica (de vida relativamente corta) hizo su aparición allá por principios del siglo XX.

Es curioso pero cierto que, salvo algunas extraordinarias excepciones, los profesionales psicoterapeutas no se han interesado tanto en saber si tenían éxito en su labor (y qué variables lo posibilitarían), como en desarrollar teorías, epistemologías y paradigmas que explicaran y justificaran su trabajo.

Esto que planteamos es perfectamente verificable, si tenemos en cuenta la cantidad de teorías, explicaciones, hipótesis y discursos desarrollados en el seno mismo de la ciencia psicológica; en contraposición a los esfuerzos que hemos

desarrollado por conseguir una verificación empírica de los resultados que nuestras técnicas e intervenciones terapéuticas provocan, cuando interactúan en el campo terapéutico con nuestros consultantes.

También podríamos chequear la veracidad de estas afirmaciones, si notamos que la idea de *avance progresivo* o de *acumulación de conocimientos*, casi no existe por estos terrenos de la ciencia. Más bien, parece que a los terapeutas nos ha costado mucho (y nos sigue costando actualmente) *recoger la antorcha del corredor anterior*, y que por otra parte hemos preferido (y preferimos) *encender la llama propia*, más grande y luminosa que las demás.

Como consecuencia de esto, todavía no contamos con una información precisa que nos indique qué hacer y desde dónde. Eduardo Figueroa ejemplifica perfectamente el estado de la situación, cuando muestra que aún no se han producido acuerdos que permitieran saber cuál es la evidencia necesaria, indicadora de que las afirmaciones de un determinado modelo deben hacerse a un lado por demostrar ser perimidas, o simplemente falsas (Figueroa, E.; 1994).

Así hoy por hoy, este distinguido campo científico cuenta ya con varios centenares de modelos terapéuticos distintos que se debaten entre sí, por ser aquella teoría “*elegida*” que dará cuenta de los problemas, insatisfacciones, equivocaciones y patologías del ser **humano**. Mientras, por otra parte, ninguno ha logrado probar empíricamente que es ciertamente más efectivo que su vecino (salvando algunas honrosas excepciones referidas a problemas específicos).

Si seguimos revisando, notaremos que en la historia de la psicoterapia, los distintos modelos se han creado y se han modificado de acuerdo con diferentes objetivos. Ejemplos de esto podrían ser: “brindar una perspectiva menos reduccionista”, “dar cuenta de los fenómenos intrapsíquicos”, “mostrar el contexto de los problemas”, “no manipular a las personas”, “ser más responsable”, “más interesante”, “más creativo”, “más holístico”, “más etcétera”.

Sin desmerecer todas estas cualidades, importantes o no (depende del modelo y los criterios valorativos) para una terapia, pareciera confirmarse que los resultados no son determinantes a la hora de decidirse por un modelo clínico, y que éstos cambian más para comodidad y contento de los terapeutas que los desarrollan y practican, que por haber demostrado mediante la obtención de resultados, ser más eficientes y efectivos con la problemática del paciente.

Además, las discusiones entre los modelos existentes también se nos presentan como algo realmente difícil. Por esto que decíamos recién, de que ni siquiera hay acuerdo acerca de cuáles deberían ser aquellas evidencias que nos aporten cauces comunes de discusión.

Este “estado de las cosas” en el campo de la psicoterapia tiene también algo de paradójico. Esto es, que si bien las diferencias epistemológicas, teóricas y técnicas entre modelos son **notables**, no menos notables resultan las similitudes que estos modelos presentan, cuando analizamos los procesos a partir de los cuales surgen como una alternativa terapéutica, crecen, se desarrollan y declinan.

Así es como cada modelo nuevo lanzado al mercado de ofertas terapéuticas ha tenido un curso similar a los otros. “Primero un par de ideas poderosas, revolucionarias en el sentido de que abren realmente una perspectiva diferente. Después su desarrollo más o menos sistemático y la aparición entusiasta de técnicas y procedimientos para aplicarlas, junto con la convicción de que podrán resolver la mayoría de los problemas. A continuación evoluciones divergentes hacia modelos opuestos y competitivos entre sí, sin el establecimiento de parámetros que permitan dirimir si se trata de teorías distintas acerca de cuestiones de una misma clase, o simplemente de diferentes niveles de descripción. Luego, proliferación de innovaciones teóricas y técnicas, hasta que el campo se satura y pierde coherencia y unidad” (Hirsch, 1992).

Al igual de lo que ocurrió con la revolución psicoanalítica en la primer mitad del siglo, con el impresionante auge que a partir de la década del ‘50 poseyeron las terapias “conductuales” o con los modelos a los que dio origen la aplicación de la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética a la psicoterapia, las modalidades clínicas específicas que se han desprendido de mismos puntos de vista generales son disímiles, e incluso a veces, antagónicas entre sí.

Lo más confuso de la situación probablemente esté representado por el hecho de que frecuentemente ante estas diferencias entre modelos, no queda muy claro si éstas se producen porque son distintas teorías hablando de las mismas cosas, o porque teorías parecidas describen cosas distintas, o porque se trata de niveles de abordaje diferentes. Esto contribuye a que también sea difícil acordar lo que se opina diferente.

Cambiando un poco el foco de la argumentación y volviéndolo quizá más epistemológico ... No representa ninguna novedad decir que estos tiempos

postmodernos nos han enseñado a tener cuidado cada vez que intentamos describir qué es lo que pasa “ahí afuera”. Hemos aprendido a ser más responsables y a hacernos cargo de aquello que decimos.

También hemos aprendido que la verdad es consenso acerca de lo que percibimos, y que la lógica aristotélica no siempre funciona. En este sentido, las teorías constructivistas han sido un aporte fundamental a la ciencia en general y a la psicoterapia en particular.

Pero por otro lado, esta nueva vuelta de tuerca a la problemática epistemológica objetividad - subjetividad (que es antiquísima) que nos brinda la postmodernidad y las teorías constructivistas, sino nos estimula a definir y consensuar un campo donde lo que digamos tenga validez, puede ser improductiva. Sobre todo si como consecuencia de las mismas, tenemos la ilusión de haber obtenido una excusa epistemológica perfecta para declarar la legitimidad de nuestras teorías, sin realizar siquiera el intento de acordar con los demás qué debe considerarse válido y “correcto” y qué no.

Creemos entonces que el paso adelante que hemos dado en el terreno de la responsabilidad al reconocer nuestra determinante participación en la construcción del conocimiento, no servirá de nada (ni sirve actualmente) si no damos un siguiente paso ético consistente en la tarea de consensuar un territorio que nos permita delimitar lo que está “bien” (simplemente porque cae dentro de este territorio) y qué es lo “equivocado” (porque cae fuera del territorio). Un dominio de experiencia común donde los “hechos” hablen por nosotros, siempre responsablemente y sin creernos que el mapa, el modelo o la teoría, es el territorio.

Y es justamente porque consideramos que el mapa no es el territorio, que creemos estar éticamente obligados a trabajar juntos para perfeccionar este mapa y actualizarlo cotidianamente.

Ahora, si no encontramos un territorio común que posibilite una discusión fructífera, nada de esto podrá ser realizado. Y la opinión general de los profesionales que practicamos el modelo descrito en este trabajo es que el mejor lugar en el cual podrán encontrarse los distintos modelos y hablar en un lenguaje común que permita acordar o disentir, es en el terreno empírico. Y esto, no porque las observaciones empíricas sean más “verdaderas” epistemológicamente que las otras, sino porque creemos que es la manera más pertinente de construir un cuerpo de conocimiento progresivo. Principalmente, porque las metodologías empíricas brindan una mayor

capacidad de medición y discriminación de variables, por la mayor facilidad que poseen para definir qué constituye un “error” y las definiciones precisas de los conceptos que utilizan.

En resumen, esta propuesta se encuentra sustentada en lo esencial, por el intento de contribuir al establecimiento de bases de datos a partir de las cuales fijar criterios para la toma de decisiones clínicas, donde la tolerancia por el disenso y el respeto por otras visiones a partir de las evidencias sea la costumbre. Para esto es necesario además (aunque parezca una obviedad), la intención de sentar bases comunes para una discusión provechosa.

“Si no aceptamos que debemos continuar el camino del esfuerzo por salir del marco de lo solamente opinable, e intentar, mediante la investigación, fundar esas opiniones en evidencias suficientemente sólidas, como para que pasen a ser generalizaciones válidas, será mucho más difícil para la psicoterapia sobrevivir como profesión” (Hirsch, 1998).

Resultados en psicoterapia. ¿Para qué?

Desde este marco empírico, se han realizado las más importantes investigaciones y mediciones acerca de los resultados de la psicoterapia con los que contamos hasta hoy. Entre ellos, sorprendentemente se encuentra uno, con que para todos los tipos de terapia evaluados, los números arrojados por las mediciones de efectividad son muy similares.

Eduardo Figueroa, haciendo referencia a las investigaciones realizadas por Lambert, Shapiro y Bergin (en Garfield y Bergin, 1986), Luborsky y Singer (1975), y Smith, Glass y Miller (1980), dice que “no importa lo que diga cada una de las teorías en pugna, los resultados se repiten una y otra vez” (Figueroa, 1994). Estos resultados a los que hace referencia, hablan de un 66% de éxitos, un 28% de pacientes que no mejoran y un 6% de personas que empeoran.

Si entonces los resultados son los mismos para todos los modelos... ¿Qué es lo que posibilita un cambio favorable o desfavorable en nuestros pacientes? O mejor dicho... *¿qué tipo de intervenciones, que hace qué tipo de terapeuta, ante qué tipo de paciente, con qué tipo de problema, en qué contexto social, hacen que una persona que consulta, se ubique en uno de los grupos mencionados anteriormente?* Responder esta pregunta con precisión (si fuera posible), seguramente demandará un

tiempo mayor de lo que deseamos, y sólo podremos hacerlo a través de investigaciones parciales que aporten respuestas parciales y contengan solamente algunas variables que, aunque nunca totalmente, den cuenta con fundamento empírico de ese fenómeno complejo al que llamamos proceso psicoterapéutico. Por otro lado, sería terrible para cualquier modalidad psicoterapéutica, desentenderse del compromiso de responder a una pregunta como la formulada. Renunciar a esta búsqueda de verificación empírica implicaría, entre otras cosas, renunciar también a la posibilidad de establecer parámetros que permitan indicar si una cosa es mejor o peor que otra, en qué grado es mejor o peor, y para quién. Por lo tanto, no podríamos tener una hoja de ruta con el suficiente respaldo como para que pueda señalar con una cierta precisión, tanto indicaciones como contraindicaciones. Por supuesto que la posibilidad de obtener graduaciones, porcentajes o generalizaciones, nos permitiría además reconocer las excepciones, otra cosa a la que renunciaríamos si subestimamos la importancia de las investigaciones. Esto se debe a que si no somos capaces de establecer normas, el mismo concepto de excepción se desdibuja, ¿excepción con respecto a qué? Todo esto es muy importante para clarificar las expectativas que podemos tener acerca de las investigaciones empíricas en psicoterapia. En efecto somos conscientes que “de todas estas investigaciones no se desprende - ni se desprenderá en el futuro- una conclusión del tipo “*Si el paciente o la familia o el terapeuta tienen la característica A, haga B.*” Lo único que siempre se podrá concluir, es una probabilidad, y esto implica una recomendación del tipo: “*Si el paciente, la familia o el terapeuta tienen la característica A, considere la posibilidad de hacer B, porque la probabilidad de tener éxito es mayor haciendo B, que haciendo C*”. Pero considerar la posibilidad es revisar si la generalización se aplica en este caso. El terapeuta puede y debe buscar evidencias de que la generalización no se aplica a su caso particular, pero conocer la generalización le da un marco orientador sobre por dónde empezar, y eso no es poco” (Hirsch, 1998).

En otro orden y cambiando el punto de vista, pensemos en la atención que reciben nuestros consultantes. Estamos convencidos de que corresponde a nuestra ética y competencia profesional brindar el mejor servicio que nos sea posible. Ahora, ante esto, nuevamente nos topamos con las preguntas anteriores. Si no podemos discriminar con cierto grado de precisión qué es lo mejor que podemos hacer frente a este consultante en particular y todos nuestros clientes en general, ¿cómo podremos determinar la calidad del servicio que estamos prestando? Además, la calidad de nuestro servicio psicoterapéutico se relaciona también de manera muy estrecha con el contexto laboral en el que nos toca desempeñarnos. Contexto que ha

cambiado mucho en los últimos años. Es así que a partir de la tercerización de todo tipo de servicios que a nivel general, se ha producido en todo el mundo y en particular, cada vez más en la Argentina, asistimos a un fenómeno con incidencias particulares en la prestación de servicios psicoterapéuticos. Esto es, que hoy por hoy (y las estadísticas indican que este fenómeno continúa creciendo cada vez más) la mayoría de nuestros pacientes no son los que pagan en forma directa por su tratamiento psicológico o psiquiátrico. El pago se realiza a través de un tercero (Obras Sociales, Entidades Pre - pagas, el Estado, etc.), por lo cual nuestros consultantes (aquellos que reciben el tratamiento) han dejado de ser, en parte, nuestros clientes (aquellos que pagan por el tratamiento). Por lo tanto la demanda que se hace de nuestro servicio, se transforma y se convierte en una demanda más compleja. Y esto simplemente porque existen más actores en el escenario.

Esta situación a muchos les puede gustar, o no. Nuestra intención no es hacer un juicio de valor acerca de los paradigmas liberales que rigen el mercado laboral. Pero sí advertir que lo peor que podríamos hacer, en perjuicio de nuestros consultantes, de la ciencia psicoterapéutica y por lo tanto, de los mismos psicoterapeutas; es no tenerlo en cuenta o creer que no existe.

De acuerdo con estos objetivos científicos y profesionales consideramos muy importante sostener la actitud previamente descripta frente a la investigación empírica. Actitud que constituye parte del paso ético que debemos dar día a día como científicos, como profesionales de la salud al servicio de nuestros consultantes, y como trabajadores, en un contexto laboral que nos requiere cada vez más precisos y pertinentes en nuestra praxis

Resultados en psicoterapia. Síntesis.

En conclusión, las investigaciones empíricas en psicoterapia nos brindan la oportunidad de acercarnos a poder determinar de qué modo, en qué grado y en cuánto tiempo, las variables que en ella intervienen posibilitan una mejoría, mantenimiento o empeoramiento, en los motivos de consulta de aquellas personas que solicitan nuestro servicio profesional. Y además nos proporcionan un “feedback” de información que nos da la chance de evaluar de mejor manera los resultados de nuestras intervenciones. Todo esto se constituye en una condición “sine qua non” para el progreso de la terapia en general, independientemente desde el modelo que esté practicada.

En este sentido coincidimos con Hirsch cuando dice: “...Para seguir progresando, un camino promisorio es mirar, más allá de los modelos, hacia qué intervenciones específicas promueven, facilitan, producen o mantienen el cambio, dentro de cada modelo. Comparar los distintos modelos, parece menos fructífero que comparar las características de los terapeutas vinculadas con los requerimientos técnicos específicos de cada modelo. Entretanto, los resultados de las investigaciones no nos dicen cuál es la verdad final, pero nos proporcionan cauces de discusión.” (Hirsch, H.; 1998)

Seguros de que esta discusión es una parte esencial del crecimiento progresivo del conocimiento psicoterapéutico, nos parece de suma importancia que los diferentes modelos puedan consensuar, mejorar y compartir el conocimiento en el terreno de lo empírico, reemplazando un poco del “fanatismo” con el que los profesionales adhieren a las teorías y modalidades, por una cierta “Mística del resultado” (Hirsch, 1992), que nos haga también un poco “fanáticos” de la evaluación de los resultados de nuestros tratamientos, técnicas e intervenciones en general. De esta manera, creemos que podremos estar más cerca de acceder a la posibilidad de construir un saber progresivo y aumentar la integración de nuestros conocimientos.

Santiago Fernández Escobar

CAPÍTULO 14

LA ÉTICA EN LA PSICOTERAPIA

CAPÍTULO 14

LA ÉTICA EN LA PSICOTERAPIA

La ética

“No creo que la ética sirva para zanjar ningún debate, aunque su oficio sea colaborar para iniciarlos todos”.

Fernando Savater

Sólo disponemos de cuatro principios de la moral:

- El filosófico: haz el bien por el bien mismo, por respeto a la ley*
- El religioso: hazlo porque es la voluntad de Dios, por amor a Dios.*
- El humano: hazlo porque tu bienestar lo requiere, por amor propio.*
- El político: hazlo porque lo requiere la prosperidad de la sociedad de la que formas parte, por amor a la sociedad y por consideración a ti.*

Lichtenberg, Aforismos

“Cada vez más la terapia es una intervención en un contexto que es sumamente diferente a lo que mucha gente ha sido formada para trabajar”.

Marcelo Pakman

“El hombre no siempre necesita barras para construir jaulas. Las ideas también pueden ser jaulas. Las puertas de los hospicios se fueron abriendo en la medida que los chalecos químicos se fueron haciendo más efectivos. Las puertas de nuestras mentes son más difíciles de abrir”.

Ronald Laing

Estamos ante un tema tan importante, como polémico, que debe imprescindiblemente figurar en cualquier programa en el que se pretenda enseñar los lineamientos mínimos acerca de cómo se hace algo, en este caso una propuesta para un tratamiento psicoterapéutico sistémico - estratégico.

Dice Max Rosenbaum, *“la ética, o el problema de la ética, consiste esencialmente en saber qué es bueno y qué es malo”*. Y agrega que en este sentido la historia de la humanidad va de la mano de los cuestionamientos que se han hecho las personas acerca de cómo medir y reglar lo bueno y lo malo. Todas las religiones han opinado sobre el bien y el mal. También el abordaje se ha realizado en términos de cultura, de lugar y de tiempo. (Rosenbaum, 1985). El mismo autor hace referencia a los filósofos griegos "que buscaron la armonía universal en el medio ambiente y consideraron el bien y el mal como parte del universo". Posteriormente centraron la atención "en la conducta del hombre, se preocuparon por los deseos de éste". Y cita a Demócrito quien afirmó: "Se puede distinguir al hombre, no por sus acciones únicamente, sino también por sus deseos".

Posteriormente el estudio recayó en la razón humana. En la antigüedad, las principales figuras en el campo de la ética fueron Sócrates, Platón y Aristóteles. Dice Max Rosenbaum: "Sócrates (384 - 322 A.C.) creía en que hay un principio básico del bien y del mal, y buscó el bien más alto para usarlo como una medida del universo", su elección recayó en el conocimiento: "si alguien *sabe* lo que es bueno lo llevará a cabo". Y también decía "una vida no examinada no vale la pena de ser vivida" (Rosenbaum, 1985). El mismo autor agrega "Platón amplió la preocupación

socrática por el bien y el mal; señaló la inconstancia que hay en el universo y entonces destacó como única constante el aspecto racional del hombre. Consideraba que el hombre estaba gobernado por la voluntad (espiritual), los apetitos (deseos) y la razón. Pensaba que cuando el hombre vive la mejor vida posible es porque *la razón* gobierna lo espiritual y los deseos” (Rosenbaum, 1985). Rosenbaum agrega que Aristóteles, consideraba "que el hombre actuaba de acuerdo con un propósito, que cada uno de sus actos tenía un fin o un propósito", y que para Aristóteles "el bien es más alto en la *autorrealización* y la mejor manera de lograrla es a través de la razón".

Con posterioridad, Epicuro (341 - 270 A.C.) propuso que toda la vida humana está orientada hacia el placer, pero que el *ser racional* diferencia entre los placeres físicos de corta duración, que son destructivos, y los placeres de la mente que son en último término más satisfactorios. Los estoicos creyeron que el bien fundamental se alcanza cuando el hombre actúa en armonía con el universo. Posteriormente los griegos volvieron al pensamiento presocrático.

Con el advenimiento del Cristianismo se renueva el interés por el bien y el mal con las fuerzas de la luz y la oscuridad. Y agrega: "San Agustín (354 – 430) creía que Dios es bueno y que cuando el hombre le vuelve la espalda a la bondad de Dios llega el mal al mundo". Continúa planteando M. Rosenbaum que San Agustín no dio una concepción del mal o de lo que es malo, simplemente planteó que "cuando está oscuro es porque no hay luz, pero que pronto llegará la luz". El mismo autor señala que "Santo Tomás de Aquino (1225 - 1274) tomó las observaciones racionales de Aristóteles". Y agrega haciendo referencia al planteo original que "cuando el hombre estudia u observa el propósito para el que fue creado, entiende la bondad de Dios. Esto puede lograrse por medio de la *razón*, de la *fe* y de la *intuición*". Y continúa manifestando que en toda la teología medieval y su interés con los problemas de la ética, se hizo hincapié en la pureza de Dios y que apartarse de él debe dar malos resultados. El ejemplo más significativo son Adán y Eva y el concepto del pecado original.

Algunas religiones establecieron dioses para el bien y para el mal, lo que volvía a evadir el tema y quedaba el problema sin resolver.

Es recién a fines del siglo XVII, en que el filósofo inglés Thomas Hobbes, que "creía en la depravación innata del hombre, se interesó en el equilibrio que la gente lograba, entre sus intereses egoístas y sus intereses de orden social.

Consideraba al bien y al mal en términos de su relación con el hombre; lo que le agrada a la persona es bueno, y lo que le ocasiona dolor o insatisfacción es malo. Por lo tanto no hay un bien o un mal absolutos. Todo depende del contexto en que tienen lugar las acciones o los sucesos". (Rosenbaum, 1985)

Descartes (1596 - 1650) tenía un profundo sentir religioso y en su conocido interés por la razón y por las matemáticas, pensaba "que Dios era perfecto y absolutamente bueno, pero que el hombre comete errores porque Dios no le ha dado la suficiente capacidad para distinguir entre el bien y el mal. Los errores que comete son por insuficiencia de información y por lo tanto de una carencia de completa comprensión". (Rosenbaum, 1985)

John Locke, filósofo inglés del siglo XVII, compartía la filosofía de Hobbes, además pensaba que "la experiencia determina en gran parte lo que es bueno y lo que es malo, puesto que lo bueno produce placer y lo malo dolor". Además creía "en el aprendizaje de lo correcto y lo incorrecto a través de la enseñanza de nuestros padres de lo que es bueno y de lo que es malo. Al llegar a la edad adulta este aprendizaje estaba tan incorporado que lo creíamos innato". "Si bien creía que era Dios el autor de leyes divinas que cuando se rompen producen una conducta pecaminosa, le interesaban mucho más las leyes civiles que determinan lo correcto y lo incorrecto. La sociedad hace las leyes, y castiga al que las viola. Esta es otra perspectiva del bien y del mal". Según Locke, "la vida ha sido organizada de tal manera que tratamos de evitar el dolor y esperamos el placer".

Emmanuel Kant (1724 - 1804) fue el filósofo más influyente del siglo XIX que se ocupó del bien y del mal, de lo correcto y lo incorrecto. Decía "*actúa del modo que deseas que todos sigan el principio de tu acción*", de manera que la forma que uno elige para actuar y obrar fuera una ley universal o pudiera transformarse en ella.

John Stuart Mill, en sus obras, escritas a mediados del siglo XIX, trasluce lo adelantado que fue para su época, ya que se anticipó a establecer que las mujeres eran privadas de sus derechos como tales. Afirmó acerca de la confusión que se provoca cuando a lo inusitado se lo llama anormal y por el contrario, lo usual parece ser lo normal o natural.

William James y John Dewey fueron dos influyentes pensadores estadounidenses de la Escuela Pragmática, y definían "al bien y al mal como algo

ligado al grupo. El bien es ese acto que sirve mejor al individuo y al grupo”. Hacen un marcado hincapié en el aspecto social de la conducta.

Las ciencias del comportamiento abordan el bien y el mal desde la teoría de la personalidad. Las tres teorías que más han influido son: el aprendizaje social, el desarrollo cognitivo y la teoría psicoanalítica.

- La *teoría del aprendizaje social* se basa en cómo aprendemos procesos complejos de conducta social. Considera que la recompensa y el castigo son fundamentales y hacen hincapié en el refuerzo externo. La persona moral es la que simplemente se ajusta a las normas culturales y ha absorbido las normas de la sociedad y de sus padres. Skinner relaciona la justicia con las recompensas y los castigos y afirma: "el asunto de la justicia a menudo depende simplemente de la buena crianza. La cuestión es si se han usado correctamente los razonamientos". Por lo tanto la mejor manera de estudiar la moralidad es observar las técnicas de refuerzo que se han usado, los tipos de castigo y los modelos que se usan o se han empleado.
- La *teoría de desarrollo cognoscitivo*, basada principalmente en la obra de Jean Piaget, quien llegó a la conclusión de que hay tres etapas importantes en el desarrollo del juicio moral:
 - La primera etapa, llamada de restricción moral, corresponde a los niños menores de 7 u 8 años. En esta etapa los valores son absolutos, hay cosas correctas e incorrectas y el castigo es el resultado cuando alguien ha sido malo. Se la ha llamado realismo moral. El niño cree que todos ven las cosas en la forma en que él las hace, y que todos los pensamientos se perciben como si tuvieran una cualidad física.
 - La segunda etapa comienza a partir de los 8 años y dura hasta los 12 años. En esta etapa, el niño es más independiente y se preocupa por la justicia del castigo.
 - La tercera etapa es la más madura. Se inicia a partir de los 12 años y se la conoce como relativismo moral. La lealtad es hacia los pares. Se rechaza la moralidad y la incondicionalidad. Se escuchan

otros puntos de vista. La incomodidad se visualiza cuando los adultos entran en contradicciones.

- La *teoría psicoanalítica* subraya que la moralidad se basa en la identificación con los padres. La conciencia es lo mismo que el *Superyo* y se desarrolla aproximadamente a los 5 ó 6 años con algunas modificaciones posteriores. El bien y el mal son las reglas paternas que absorbe el niño y su respuesta a estas reglas arbitrarias. El *Superyo* es punitivo, y el *yo* existe para traer alguna clase de razón a la conducta. El *Ello* funciona como la reserva de emociones, pasiones e impulsos libres de trabas.

Freud afirmó: "donde esté el *Ello* estará el *yo*". El *yo*, en la teoría psicoanalítica actual es adaptable y funciona para desequilibrar las demandas excesivas del *superyo*. El individuo, con la maduración del *yo*, comienza a adquirir introspección. Está menos propenso a juzgar y más dispuesto a buscar las motivaciones detrás del comportamiento de otra persona. Las teorías de Freud sobre el *yo* dieron lugar a una opinión más bien pesimista, porque el *yo* parecía fijo. Los teóricos psicoanalíticos posteriores advirtieron que el *yo* podía seguir desarrollándose a través de la adolescencia y de la edad adulta con nuevas experiencias y con el contacto de figuras que tuvieran influencia sobre la persona.

Al parecer de Max Rosenbaum, en la actualidad se tiene más en cuenta la obra de Piaget y su enfoque de la cognición en un esfuerzo por integrar este enfoque con los estudios de las fuerzas emocionales inconscientes. Personalmente creemos en la *circularidad del pensamiento* y creo además en la responsabilidad individual. Como sistémico, observo y describo las interacciones, pienso en los circuitos que se autoperpetúan. No obstante, estoy seguro de que el individuo debe asumir responsablemente todos y cada uno de sus actos. El terapeuta como tal debe ser responsable de los resultados de la terapia, de las consecuencias que éstas generan en quienes lo consultan y en las personas significativas relacionadas con estos.

En este sentido resulta muy adecuado rescatar lo que Jay Haley llamó:

Criterios para una teoría de la terapia

- En primer lugar, la teoría debe *aportar una orientación* que conduzca al terapeuta a lograr un resultado satisfactorio en su terapia. El terapeuta no sólo debe evitar una teoría que lo lleve a hacer daño, sino que además, la teoría debería posibilitar la obtención de resultados mejores que los producidos si no se aplicara ninguna terapia.
- En segundo lugar, la teoría debe ser lo suficientemente *simple* como para ser comprendida por el promedio de los terapeutas.

Una teoría simple también le permite al terapeuta conservar una visión clara de los puntos importantes, de modo de no resultar confundidos por el/los paciente/s que son expertos en materia de complejidad.

- La teoría debe ser *razonablemente abarcativa*.
No es necesario que explique todas las eventualidades que podrían surgir, pero una teoría debe guiar al terapeuta, preparándolo para la mayor parte de ellas.
- La teoría debería *guiar al terapeuta a la acción*, más que a la reflexión, para que pueda producirse el cambio. *Siempre debe sugerirle qué hacer*, ya que no se debe estimular a que quien consulta siga pensando y sintiendo sin trasladarlo a la acción.
- La teoría debería *generar esperanzas* en el terapeuta, el paciente y la familia del paciente, de manera que todos prevean la recuperación y la normalidad.
- La teoría debe *definir el fracaso* y explicar sus motivos, en caso de producirse. (Haley, 1991)

Ética y responsabilidad

Estas son dos condiciones que nunca debe dejar de lado un terapeuta que es consultado para iniciar, continuar o acelerar un proceso de cambio, ya iniciado o por comenzarse por iniciativa del consultante. También para resolver, *reconducir*, una crisis a veces inevitable, como las crisis vitales o accidentales.

El concepto que se mantenía sobre la ética de la relación terapeuta - paciente, lo mismo que el concepto ético de las relaciones profesionales, se ve modificado cuando en 1948 John Rosen hace la primera transcripción textual sobre una entrevista psicoterapéutica. Baste recordar que este mismo autor fue quien difundió el empleo de la cámara de Gessell, para la investigación de la relación de los esquizofrénicos y sus madres primero, y con el resto de la familia, después. Todo un transgresor para la época.

El empleo actual de material de audio, video, cámaras de gessell, para investigación, supervisiones y docencia de la terapia, ha modificado significativamente el planteo ético.

Los derechos de los pacientes en psicoterapia

1) Toda persona tiene derecho a recibir asistencia terapéutica, y a que ésta le sea brindada dentro de las mejores condiciones posibles para la recuperación de su salud o la prevención de la enfermedad.

2) Todo paciente tiene derecho a que se respete su individualidad, sus creencias religiosas, éticas, morales y políticas sin que éstas sean consideradas en sí mismas patológicas o anormales.

3) Todo paciente tiene derecho a ser informado de que existen técnicas y otras metodologías de trabajo, distintas de las que propone el equipo tratante.

4) Todo paciente tiene derecho a que el terapeuta no se considere dueño exclusivo del conocimiento, y a que sus aportes sean estimados en paridad con los del terapeuta.

5) Todo paciente tiene derecho a que las comunicaciones entre profesionales, acerca de su problema, se realicen con el debido respeto a su dignidad.

6) Todo paciente tiene derecho a discrepar con las intervenciones de su terapeuta, sin que ello sea considerado ineludiblemente una forma de resistencia, interferencia o ataque a su dignidad.

7) Todo paciente tiene derecho a que se resguarde su intimidad, mediante el respeto del secreto profesional.

8) Todo paciente tiene derecho a que se le confirme la realidad de sus percepciones, incluyendo a aquellas que se refieren a sus terapeutas.

9) Los pacientes tienen derecho a que todas las intervenciones técnicas sean realizadas de tal modo que su autoestima no resulte dañada.

10) Todos los pacientes tienen derecho a expresarse libremente, pero también a guardar silencio en aquellos momentos en que comunicarse pudiera resultarle humillante, denigrante o peligroso.

11) Todo paciente tiene derecho a la empatía, comprensión y paciencia de su terapeuta.

12) Los pacientes tienen derecho a una mirada de su terapeuta que tenga en cuenta sus posibilidades de cambio y también sus limitaciones, que respete y considere su tiempo personal, pero que también insista en que cambie hoy, lo que hoy puede ser cambiado.

13) Los pacientes tienen derecho a un proceso diagnóstico que permita organizar adecuadamente su tratamiento, sin ser por ello etiquetados, ni limitados arbitrariamente en sus posibilidades de desarrollo.

14) Todo paciente tiene derecho a recibir información diagnóstica y pronóstica, administrada de forma tal que permita la autonomía de sus decisiones sin dañar la valoración de sí mismo.

15) Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas aporten todos los recursos y métodos que sea necesario aplicar para la resolución o alivio de sus problemas.

16) Los pacientes y los terapeutas tienen derecho a equivocarse y a tener razón.

17) Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas revisen los modelos y teorías que sustentan sus prácticas, a fin de descubrir si éstas los llevan ineludiblemente a vulnerar los derechos enunciados.

Esta declaración de derechos fue publicada en adhesión a la campaña que celebró el "40° aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos en las Naciones Unidas y fue elaborada por terapeutas, pacientes y distintos trabajadores de la salud mental (Peyrú y Brusca, 1992).

Muchos son los temas sobre los cuales se puede y/o debe hacer un *planteo ético* en los procesos terapéuticos por iniciar, en proceso o finalizados con fracaso parcial o total.

No se pueden dejar de considerar los siguientes temas, sobre los que debemos reflexionar:

- Un intercambio justo para quien recibe y quien ofrece este servicio.
- El control de la información.
- El sentido de propia responsabilidad del terapeuta.
- La competencia, que lo debe llevar a sentirse en permanente capacitación.
- El correcto empleo de normas morales y legales.
- Las declaraciones públicas que realiza.
- La confidencialidad de todo cuanto maneja.
- El bienestar del que lo consulta.
- Las relaciones con otros colegas.

Los puntos 1 y 2 son citados por Jay Haley en su libro *Terapia para resolver problemas*. Los puntos 3 al 9 son extraídos de los "Principios éticos de los Psicólogos", que fueron adoptados por el Consejo de Representantes de la Asociación Psicológica Norteamericana, el 24 de enero de 1981. Y esta resulta una corrección de la realizada en 1979 (Rosenbaum, 1985)

Estos principios se aplican a todos los Psicólogos, a los estudiantes de psicología y a cualquier otra persona involucrada con el trabajo de naturaleza psicológica bajo la supervisión de un psicólogo.

Intercambio justo

Como en cualquier oferta de servicio, sea un negocio o una prestación profesional, los problemas que hacen a que dicha transacción tenga para ambas partes un *intercambio y/o retribución justa*.

Podríamos diferenciar o hacer una distinción entre el servicio ofrecido para el aprendizaje. Es decir la atención que se brinda desde un Servicio Asistencial o desde una Cátedra como ésta en la cual se ofrece asistencia por una persona que está entrenándose como terapeuta, a cambio de los honorarios que quedan sin efecto; y/o la consulta privada, en la cual terapeuta y consultante convienen un intercambio equitativo y razonable para ambas partes.

Dice Jay Haley: “ *el intercambio justo es el equilibrio entre lo que recibimos y lo que damos*”. (Haley, 1980)

En terapia, el conflicto ético se presenta porque el terapeuta o experto es un individuo humanitario, que como profesional ayuda a quienes necesitan de él, pero al mismo tiempo gana dinero con esa ayuda; la persona que sufre, o alguien que intercede por ella, le paga para que la ayude.

Es inevitable que surja entonces esta cuestión, pues no es ético aceptar dinero sin brindar a cambio un servicio justo, apropiado. Como tampoco lo es obtener algún provecho personal, en el caso del que consulta, sin retribuir al terapeuta con una remuneración suficiente.

Al admitir que un terapeuta puede ganar más o menos dinero, para sí o para la institución en la cual trabaja según el modo en que practique la terapia, el aspecto ético queda ligado a cuestiones de técnica terapéutica.

En materia de relaciones humanas lo bueno es la equidad en las recompensas y lo malo es el intercambio injusto. Si al finalizar, el consultante o el terapeuta, ha dado más de lo que ha recibido, este desequilibrio, revela un problema ético.

En el caso de muchos terapeutas, la *oscura definición del objetivo* de la terapia y la consiguiente incertidumbre sobre si ha habido o no un intercambio justo complica las cosas. Si el objetivo de un terapeuta es resolver problemas o hacer desaparecer síntomas, y lo logra, ha cumplido su misión y ha ganado su paga.

En cambio, aquellos cuyo objetivo es ayudar a la gente a *desarrollarse*, suministrar una experiencia humana o hacer que el cliente se comprenda a sí mismo enfrentan un dilema ético más difícil, porque no están seguros de si han obtenido un éxito o no. Y en caso de creer que lo han hecho, quien consulta puede no coincidir. Incluso pueden creer que ha habido un intercambio justo y que están bien pagados, aunque al término del tratamiento todavía padezca los problemas de los que quiso

curarse. Tanto la técnica, como la ideología clínica, están inextricablemente ligadas a la cuestión ética.

Haley agrega: *En años recientes se ha planteado un nuevo aspecto del intercambio justo. No obstante su naturaleza humanitaria, el área clínica es también un importante medio de control social dentro de la sociedad. Los gobiernos pagan a los terapeutas para que aquieten a ciertos sectores de la población y les impidan hacer alborotos; cuando los pobres se alteran surgen en los barrios bajos las clínicas de salud mental. Y continúa planteando: El dilema ético para muchos terapeutas es que desean ayudar a los pobres, y por ende reciben con agrado los fondos del gobierno, pero no quieren que el sistema los use como instrumento para mantener la paz y evitar un cambio social básico. Cada terapeuta debe decidir si el cliente pobre, que recibe terapia obtiene un trueque justo por el dinero que está suministrando el gobierno. Cuando no está de acuerdo con el control social que se quiere ejercer, o con la paga por dicho trabajo, lo que el terapeuta debe hacer es dar un paso al costado y no generarse un problema ético por no cumplir con la tarea para la cual se comprometió o hacerlo mal con la excusa de que su sueldo no es suficiente.*

Prosigue Jay Haley con un aspecto muy importante, “*existe un problema similar cuando los terapeutas actúan como agentes de control social*” en relación con personas definidas como psicóticas y que causan desórdenes, aunque no en grado suficiente como para que la ley permita su encarcelamiento. Cuando una persona es puesta bajo control porque su conducta es desordenada, éste y quien tiene a su cargo custodiarlo y aquietarlo ¿reciben un trato equivalentemente justo?

La diferencia entre terapia y control social depende de quién es el beneficiario de los procedimientos.

Control de la información

Representa otro gran tema. Es conocido que nuestra profesión basa su trabajo en la información generalmente confidencial, reservada, por lo personal, que nos aportan los pacientes y/o consultantes. La inclusión de un equipo terapéutico, de las filmaciones, de desgrabaciones hacen más difícil el mantener el control de referencia.

Dicen Harry Aponte y Joan Winter que *en la práctica clínica la excelencia terapéutica se enraiza tanto en los aspectos técnicos del tratamiento como en los personales. La investigación de la fuerza catalizadora de la terapia y de como afecta a la persona del terapeuta y su utilización del yo, supone varias implicancias durante el entrenamiento. El modelo de entrenamiento clínico, focalizado en la persona del terapeuta, se basa en el supuesto de que un terapeuta es más efectivo cuando se utiliza a sí mismo, para lograr la evolución mutua, tanto de su cliente como la propia.* (Montalvo, 1992)

Si ensayáramos una *definición de terapia podemos convenir que se trata de la relación de dos o más personas (sistema terapéutico) que se unen con un objetivo común y terapéutico para una parte (el subsistema consultante) y de trabajo, investigación y/o docencia (subsistema del/los terapeutas).*

Esta unión puede ser voluntaria, los consultantes eligen con quién, cuando, cómo y para qué Pero hay otras oportunidades en que todas estas elecciones se limitan, hasta el punto de que la consulta es obligada, so pena de sufrir alguna consecuencia. El terapeuta se puede transformar en el agente de control de quien propone o se hace cargo económicamente de la terapia. También en su capítulo sobre las cuestiones éticas, Jay Haley continúa con una descripción de todos los grupos que se encuentran involucrados en la red social. Comienza describiendo desde la unidad más pequeña, el *individuo*.

Explica que al suponer que el individuo constituye una unidad independiente, el problema del control tiene que ver con el flujo de lo que está afuera de la conciencia, o desde el inconsciente hacia la conciencia, y recuerda que en época de la teoría de la represión, habría resultado antiético ocultarle al paciente lo inconsciente. El dilema ético incluye también el *manejo que se hace del tiempo* con respecto de la información. En la actualidad se valora más la amnesia natural, a medida que empezamos a comprender que olvidamos ciertas cosas y no advertimos otras por fundadas razones. Si existe riesgo de hacerle daño a una persona trayendo ideas a su conciencia, el terapeuta está enfrentando un problema ético. *Respetar el límite interno de los individuos es tan importante como respetar los límites entre las personas.* Dado que un individuo sólo existe en relación con otro, la menor unidad es la *diada (el matrimonio)*. La siguiente unidad es la *familia nuclear*, en la cual el terapeuta debe enfrentar un límite generacional entre los padres y los hijos. La siguiente unidad está constituida por la *familia extensa*, que obviamente incluye a la familia nuclear. Es decir *familia nuclear más familia política*. La siguiente unidad de

abordaje es *la familia en relación con la comunidad*. Es ético que el terapeuta no revele confidencias de las personas que lo consultan a otros miembros de la comunidad.

¿Qué sucede con la información que maneja el terapeuta?.

La terapia es “manipulativa”, ya que por definición es influencia. Quien consulta viene solicitando ayuda para sí o para un otro significativo, con el objeto *de superar un problema* que solo, no sabe cómo resolver. Basta parafrasear el primer axioma de la comunicación, *es imposible no comunicar* y decir *es imposible no influir, es imposible no ser “manipulativo”*. La manipulación puede ser consciente o inconsciente. Por regla general no es aconsejable mentir al consultante, *lo que debemos crear es una redefinición con indicadores, precisos aportados por los propios consultantes, con los valores de estos, y en el lenguaje de los mismos*. “*La mentira no es necesariamente una falta de ética, cuando la falsedad de lo dicho es obvia para ambos interlocutores*”, opina Jay Haley. Y agrega “*la mentira dicha en broma pierde mucho de su carácter*”.

Las directivas paradójicas, las tareas paradojales y la connotación positiva del síntoma, son maniobras que no incluyen una mentira sino una visión parcial o particular. Contribuye a que el consultante responda con un rechazo de la conducta sintomática debido al estímulo propiciado por el terapeuta que lo obliga a rebelarse, haciéndose en muchos casos responsable de su conducta.

Responsabilidad

"Al proporcionar servicios, los psicólogos se ajustan a los niveles más altos de su profesión. Se hacen responsables de las consecuencias de sus actos y hacen toda clase de esfuerzos por asegurarse de que sus servicios se usen apropiadamente". (Rosenbaum, 1985)

Competencia

"El mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de toda la profesión en general. Los psicólogos reconocen los linderos de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Sólo proporcionan servicios y sólo usan técnicas para

las cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia. En aquellos campos en que aún no existen normas reconocidas, los psicólogos toman las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantienen al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que prestan". (Rosenbaum, 1985)

Normas morales y legales

"Las normas de conducta morales y éticas de los psicólogos son una cuestión personal en la misma medida que lo son para el ciudadano, excepto cuando comprometen la realización de sus responsabilidades profesionales, o reducen la confianza del público en la psicología y los psicólogos. En relación con su propia conducta, los psicólogos son sensibles a las normas que prevalecen en su comunidad y al posible efecto que su conformidad con esas normas o su apartamiento de ellas puede tener sobre la calidad de su actuación como psicólogos. Los psicólogos también se dan cuenta de las posibles repercusiones de su conducta pública sobre la capacidad de sus colegas para desempeñar sus deberes profesionales". (Rosenbaum, 1985)

Declaraciones públicas

"Las declaraciones públicas, los anuncios de servicios, la publicidad y las actividades promocionales de los psicólogos sirven para ayudar al público a hacer juicios y elecciones informados. Los psicólogos deben exponer con exactitud y objetividad sus calificaciones, afiliaciones y funciones profesionales, así como aquellas instituciones u organizaciones con las que ellos o sus declaraciones pueden estar asociados. En las declaraciones públicas que proporcionan información psicológica u opiniones profesionales, o proporcionan información sobre la disponibilidad de productos, publicaciones y servicios psicológicos, los psicólogos basan sus declaraciones en descubrimientos y técnicas psicológicas científicamente aceptables, con pleno reconocimiento de los límites e inseguridad de esas pruebas". (Rosenbaum, 1985)

La confidencialidad

"Los psicólogos tienen la obligación primordial de respetar la confidencialidad de la información obtenida de personas en el curso de su trabajo como psicólogos. Esa información sólo se revela a otros con el consentimiento de la persona o de su representante legal, excepto en aquellas circunstancias poco usuales en que el hecho de no revelarlas pondría en un peligro evidente a la persona o a otras personas. En el momento apropiado, los psicólogos deben informar a sus clientes de los límites legales de la confidencialidad". (Rosenbaum, 1985)

El bienestar del consumidor

"Los psicólogos deben respetar la integridad y proteger el bienestar de la gente y los grupos con los que trabajan. Cuando hay un conflicto de interés entre un cliente y la institución para la cual trabaja el psicólogo, éste debe poner en claro la naturaleza y la dirección de sus lealtades y responsabilidades y mantener informadas de sus compromisos a todas las partes que tienen que ver con el asunto. Los psicólogos deben informar plenamente a los consumidores del propósito y la naturaleza de un procedimiento de evaluación, de tratamiento, educacional o de adiestramiento, y reconocer libremente que los clientes, estudiantes o participantes en investigación tienen libertad de elección respecto a la participación". (Rosenbaum, 1985)

Las relaciones profesionales

"Los psicólogos deben actuar con la debida consideración por las necesidades, competencias especiales y obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales están asociados estos otros colegas". (Rosenbaum, 1985)

El tema, tratado por Max Rosenbaum se completa con otros tres principios sobre los cuales no nos extenderemos en este trabajo. Ellos son:

- "Técnicas de Evaluación".
- "Investigación con participantes humanos".
- "Cuidado y uso de los animales".

El tratamiento psicoterapéutico de psicóticos, de detenidos políticos, de personas religiosas, de políticos o funcionarios del gobierno, de personas detenidas por delitos contra la propiedad o las personas, requiere de numerosas consideraciones particulares, que exceden el propósito de este trabajo, pero sobre la que existe abundante bibliografía.

Con el humor y la genialidad que caracteriza a dos destacados autores, como son *Jay Haley* y *Hugo Hirsch*, en dos trabajos diferentes, pero con un estilo parecido, proponen algunas consideraciones técnicas para fracasar en pocas entrevistas y con no poco esfuerzo.

Cuenta Jay Haley que un cincuenta por ciento de los pacientes que integran listas de espera o que pertenecen a listas de control, no desean ya tratarse cuando se presenta la oportunidad de trabajar sus problemas en psicoterapia, de alguna forma se han *curado*. (Haley, 1980)Y agrega que cualquier mal terapeuta con sólo rascarse la cabeza y esperar lo suficiente podría tener un cincuenta por ciento de éxito con sus pacientes. Sugiere que para fracasar con la otra mitad de los pacientes, a los terapeutas noveles se les puede enseñar una teoría que los ayude a fracasar en un cien por cien de los casos. *Como Entrenador y Docente de quienes desean ser psicoterapeutas me siento comprometido y obligado a seguir la propuesta de tan ilustre y admirado Maestro*.

Como dice Jay Haley no existe una *teoría del fracaso*. Con buen humor, con una cierta dosis de ironía, estos autores de alguna manera proponen *paradojalmente* esta *Teoría del Fracaso*.

El primero de ellos da algunas sugerencias para construir esta novedosa e importante teoría, ya que para fracasar una debe *saber* hacerlo, llevarlo a cabo con un cierto estilo.

Entonces Jay Haley plantea:

1. "El camino directo hacia el fracaso se basa en un conjunto de ideas que, si se utilizan combinadas, son casi infalibles".

El **PASO A** consiste en "insistir en *restar importancia al problema* que el paciente trae a terapia. Descartarlo como un mero "síntoma" y cambiar de tema. De este modo, el terapeuta nunca tendrá que examinar lo que realmente aqueja al paciente".

El **PASO B** será “*rehusarse a tratar directamente el problema*” que se presenta. Se le ofrece en cambio alguna explicación; decir, por ejemplo, que los síntomas tienen *raíces*, para evitar enfrentarse al problema que el paciente desea solucionar y por el cual está pagando dinero para ser tratado. De este modo aumenta la probabilidad de que el paciente no mejore, y las futuras generaciones de terapeutas podrán seguir ignorando la habilidad específica que se necesita para que la gente supere sus problemas.

El **PASO C**, será “insistir en que si un problema *se alivia aparecerá otro peor*. Este mito ayuda a no saber qué hacer con los síntomas; además, fomentará la colaboración de los pacientes creando en éstos el temor a mejorar”.

Pareciera que de seguir estas directivas, cualquier psicoterapeuta será necesariamente un incapaz. Sea cual fuere su talento natural, no tratará de cambiar el problema y temerá que la mejoría del mismo tenga efectos desastrosos.

Se pondría pensar que este conjunto de ideas haría fracasar a cualquier terapeuta; sin embargo, los cerebros mas respetados del campo terapéutico han reconocido que existen todavía otros pasos necesarios.

2. Es particularmente útil **confundir el diagnóstico con la terapia**.

“Un terapeuta puede parecer un experto científico sin correr el riesgo de tener éxito en los tratamientos; para lograrlo, basta con utilizar un lenguaje diagnóstico que le haga imposible pensar en procedimientos terapéuticos. Por ejemplo, uno puede decir que un paciente es agresivo - pasivo, que tiene profundas necesidades de dependencia, que tiene un yo débil o que es impulsivo. Ninguna intervención terapéutica podrá formularse en este lenguaje.

El lector encontrará más ejemplos de cómo enunciar un diagnóstico que incapacite al terapeuta, en el *Manual de Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría*.

3. Apoyarse en **un solo método de tratamiento** sin tener en cuenta **la diversidad de problemas** que aparecen en el consultorio.

A los pacientes que no se adecuan a este método, se los deben considerar intratables y dejarlos librados a su suerte. Una vez que un método se ha mostrado reiteradamente ineficaz, *no debe ser abandonado*.

Las personas que experimentan con variantes deben ser juzgadas con severidad por estar mal entrenadas e ignorar la verdadera naturaleza de la personalidad humana y de sus trastornos. Incluso, si es necesario, se puede decir que "en el fondo son profanos".

4. No poseer una teoría sobre cambio terapéutico, a menos que sea ambigua e indemostrable.

No obstante, debe estar claro que resulta anti - terapéutico dar a un paciente directivas de cambio; "podría seguirlos y cambiar". Es necesario sugerir que el cambio ocurre espontáneamente, siempre que los terapeutas y pacientes se comportan de acuerdo con las normas apropiadas.

Para aumentar la necesaria confusión general, resulta útil definir la terapia como un procedimiento que permite descubrir qué anda mal en una persona y las razones por las que eso ocurre. De este modo no se corre el peligro de que, en forma impredecible, surjan teorías sobre cómo propiciar el cambio. También se debería insistir en que el cambio se produce en el interior del paciente: de este modo, el fenómeno permanece fuera del campo observable y resulta imposible estudiarlo.

Si se acentúa el "trastorno subyacente" (que debe ser claramente distinguido del "trastorno manifiesto"), no surgirán preguntas sobre los aspectos desagradables de la relación terapeuta - paciente, ni se hará incluir en el problema del cambio a personajes sin importancia como, por ejemplo, aquellos con los que el paciente mantiene vínculos estrechos.

Si los terapeutas en formación insuficientemente entrenados insisten en aprender a propiciar los cambios, y si un gesto de fastidio ante sus preguntas no los detiene, podría resultar necesario ofrecerles alguna idea general, ambigua e indemostrable. Se puede decir, por ejemplo que la tarea terapéutica consiste en hacer consciente lo inconsciente.

La tarea terapéutica se define entonces en otra entidad hipotética, haciendo imposible lograr algún tipo de precisión en la técnica terapéutica. Es parte de este enfoque ayudar al paciente a "ver" cosas sobre sí mismo, en especial las relacionadas con traumas del pasado; de este modo no se corre el riesgo de que sobrevenga algún cambio.

La regla fundamental consiste en señalar a los futuros terapeutas que el "insight" y la "expresión de afecto" son los factores originadores de cambio; así

sentirán que algo ocurre en la sesión sin arriesgarse a tener éxito. Si alguno de los estudiantes más avanzados insiste en obtener conocimientos más profundos sobre la técnica terapéutica, resulta útil dar una vaga explicación de "como elaborar la transferencia". Se permite así a los jóvenes terapeutas tener una catarsis intelectual. Además, pueden hacer interpretaciones "transferenciales" y esto les da algo para hacer.

5. Insistir en que **sólo muchos años de terapia cambiarán realmente a un paciente.**

6. Como paso posterior para dominar a los pacientes que podrían mejorar espontáneamente, es importante advertirles sobre la **frágil naturaleza de la gente** y señalar que si mejoran, podrían sufrir crisis psicóticas o dedicarse a la bebida.

7. Otro paso para frenar a los pacientes que pueden mejorar espontáneamente consiste en **concentrarse en su pasado.**

8. El terapeuta **debería interpretar lo que al paciente le resulte más desagradable acerca de sí mismo**, para que le surja la culpa y se quede en tratamiento con el fin de resolver dicha culpa.

9. Es posible que la regla más importante sea **ignorar el mundo real del paciente y acentuar en cambio la importancia vital de su infancia, de su dinámica interna y de su fantasía.**

10. **Evítense los pobres porque se empeñarán en obtener resultados y no se los puede distraer con conversaciones profundas.**

11. **Es fundamental negarse con firmeza a definir el objetivo terapéutico.**

12. Por último, no podemos dejar de destacar que resulta **absolutamente imprescindible rehuir la evaluación de los resultados de la terapia.**

Los cinco consejos que garantizan el trabajo dinámico:

- *Sea pasivo*
- *Sea inactivo*
- *Sea reflexivo*

- *Sea silencioso*
- *Sea precavido*

Hasta aquí, las sugerencias de Jay Haley.

En otra obra de importancia para los terapeutas sistémicos, y sobre todo si son argentinos, por ser la primera producción de este tipo en el país, como es el libro de Hugo Hirsch y Hugo Rosarios, *Cómo equivocarse menos en terapia* en el capítulo titulado *Cómo equivocarse en terapia breve*, el primero de los autores desarrolla, luego de una profunda y detallada descripción de las maniobras más utilizadas en el modelo estratégico, **un manual de lo que no se debe hacer en terapia sistémica.**

Divide la *guía* como humildemente la llama, en tres capítulos, igual que antes lo hiciera con las maniobras. Y propone:

Para con las ***Maniobras de Comienzo, no olvide:***

- **No focalice.** Permita que la gente hable de lo que quiera, escuche varios motivos de consulta diferentes, trate de no enterarse de los detalles y deje que el tratamiento prosiga sin especificar el problema que se intentará resolver o aliviar. Con un poco de suerte quizá hasta obtenga un fracaso largo.
- **No averigüe por qué consulta en ese momento.** Esto completa adecuadamente la operación anterior. Si tuvo la desgracia de que le dieron un motivo de consulta específico, omitir la razón por la que se consulta ahora, le permitirá seguir alegremente a oscuras sin dirección precisa.
- **No registre el lenguaje de sus consultantes.** Es importante que desde el primer momento ellos se convenzan de que tienen que aprender el significado de lo que Usted dice. No se preocupe en hablar como ellos, ni en tomar en cuenta sus valores y posición ante la vida. Ignore su imagen del mundo. Si tiene que sugerir algún curso de acción, hágalo con los argumentos que usted utilizaría para convencerse a sí mismo. Hábleles como a colegas. Es casi seguro que obtendrá un fracaso rápido. Todo esto facilita muchísimo si puede ignorarlo todo acerca de sus intereses y actividades.

- **No averigüe las soluciones ya intentadas.** Apúrese en sugerir un curso de acción. Así tendrá una muy buena oportunidad de que sus clientes le digan que ya lo hicieron sin éxito, o que es imposible por tal o cual motivo. Eso disminuirá su credibilidad lo suficiente como para hacerle difícil que un acto de distracción pueda mejorar mucho el curso de la terapia a posterioridad.

Estrategias relacionadas con el *proceso terapéutico*

- **Descalifique la importancia que el problema tiene para el consultante.** Eso le va a permitir a él descalificarlo a usted en breve.
- **No fije metas mínimas claras y concretas.** Ofrézcales a los pacientes la oportunidad de no tener criterios para definir si su problema ha disminuido o no. Eso lo ayudará a tener clientes para rato.
- **Piense en lo espléndido que sería emplear tal o cual estrategia sin preguntarse para qué serviría.** Eso no sólo facilitará que usted fracase, sino que ayudará a que otros terapeutas puedan fracasar en el futuro con el mismo caso.
- **Entusiásmese con su propia idea.** Insista en ella aunque los consultantes den la impresión de no estar de acuerdo. Después de todo, fascinarse con las propias soluciones no tiene por que ser sólo patrimonio de los pacientes.
- **Cambie la línea, aún cuando parezca tener éxito con ella.** Lúzcase con sus nuevas ideas y disfrute de la variedad. Lo importante es ser creativo, no eficaz.
- **No cambie de objetivo aunque el problema del consultante varíe.** Sea rígido y persista en el motivo de consulta original. Si no puede, tal vez le convenga ser confuso y disperso. En ese caso no se atenga a ningún plan y límitese a reaccionar sin rumbo.
- **No reformule.** El mostrar una situación desde un punto de vista diferente puede hacer que su cliente mejore demasiado rápido. Trate de mantener los problemas exactamente en los términos en que los

plantearon sus consultantes. Esto le quitará a usted gran parte de su capacidad de movimiento y ayudará a un fracaso más completo.

- **No sea directivo.** Trate de creer que Usted no es responsable de crear oportunidades para que sus clientes cambien. Si consigue evitar imaginarse en que dirección quiere usted que se modifique la consulta de ellos, no va a tener el problema de tratar de imaginar como lograrlo.
- **Sea pedagógico.** Si no puede ser directivo, siempre puede ensayar enseñarle a la gente cómo tiene que manejar sus asuntos. Confunda ser directivo con ser pedagógico y sustituya el *influir* en una dirección determinada por mostrarle lo que debe hacer.
- **Confunda connotación positiva con reformulación.** Haga de cuenta que sólo existen connotaciones positivas para reformular. Esto limitará adecuadamente su capacidad de maniobra.
- **Confunda "insight" con cambio de conducta.** Insista en que el paciente "se de cuenta" y si él le hace caso, despreocúpese del "cambio", que no es tan importante.
- **Apúrese y apure a los consultantes.** Entusiásmese y trate enseguida de "hacer algo". Algunos pacientes le harán saber enseguida que no aprecian a los terapeutas superficiales que entran en acción sin conocerlo lo suficiente. Otros, en cambio, disfrutarán enormemente al percibir que finalmente han conseguido a alguien que parece dispuesto a remar por ellos. Eso sí, nadie podrá decir que usted fracasa por perezoso.
- **No se preocupe por el "para qué" de su hacer.** Concéntrese en el por qué de los problemas de su cliente. Eso facilitará la discusión del fracaso en la próxima reunión con sus colegas; todos tendrán más oportunidad de divagar acerca de las características de los pacientes en lugar de concentrarse en lo que usted podría haber hecho para ayudarlo.

Algunas maniobras para fracasar al *final*.

- **Trate de erradicar un problema, no se conforme con aliviarlo.** Prolongue el tratamiento para mejorar la mejoría. Con poco de habilidad puede conseguir que las cosas vuelvan al punto de partida.

- **Apúrese a cerrar un caso y manifiéstese optimista respecto del resultado.** No importa que el paciente se muestre dudoso respecto de la conveniencia de la finalización. Ya tendrá tiempo de volverlo a ver con el mismo problema agravado, si es que tuvo con usted una relación lo suficientemente buena como para desear visitarlo nuevamente. No lo olvide: es importante que sea usted quien tome la decisión y que no haga nada para que sea su cliente quien la tome.
- **Trate de que sus pacientes le estén agradecidos.** No se le ocurra ser humilde, cauteloso o pesimista. Adjudíquese bastante mérito. Es un modo muy efectivo de que le enseñen en corto plazo la virtud de la modestia.

En un trabajo llamado *Contemplando la escena general de la terapia familiar*, de aparición en nuestro país en la revista *Sistemas Familiares*, Braulio Montalvo dice:

"En un futuro cercano se culpará y se castigará al terapeuta si el paciente puede documentar que los métodos que el terapeuta ha utilizado son inadecuados para tratar un tema específico".

Como plantean Graciela Peyrú y Jorge Brusca: *"Los terapeutas son seres humanos que realizan una tarea ardua y difícil, en condiciones habitualmente desfavorables. Merecen, sin duda alguna, explicitar sus DERECHOS de modo equivalente a los pacientes."* (Peyrú y Brusca, 1992)

Es un desafío poder elaborarlos, para poder posteriormente compartirlos.

Jorge Fernández Moya.

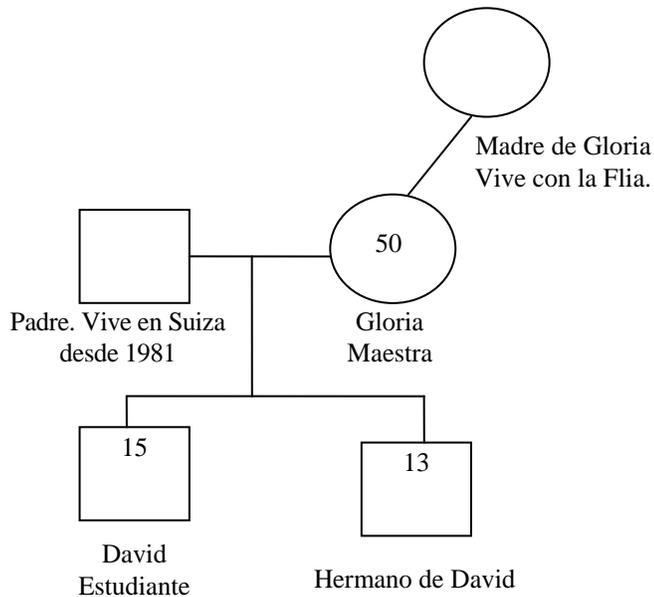
CAPÍTULO 15

CASOS CLÍNICOS

CAPÍTULO 15

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico I: David



Dramatización

Realizada en Junio de 1993. Carolina Chacón, Carolina Gianella, Andrea Agrelo, Marcela Wozny.

Elaborada previamente por los actores, "consultantes", sin conocimiento previo del caso por el terapeuta.

Fecha: Marzo del 2004.

Terapeuta: Jorge Fernández Moya

Consultante: Madre: Marcela Elizalde.

Hijo: Germán Canovas

DESGRABACIÓN	Análisis
T: Bueno, cómo les va, qué dicen...	<i>Etapa social, el Terapeuta saluda y pregunta el nombre, la edad y la ocupación o actividad de cada uno de los presentes. Se espera que cada uno responda por sí mismo. Se pregunta por los otros miembros ausentes en la entrevista.</i>
M: Bien.	
T: ¿Qué tal, cómo es tu nombre?	
H: David.	
T: Te pregunté a vos porque cuando dije cómo les va este...	
H: Ah! bien, bien.	
T: ...estabas mirando para abajo, me pareció que estabas distraído. ¿Cuántos años tenés, David?	<i>Con esta maniobra se busca la participación activa de David, que con su actitud mostraba la obligación de haber venido.</i>
H: 15.	
T: ¿Qué hacés?, ¿vas al colegio?	<i>Ante la respuesta literal, se le preguntan otras cosas.</i>
H: Sí, este año abandoné.	
T: Ibas...	<i>El terapeuta corrige el tiempo verbal empleado</i>
H: Iba.	
T: Abandonaste... ¿cuándo?	<i>Empleando la misma palabra, desea</i>

	<i>conocer cuándo sucedió.</i>
H: Ahora, hace un mes, más o menos.	
T: En mayo.	<i>Precisa cuando ocurrió.</i>
H: Ahá.	
T: ¿Cómo es su nombre, señora?	<i>Incluye a la madre en el diálogo y le pregunta el nombre. La señora se ha definido como “consultante”.</i>
M: Gloria, Gloria F.	
T : ¿Su edad?	
M: 50 años.	
T: ¿Cómo está formada la familia?	<i>Preguntas sobre el resto de la familia que convive con ellos.</i>
M: Y, somos David, su hermano menor que tiene 13 años, yo; y bueno, los que vivimos en casa, somos nosotros y mi madre.	
T: ¿Ustedes tres?	
M: Nosotros tres y mi mamá.	
T: ¿Tu papá, David?	<i>El terapeuta pide más información y se dirige a David. La pregunta es: tu papá, David y no su esposo, señora.</i>
H: En Suiza, vive.	
T: Vive en Suiza... ¿Hace mucho que vive en Suiza?	<i>Ubicar el tiempo hace a la evolución y permite tener una idea de cómo se han socializado David y su hermano.</i>
H: Desde el 81.	
T: Hace mucho, apenas nació tu hermano.	<i>El terapeuta relaciona dos crisis: el nacimiento y la partida del padre a Suiza.</i>
M: Ehh, no, ya tenía cinco años...ehhh	
T: No le salen las cuentas. Vos tenés 15 y tu hermano tiene 13. Del 81 hace 12, un año tenía.	
M: No lo había pensado.	
T : Se le ha pasado rápido el tiempo. ¿Están separados ustedes o él está...?	<i>Para superar la incomodidad. Hace una pregunta obvia.</i>
M: Ahora sí estamos separados.	
T: Cuando se fue...	
M: Y en ese momento la separación fue algo eventual porque por problemas	

políticos se tuvo que ir a Suiza entonces en un principio él se iba porque...	
T: Ustedes son argentinos?	<i>Ante las dudas en la respuesta, hace otra pregunta.</i>
M: Yo soy argentina, los chicos también, él es chileno. Vino por problemas políticos de Chile a la Argentina y bueno, en el 81 tuvo que irse de la Argentina también.	
T: Entonces viven cuatro en la casa.	<i>El terapeuta hace un cierre, respondiendo la pregunta original.</i>
M: Somos cuatro en la casa, sí.	
T: Bueno...¿Usted qué hace Gloria?	<i>Se centra en la actividad de la madre.</i>
M: Soy maestra, soy maestra primaria.	
T: ¿De mañana, de tarde?	
M: A la mañana trabajo.	
T: Se debe estar por jubilar ya, seguramente.	<i>Intenta mostrar que conoce el proceso (ciclo vital laboral)</i>
M: No, por ahora no, porque soy quien mantiene la casa, así que tengo que seguir trabajando.	
T : Pero usted empezó a trabajar... lleva muchos años de servicio o pocos..?	
M: No, muchos años, desde que los chicos eran chicos.	
T : Yo pensaba... jubilarse... porque las maestras de 53 en esta provincia en general están pensando en jubilarse.	
M: Y, pero algunas no podemos.	
T : Algunas no pueden, pero le faltan pocos años de servicio.	
M: Sí me faltan, pero de todas formas necesito seguir trabajando.	
T: Está bien. Bueno, cuéntenme lo que les preocupa.	<i>Etapas de planteo del problema. La madre con su queja define a David como paciente identificado.</i>
M: El agravante doctor es que, ... es la conducta de David, su agresividad, últimamente es un chico que está mostrando un apartamiento de las reglas	

morales que hay en nuestro núcleo familiar.	
T: Mmm...	<i>La expresión del terapeuta es ambigua, ante la definición de ser ella consultante y víctima de David, el aciente identificado.</i>
M: Es una situación que yo realmente ya no sé cómo manejar, he tenido que retarlo, que decirle que... no sé, tratar de entenderlo, que frene esta situación, pero realmente a mí ya se me fue de las manos.	
T: Y a vos, ¿qué es lo que te preocupa David?	<i>El terapeuta incluye a David y desea conocer cuál es la preocupación de David.</i>
H: Nada	
T: Nada... ¿estar acá posiblemente?.	<i>El terapeuta insiste y pregunta algo obvio.</i>
H: Sí.	
T: Tenías cara.	<i>Lo confirma.</i>
M: Es un chico que últimamente tiende a levantar la mano, está agresivo, que insulta, que me insulta y con una terminología inimaginable, son términos impropios de un hijo.	
T: Referidos a una madre.	<i>El terapeuta continúa con el deseo de que la participación sea activa y sin culparlo de nada, todavía.</i>
M: Sí, sí.	
T : ¿Cómo es que se generan estas cosas? Contame, David. ¿Cómo es que pasan estas cosas desde tu punto de vista?	<i>El terapeuta insiste en conocer lo que David cree.</i>
H: Y porque yo quiero hacer lo que todo el mundo hace.	
T: Contame lo que vos querés hacer.	
H: Juntarme con mis amigos, salir a bailar, escuchar música en mi pieza, fumar.	

T: Mm...	<i>El terapeuta da muestras de estar atento.</i>
H: Llegar a las seis de la mañana, mi mamá se cree que los bailes terminan a las dos de la mañana.	
T: Mm...	
H: Todo eso.	
T: Este, bueno, vos querés hacer estas cosas que hacen tus amigos y tu mamá te reta.	
H: Claro, todo le parece mal.	
M: No, no es que todo me parezca mal.	
T: ¿Por qué no conversan un poco...?	<i>Se propone un diálogo entre los consultantes.</i>
H: Aparte yo ni sabía que veníamos acá.	
T: ¿Cuándo te enteraste?	<i>Surge un tema sobre el cual hablar.</i>
H: Ahora.	
T: Acá.	<i>Precisa: ahora y acá.</i>
H: Claro.	
T: ¿Y adónde pensabas que venías?	
H: No sé, que íbamos a hablar con alguien...	
M: De otra manera no habrías venido y a esto hay que ponerle solución de alguna forma.	<i>La verdadera queja de la madre se expresa en este momento.</i>
T: Mm...¿cómo era? ¿Pensabas que ibas a venir a la casa ... a ver a quién?	
H: No sé me dijo que tenía que ...	
T: Yo digo, lo que vos pensaste ...	
H: Que tenía que venir a hablar con una amiga no sé qué y me trajo.	
M: Yo le dije que me acompañara que quería hablar con una persona. Pero no iba a haber otra forma de traerlo.	
T: Mm...	<i>La participación poco clara, hace que los consultante sean quienes hablan.</i>
M: Yo creo que usted podrá entender que esta situación es insostenible, porque no es que el chico se porte mal, el chico ya astilló la puerta de la casa a puntapiés, el chico entró a la escuela y me insultó	

adelante de todos los alumnos; el chico se encierra en la habitación con los amigos, no sé que pasa adentro de esa habitación, se pueden pasar horas metidos todos allá adentro escuchando música, fumando.	
T: ¿Qué más piensa que puede pasar?	<i>Apoyo para que exprese sus peores temores.</i>
M: No sé realmente. Y yo siento que es una situación que...	
T: Perdón, si es porque están juntos y fuman... me parece que usted a veces imagina que puede pasar algo más.	<i>El terapeuta aumenta la intensidad, planteando la diferencia entre lo imaginado y lo que sucede.</i>
M: No sé, es toda una sensación de holgazanería, son chicos que podrían estar estudiando, haciendo deportes, haciendo algo productivo; se meten a las dos de la tarde y son las diez de la noche y están en la habitación escuchando música, a las carcajadas, imposible entrar.	
T: ¿Qué le preocupa a usted...?	
M: Toda esta situación.	
T: Y a vos no te preocupa este enojo de tu mamá, este malestar de tu mamá?	<i>Invitándolo a interactuar. Se redefine enojo por malestar.</i>
H: No, porque es de ella.	
T: Ahá...A vos no te afecta en nada ...	<i>¿Qué es lo que preocupa a David?</i>
H: No porque hago lo mismo.	
H: Sí.	
T: Ahá. Te seguirás preguntando para qué estás acá.	<i>(Haber tenido que venir) relacionado con un planteo terapéutico ya realizado.</i>
H: Sí.	
T: Pero, bueno, no sé, yo, si estuviese en tu lugar también me preguntaría porque estoy acá. ¿Y vos creés que esto podría mejorar en algún sentido?	<i>El terapeuta hace una reflexión en voz alta, como si fuera David. Y también le hace una pregunta directa.</i>
H: Es que ella va a ser siempre igual, va a pensar siempre lo mismo.	
M: David, si estamos acá es para ver qué podemos hacer juntos; yo ya no sé cómo	

tratar...	
T: ¿Usted estaría dispuesta a hacer algo “junto a David “ para mejorar esta situación; pero él parece que...	<i>Dado que David no responde, el terapeuta propone una redefinición: “Junto a David” en lugar de “contra”. Son acciones y decisiones conjuntas. Para la madre es importante que David entienda y por ello le explica todo. Pero lo relacional prevalece por sobre el contenido.</i>
M: Es que yo le repito todo el tiempo que quiero tratar de lograr algún cambio, pero él no me habla, no me explica nada, entonces qué ideas puedo trabajar yo en mi cabeza. Yo estoy dispuesta por supuesto porque es mi hijo, porque lo amo, pero yo necesito entender qué hacer.	
T: Yo creo entender un poco la situación; no del todo, me parece que, no sé, tengo como la sensación de que a ustedes les cuesta hablar entre ustedes.	<i>El terapeuta hace explícita la diferencia existente y se los “une”, “igual” en la misma situación.</i>
H: Ella habla todo el tiempo.	
M: Y si no hablás, qué querés que haga...	
T: Ella habla todo el tiempo ¿Y vos qué hacés?	<i>El terapeuta quiere que David haga explícita su conducta.</i>
H: Escucho.	
T: Y a veces ni escuchás.	<i>El terapeuta hace referencia al par complementario.</i>
H: A veces no.	
T: Me animaría a decir que son más las veces que no escuchás.	<i>El terapeuta arriesga un porcentaje.</i>
H: Hago como que escucho, pero en realidad...	
T: ¿Se había dado cuenta usted de eso?	<i>Siembra una duda del “más de lo mismo”, que forma los problemas.</i>

T: O sea que es como que mientras más habla, él menos escucha.	<i>Pone en evidencia la regla que regula la relación entre madre e hijo.</i>
M: Y pareciera, pero ya ¿Qué me queda hacer, doctor?	

T: O por lo menos entiende menos cada vez...si...usted no sabe qué hacer.	<i>Se los vuelve a nivelar en la responsabilidad de mantener el circuito.</i>
M: Y, entiendo cada vez menos.	
T: Eso. Usted no sabe qué hacer. Vos tampoco sabes qué hacer.	
H: No. Aparte cuando habla miente, lo único que hace es mentir.	
M: ¿Por qué decís eso ...?	
H: Sí, sabés por qué.	
T: Yo no sé; ¿me podés contar?	<i>Surge un "secreto familiar". Dado que el terapeuta está excluido, pregunta.</i>
H: Ella que le cuente, ella, ella sabe.	
T: Vos decís que ella miente, así que ella no sabe...	
H: Y ahora me trajo acá sin decirme la verdad.	
T: Eso lo entiendo, me quedó claro.	
H: Y después todo lo que pasó con mi papá que no me enteré si no lo veía yo.	
M: David, pero yo todo eso lo hice porque te quiero.	
T: Perdone, señora. ¿Por qué no me contás, David, para entender lo que vos entendés?	<i>El terapeuta insiste en conocer lo que perturba a David.</i>
H: Y nosotros nos fuimos cuando éramos chicos a Suiza a ver a mi papá, todos nos íbamos a vivir con él y todos estábamos alegres y a los 7 años nos volvimos, por qué no sé. Lo que pasó es que hasta hace 3 años que nos fuimos de vacaciones a la casa de mi abuela que vive en Chile y nos encontramos con mi papá y ahí tampoco nadie me dijo nada y yo solo me di cuenta porque él estaba con una mujer y un nene, ellos vivían en una pieza y nosotros en otra, y el nene le decía papá y ahí me enteré la gran verdad.	
T: A los 12 años.	
H: Claro.	

T: Que tu mamá y tu papá estaban separados; tu papá se había vuelto a casar.	<i>Hace explícito lo hasta ahora implícito.</i>
H: Claro. Yo nunca supe por qué nos volvimos de Suiza, por qué mi papá nunca venía, por qué estábamos solos acá.	
T: Y vos preguntaste varias veces ...	
H: Sí, preguntaba por mi papá, pero nadie me decía nada.	
T: Ahá.	
H: Entonces, para qué escucharla.	
T: Sabés lo que pasa David, entiendo la bronca que te puede haber dado en ese momento. Me imagino que te puede haber durado un buen tiempo. Lo que no entiendo muy bien es esta situación actual, ahora, estos días, con todo este dolor ...	<i>Se confirman los sentimientos de David, con el objeto de facilitar la expresión del planteo de "su" problema.</i>
H: Y ahora en enero mi papá nos vino a buscar y nos fuimos de vacaciones con él. Entonces ahora se quiere hacer el padre a último momento y comprarnos cosas que quiera; al final fueron unos días más feos...	
T: No entiendo muy bien una cosa; explicámelo por favor; vos estás enojado, tenés bronca ... ¿con quién? ¿Con tu mamá, con tu papá, con los dos...?	<i>Solicita mayor precisión, para saber con quién está enojado.</i>
H: Ya ahora con nadie, para mí, mi papá no es nadie, no le tengo bronca.	
T: Pero no me vas a convencer porque parece que cuando vos te enojás largás mucha bronca, parece que la descargás en tu casa, tu mamá, tus hermanos, tu abuela, posiblemente, pero no entiendo...	<i>Si el terapeuta no entiende, se le debería explicar mejor.</i>
H: Puede ser que le tenga bronca porque no me dijo nada.	
M: Es como que siempre me lo reprocha.	
T: Perdóneme, que se me hace lío en la	<i>El terapeuta confirma los sentimientos,</i>

cabeza ... este ... yo entiendo que tengas bronca y hasta diría que es comprensible que vos tengas bronca, pero lo que yo me pregunto es ... no sé si me lo puedas contestar, pero ... ¿Para qué te sirve?, ¿te sirve para algo? Porque mirá, yo tengo como una sensación y es que esto te genera sentirte más mal con tu mamá, con tu abuela, hermano. Creo que sólo te sentís bien con tus amigos. Es decir para estar bien tenés que estar fuera de tu casa.	<i>pero cuestiona la "utilidad" del modo de expresar los sentimientos.</i>
H: Sí, o en mi casa en la pieza.	
T: Encerrado.	<i>Fuera de la casa o encerrado en la misma, es igual. Ilusión de libertad.</i>
H: Claro, ella no se mete, grita un rato y después se queda...	
T: Tu hermano vive en la misma pieza que vos?	
H: Sí, pero no lo dejo entrar.	
T: Vos no lo dejás entrar y ¿él quiere entrar?	
H: No, ahora que estamos más ... antes sí.	
T: Y si quiere entrar, dormir, ¿qué hace?	
H: Ahh... y entra porque también es la pieza de él. Pero cuando están mis amigos no lo dejo entrar.	
T: Y si él lleva a sus amigos, ¿vos entrás?	
H: No lleva amigos.	
T: No es problema para vos que tu hermano quiera entrar a la pieza.	
H: No, y no jode mucho, tampoco.	
T: Me doy cuenta que vos no tenés ningún problema, pero si cambiaran algunas cosas te verías favorecido por algo...	<i>El terapeuta asegura que David no tiene problema, pero le genera la ilusión de que es posible estar mejor.</i>
H: Y, tendría que cambiar ella...	
T: Ahá.	

H: Medio difícil. Es raro que ahora esté callada.	
T: Yo le agradezco que usted esté callada, me parece que a mí me ayuda a poder entender lo que pasa con David, sé que usted tiene muchas ganas de decir muchas cosas.	<i>El terapeuta destaca el silencio de la madre.</i>
M: Yo tuve mis razones para hacer lo que hice.	
T: Seguro, seguro, razones seguramente de mujer, de esposa ...	
M: De madre.	
T: De madre, seguro. ¿Sabe qué? Cuando pasan estas cosas, que hay tanto dolor y tanto malestar yo siempre tengo la sensación, no sé si a ustedes les pasa ... tengo la sensación de que hablar más en estos momentos es como complicarlo un poco ... ¿No habría la posibilidad de que uno de ustedes saliera y yo me quedara conversando con el otro y después querría conversar con el que sale y sale el que se queda ..? Vos te reís porque ...	<i>El terapeuta los confirma en el dolor e inicia una maniobra con el objeto de mantener la maniobrabilidad con ambos consultantes.</i>
H: Y, porque pensaba salir yo y zafar ...	
T: Yo justamente le iba a pedir a tu mamá que saliera primero, charlamos un rato y después, sí, zafás ¿Ah?	<i>El terapeuta prescribe la conducta de David.</i>
H: Bueno.	
T: ¿Podría salir usted?	
M: Bueno ...	

T: En realidad sé que a vos te hubiera gustado estar afuera y en realidad ni siquiera volver.	<i>Lo confirma en su deseo y va más allá, a manera de desafío.</i>
H: Claro.	
T: Yo me imagino que a vos y a cualquier chico de 15 años venir acá debe ser un...	<i>Con la respuesta deja una frase inconclusa para que David la complete a su gusto en silencio.</i>

H: Aparte siempre es igual.	
T: Siempre.	<i>Mantiene la propuesta con simples comentarios.</i>
H: Sí, es así de pesada.	
T: Mañana, tarde y noche.	
H: Siempre hace lo mismo y no se puso a llorar no sé por qué.	
T: Che ... ¿Cómo te las arreglás vos para que tu mamá sea siempre exactamente igual de pesada?	<i>El terapeuta relaciona la conducta de David con la de la madre como respuesta. La pregunta se realiza de manera que cualquier respuesta lo involucra en la interacción. David acepta su participación, su responsabilidad.</i>
H: Y soy siempre igual yo de hijo de puta.	
T: Ahá, claro.	
H: Eso que decía que la insultaba, es verdad, se horroriza.	
T: Se horroriza, y a vos te encanta que se horrorice.	<i>Lo confirma y lo alienta.</i>
H: Y si me sirve para salir o para algo así, sí. Aparte lo mismo me da plata, lo mismo todo así que ...	
T: Ahá.	
H: En realidad se queja de la puerta que le rompí y el enchufe que le rompí.	
T: En realidad vos nunca has hecho grandes ... no has cometido ningún delito ...	<i>Busca más información, pero realiza dos maniobras. Primero afirma y hace una pausa. Luego da por sentado que no ha hecho nada negativo.</i>
H: No.	
T: Digno del Reta, por ejemplo ... ¿Sabés lo que es el Reta?	<i>Lo reenmarca con una directiva desafiante</i>
H: Sí, sí.	
T: ¿Conocés alguno de ahí?	<i>El terapeuta indaga acerca de las amistades.</i>
H: Tengo algunos amigos que han estado un par de días ...	
T: Ahá, ¿qué tal?	

H: No, horrible.	
T: Horrible ... ¿Es como para evitarlo?	<i>Directiva que presagia un camino de catástrofe, pero que puede ser evitada.</i>
H: Sí.	
T: No sé, por ahí se me ocurre ... conozco algunas madres que están desesperadas y en su afán de corregir a sus hijos hasta hacen la denuncia ... Sería terrible, ¿verdad?, llegar a una situación como esa por ...	<i>Directiva complementaria, que establece: "tu mamá tiene límites". Se debe elegir entre dos alternativas.</i>
H: Pero no creo que ella se anime ...	
T: No ... Ojalá que no, pero, viste, qué sé yo, es cuestión de proponérselo a ver cuánto aguanta.	<i>Directiva que renueva el desafío</i>
H: Y, pero al final eso qué va a cambiar ... nada.	
T: A vos te da más rabia.	<i>Lo confirma en los sentimientos que podría sentir.</i>
H: Y, más vale.	
T: Seguro. Como vos decís, recién y salvando el honor de tu mamá, vos sos bien hijo de puta, vos sabés cómo hacerla engranar.	<i>Lo confirma, más aún.</i>
H: Sí.	
T: ¿Cómo te las arreglás para que ella se ponga bien chinchuda?	<i>El terapeuta le pide que describa la interacción con la cual logra que la madre se enoje. Lo desafía.</i>
H: Le digo las malas palabras más feas que puedan existir y ella se horroriza. Una vez fui a la escuela y la insulté adelante de todos los alumnos, entonces no sabe qué hacer.	
T: Se queda como paralizada.	<i>El terapeuta describe lo que percibe David.</i>
H: Pero es siempre la víctima de todo.	
T: Bueno, víctima tuya es...	<i>El terapeuta lo toma como literal</i>
H: También, pero cada día llora por todo.	
T: ¿Alguna vez te enteraste por qué es víctima de tu papá?	<i>Acepta su participación y legitima la interacción, se incluye.</i>
H: Y supongo porque la dejó por otra	

mujer. Porque no se ha separado, es mentira que se han separado, de hecho están separados, pero nunca hicieron nada legal, y ella siempre lo dice.	
T: Che, tu papá aporta dinero, ... algo?	
H: No sé. Cuando estuve con él ahora sí me daba plata, todo.	
T: No hace giros.	
H: No sé, eso no sé.	
T: O sea que te banca tu vieja.	<i>El terapeuta jerarquiza a la madre, que "se hace cargo" de manera integral. Confirmación de la actitud de la madre.</i>
H: Hasta ahora parece que sí.	
T: Insoportable, pero te banca.	
H: Sí; bah ... somos lo único que tiene, así que...	
T: Es su obligación.	<i>Cuando el terapeuta hace referencia a lo obligado, David destaca el cariño.</i>
H: Bah, aparte nos quiere, supongo.	
T: Ahá.	
H: Claro, pero ella tiene esos pensamientos de hace no sé cuantos años.	
T: De cuando ella tenía 15.	<i>Confirma la brecha generacional</i>
H: Claro, más o menos, entonces hablar con ella, usted dice que hablemos, pero qué vamos a hablar, ella siempre dice lo mismo, yo siempre digo lo mismo; entonces yo ya decidí quedarme callado; ella no, ella sigue hablando.	
T: Lo que no me alcanzo a imaginar es cómo esta situación a vos te hace sentir bien.	<i>Pregunta para promover reflexión.</i>
H: No, no me hace sentir bien.	
T: Ah, no te hace sentir bien, sufrís un poco.	
H: Y claro.	
T: O sea que te angustia en algún momento. Supongo que tus amigos son un refugio.	<i>Prescripción de la angustia como normal</i>

H: Sí, aparte a todos les pasa lo mismo, así que ...	
T: ¡Ah!	
H: Dentro de todo, charlamos.	
T: ¿Y se juntan en alguna casa?	
H: Sí, pero la mayoría en mi casa porque como mi mamá no nos puede sacar de mi casa ...	
T: Es la única madre que tienen controlada.	<i>El terapeuta le confirma que la madre es la única víctima.</i>
H: Claro.	
T: Casi como una pandilla son ustedes.	
H: No, no tanto.	
T: Son amigos solidarios.	
H: Sí.	
T: Con madres y padres seguramente poco comprensivos. A lo mejor es una pregunta media al pedo, pero te la hago, si vos me la podés contestar. Yo tengo la sensación ... antes de la pregunta te voy a decir una cosa: yo tengo la sensación de que vos no vas a querer venir nunca más, porque en realidad, aunque te conocés, sos un tipo valiente, noble y reconocés que tenés problemas y que la pasás mal y con esto de la incomprensión de tu mamá seguramente también me doy cuenta de que sos orgulloso en tu manera de ser, pero, qué sé yo, suponiendo que a vos por ahí se te ocurra venir, dentro de un tiempo, qué sé yo, y vos quisieras que en este tiempo algo cambie, una pequeña cosa que cambie, para sentirte mejor, viste, para sentirte mejor en la relación con tu mamá ¿qué querrías que cambiara? Una pequeña cosa, no vas a decir que tu mamá sea fantástica, que te preste el auto...	<i>El Terapeuta co- construye una meta mínima junto a David, y prescribe su posible ausencia. Lo hace desafiando al paciente, prescribe la posible respuesta, y para ello exalta su actitud valiente y noble.</i>
H: No, aparte no va a pasar nunca.	

T: Bueno, de eso no sería; algo que pueda pasar.	
H: Y ... que al menos una vez, por ejemplo el sábado, a ella le embola que salga todos los días, bueno, ni el sábado quiere que salga; salga hasta la hora que termine la fiesta sin gritos, porque generalmente llego a la hora que termina la fiesta pero después hay todo un quilombo que no se la banca nadie.	
T: A ver, si yo entiendo una cosa, para vos sería un signo de que tu mamá está cambiando, te entiende más si por ejemplo no te hiciera escándalo.	<i>El terapeuta formula una serie de preguntas para precisión del cambio mínimo.</i>
H: Claro.	
T: ¿Te podría preguntar adónde vas, o no querrías que te pregunte?	
H: Me da lo mismo.	
T: Te da lo mismo. Pero querrías que no...	
H: Después me hable.	
T: Ni antes ni después.	
H: Exacto.	
T: Debe ser difícil esto de conseguir.	
H: Y sí.	
T: ¿Algo más chiquito?	<i>El terapeuta propone reducir la meta mínima.</i>
H: Y bueno ... Que no se enoje a lo mejor cuando estamos en la pieza con mis amigos, porque estamos lo mismo, por eso, así que por lo menos no grite o que no largue toda la sanata de que está sola ...	
T: Y eso sería más fácil de conseguir ...	<i>El terapeuta da muestras de que se acercan a lo posible.</i>
H: Y no sé, a lo mejor. Sí, porque salir para ella no sé qué puedo estar haciendo cuando salgo, según ella.	
T: Violando menores ...	<i>El terapeuta exagera, para que David se acomode.</i>

H: No sé si tanto pero ...	
T: Fumando, droga ...	
H: Claro, toda esa huevada ...	
T: Robando cassettes, car-stereos ...	
H: Y las viejas del barrio le mandan chimentos que todos se los cree.	
T: Vos, es para saber nada más, ... en eso no has estado ...	
H: ¿En qué? Robar no, no he robado.	
T: Robar no. ¿Fumata?	
H: Sí, pero ya está, una vez, no más.	
T: Sí, si me decís que no ... Pero me gustás, me simpatizaste porque vas de frente, che.	<i>Se lo confirma como persona frontal, "honesto"</i>
H: No, aparte no estoy nervioso, se puede hablar más tranquilo.	
T: Bueno ... eso de una vez ... este ... yo sé que es una forma de decir, pero, no importa, dejémoslo ahí. Así que si vos vieras que tu mamá no te echa tus amigos, eh ... sentirías como un pequeño alivio.	<i>El terapeuta precisa la meta mínima, "la madre no debe echar a sus amigos".</i>
H: Sí.	
T: Y a que tu mamá no proteste al salir o al regresar ...	<i>La amplía y precisa a la vez.</i>
H: Eso ya sería ...	
T: Ya sería ¡ohhh!	
H: Claro, porque yo no puteo porque sí, o no le pego a la puerta porque sí, todo es porque algo me da bronca.	
T: ¿Por qué te da bronca?	<i>El terapeuta destaca el sentimiento que prevalece, pero David no lo reconoce como propio.</i>
H: Por algo que ella hace primero.	
T: Tampoco porque sos un niño chiquito que hace berrinches.	
H: No, no.	
T: Sos un joven de 15 años que ... que bueno, que a veces se parece a ... un chico de 5 que hace berrinches, pero ...	<i>Redefinición de las soluciones intentadas por David Se lo desafía para que venga a una</i>

una última cosa ... ¿Sería factible que nos viéramos una vez más? Sé que es bastante difícil pedirte, quizás demasiado, yo te agradezco que te hayas quedado sentado ...	<i>próxima sesión.</i>
H: Claro, pero lo que pasa que yo vine acá por ella ... vine ...	
T: Engañado.	
H: Claro.	
T: ¿Sabés qué? Porque yo tengo curiosidad por saber si esto que vos te proponés y yo ayudando un poquito ... se pudiera conseguir que tu mamá fuera menos escandalosa cuando van tus amigos y vos se meten en la pieza; y lo otro que ya es demasiado: que no te cuestione ...	<i>Se redefine la protesta posible de la madre por menos escándalo.</i>
H: Cuando salgo.	
T: O cuando volvés. ¿Podríamos quedar dentro de un par de semanas para ver si ...	
H: Sí, sí.	
T: Después arreglo con tu mamá ¿o querés que arreglemos vos y yo por tus horarios?, no sé, vos no estás yendo al colegio ...	
H: No, no hago nada.	
T: O sea que te viene bien de mañana, de tarde ...	
H: Sí, mejor de tarde.	
T: ¿Vos te vas a ir ahora o te vas a quedar esperándola?	
H: No, me tengo que quedar a esperarla, si tengo 15 años.	
T: En base a eso arreglamos. Tenés 15, cierto, tenés 15 ¿Cómo se te ocurrió decir eso de 15 años?	<i>Reestructuración. Acepta la edad que tiene y que la madre le reconoce.</i>
H: Y porque ella me dice “tenés 15 años”, por eso todo lo que hace, porque	

tengo 15 años.	
T: Bueno, me aguantás un cachito.	
H: Sí, sí.	
T: Qué sé yo, ahora yo converso con ella y vos te quedás liberado.	
H: Está bien, sí. Ahora le va a largar con la sanata a usted.	
T: ¿Me irá a convencer, che? ¿Cuál es tu fantasía?	
H: No creo que convenza a nadie ya.	
T: Para vos no.	
H: Claro, a lo mejor al principio porque es la primera vez que se lo cuenta.	
T: Viste, por eso yo quería conversar primero con vos. Si bien así como creo que vos sos un chico valiente y noble en tanto y en cuanto reconocés todo lo que has reconocido, no me dabas la impresión de que fueras un mal chico. En fin...	<i>Valoración de sus aspectos positivos</i>
H: Sí, no soy malo, aparte.	
T: Bueno, te veo cuando termine con tu mamá, ¿ah? ¿Esperás un cachito?	
H: ¿La llamo?	
T: Por favor.	

T: Bueno, muy útil conversar con su hijo.	<i>El terapeuta tranquiliza a la madre</i>
M: Me alegro.	
T: ¿Cómo?	
M: Digo que me alegro si sirve.	
T: Sí, usted estaba allá afuera y ¿qué pensaba?	<i>Acerca de lo que la madre fantasea.</i>
M: No sé, pensaba que podía llegar a hablar con David. Espero que haya podido hablar más de lo que hablo yo.	
T: Habló mucho...Bueno, me gustaría que me contara usted; ya me ha dicho lo que la preocupa, ya he visto cuál es la	<i>El terapeuta mantiene la línea de calmar a la madre, y luego solicita mayor precisión en el motivo de consulta.</i>

actitud de él ante usted; diferente de cuando usted salió. Cuénteme por qué... qué cree usted que está pasando que David está tan rebelde.	
M: Me duele mucho ... Algo, para mí, algo pasó hace dos meses atrás cuando se fue a Chile con el padre. Vino el padre a buscar a los chicos y se los llevó a Chile y yo, realmente, yo ...	
T: Es decir, el año pasado la conducta de David era diferente.	
M: Volvieron de Chile los dos así, porque ahora el más chico también. Con unas ínfulas de hombre que lo sabían todo y ahí empezó esto, y así está la cosa.	
T: Como algo que no es propio de la edad sino que está ...	<i>El terapeuta señala posible alianza (coalición) de David con su papá</i>
M: Y no sé, como que están hombres de la calle ... Yo no sé realmente qué pasó con el padre, no sé.	
T: ¿Qué cree usted que es lo que pasa entre ustedes? Porque vio, a mí me daba la sensación de que cuando usted le habla es como que le acercaran un fósforo.	<i>El terapeuta se centra en la relación entre madre e hijo y hace una analogía.</i>
M: ¿Usted dice entre mi hijo y yo?	
T: Sí.	
M: Mire, doctor, yo ... no sé, muchas veces lo he pensado, es como que David quisiera castigarme, como que él constantemente me está recriminando lo que él le contó del padre. Él dice "mentiras", no son mentiras. Yo sólo quería que no sufriera.	
T: Ahá.	
M: Sufría yo sola.	
T: O sea que, con la mano en el corazón, también usted tiene que aceptar que fracasó en ese sentido.	<i>Solución intentada fallida de la madre.</i>
M: Yo hice lo que pude.	
T: Seguro, seguramente más de lo que	<i>Confirma las intenciones, pero no los</i>

pudo.	<i>resultados.</i>
M: Para mí fue muy duro, muy duro, yo estaba sola.	
T: Seguro. No me termina de explicar esto, no es que usted no me explique, a lo mejor soy yo el que no lo entiende, ¿qué es lo que pasa que David reacciona así? Usted dice “me quiere castigar”, no sé ...	<i>El terapeuta se coloca en complementaria inferior dando a entender que se trata de una dificultad propia.</i>
M: Lo que yo creo, que él sabe que lo que hace está mal.	
T: ¿A qué se refiere, a los insultos?	<i>El terapeuta reclama mayor precisión de la queja.</i>
M: A los insultos, puntapié contra los enchufes, puntapié contra las puertas, puñetazos en las puertas.	
T: Es como si él ... a ver, discúlpeme, es como si ... no sé si es así, pero ... por lo que usted dijo es como si él intentara provocarla a usted.	<i>El terapeuta describe la conducta de David como provocación.</i>
M: Yo lo siento así.	
T: Es decir, él la provoca, entonces.	<i>El terapeuta confirma la intención y el resultado.</i>
M: Yo lo siento así. En casa hay reglas claras y yo creo que son chicos que los eduqué bien.	
T: Perdón, ¿claras para quién?	<i>El terapeuta le transmite que en la práctica la claridad no se percibe.</i>
M: Y, creo que para todos, yo creo que me preocupé de su educación, que, bueno, no han vivido en las mejores circunstancias, eso es cierto porque historia terrible la nuestra, pero, yo eduqué, yo puse las reglas y desde ese viaje a Chile es siempre ir más allá, más allá ...	
T: Esto que usted me está diciendo de poner reglas, de que educó, ¿en qué época lo centraría usted?, ¿cuándo fue que puso reglas?	<i>El terapeuta desea precisar de qué etapa del ciclo vital son las reglas y qué posible relación tiene la crisis por sucesos inesperados.</i>
M: Y yo creo que tuve que ponerme	

firme en el momento que me quedé sola con los chicos.	
T: Eso hace ... cuatro años tenía David. Es decir, la primera vez después con todo esto ...	<i>El terapeuta establece los cuatro años como edad.</i>
M: Claro, a partir de ahí mi marido se fue, y bueno, fue toda la historia, pero ...	
T: Se me ocurre ... no sé si es cierto, pero usted me contesta si me equivoco o no, es como si ... si debieran haber cambiado las cosas. No sé, me imagino que cuando uno tiene hijos chicos usted se paraba al lado de David y David la miraba así, y usted lo miraba así. Ahora está más alto que usted, él cuando la mira, mira para abajo. Yo pensaba que así como ha cambiado el ángulo de la mirada también ha cambiado la relación, la forma de ser ...	<i>El terapeuta busca una analogía, lo hace considerando el lugar desde el que la madre miraba a David cuando era chico. Las semejanzas y/o las diferencias entre la altura y el trato.</i>
M: Es que él ya se siente un hombre, se cree que ya vivió la vida.	
T: Nosotros sabemos que no es un hombre.	<i>El terapeuta hace alianza con la señora.</i>
M: ¡Tiene 15 años!	
T: Así es, tiene 15 años, pero está más alto que usted. Eso me hace pensar que en realidad, como que algunas cosas deberían cambiar. Cuando usted le pasa las cosas en vez de pasárselas para abajo las pasa para arriba. Es un mocoso de 15 años, seguro que hay un montón de cosas que ni siquiera sabe hacer, bah, la mayoría.	<i>El terapeuta confirma, precisa y propone una nueva analogía</i>
M: Sí, no sabe.	
T: Y él se cree que se las sabe todas.	
M: Esa es la actitud.	
T: Y usted siente que le tiene que enseñar.	
M: Y sí.	
T: Y yo estoy de acuerdo, lo tiene que	<i>Se la confirma en el rol de educadora,</i>

educar, todavía quedan muchos años de educación. Pero sabe qué, yo pienso que a los 15 años se educa diferente, hay que seguir siendo madre, y en el caso suyo hay que seguir siendo madre y padre.	<i>pero se cuestiona el método empleado.</i>
M: Sí, doctor.	
T: Pero diferente. A lo mejor yo la podría ayudar, si usted llega a ... piensa como yo, que ... lo que usted tiene que seguir en esta dura labor, durísima labor, pero mi sensación es que usted está tratando de educarlo no como un pesado adolescente de 15, sino como si tuviera 5, cuando usted le pasaba las cosas para abajo. No sé, si usted estuviera dispuesta a ...	<i>El terapeuta genera expectativas y propone la misma redefinición que se empleó con David. Luego duda de que esté dispuesta.</i>
M: Estoy dispuesta, sí, doctor.	
T: ¿Sí? ¿Seguro que está?	<i>Maniobra para chequear y aumentar la motivación y la disposición.</i>
M: Sí.	
T: Sabe que tengo en la punta de la lengua un par de cosas para decirle, pero, pero en realidad no me animo porque yo querría que usted estuviera mucho más convencida y a lo mejor sería bueno que dejáramos pasar dos o tres semanas, y usted lo piensa ... qué sé yo.	<i>El terapeuta emplea la variable que implica el tiempo como recurso para aumentar la intensidad de la motivación.</i>
M: No, no.	
T: Se banca unos cuantos conflictos de ...	
M: No, no, porque es muy duro ...	
T: Me imagino, me imagino que debe ser durísimo ver cómo se destruye la casa por enojo, insulto, yo sinceramente creo que no me podría aguantar. Pero insisto, si no quiere pensarlo dos o tres semanas, piénselo una, dos semanas, me contesta y yo le podría dar un par de sugerencias para cambiar un poco la actitud.	<i>Continúa la intervención propuesta.</i>
M: Mire, si usted cree que es necesario el tiempo ... Pero yo realmente venía a	

buscar una solución, que me dieran una solución porque yo no doy más.	
T: ¿Sabe qué pasa? ... Que estoy pensando que a lo mejor es como un cambio muy grande para usted, y a pesar de que usted puede confiar en mí, a lo mejor piensa que no tiene mucho sentido, pero yo la veo tan confusa, tan desorientada y además que ha fracasado tanto que hasta me siento tentado de darle, tirarle como una sogá para que usted empiece a hacer ya desde mañana ...	<i>El terapeuta realiza una prescripción del síntoma.</i>
M: Yo, mire, lo que usted me dijo recién la verdad nunca se me había ocurrido.	
T: ¿A qué se refiere?	<i>La paciente reestructura.</i>
M: Esto de, claro, a lo mejor lo trato como a un nene chiquito, de madre que es uno, porque es como que los chicos siempre son chicos, pero, es decir ... Yo nunca había pensado eso.	
T: Y usted cree que ... ojo, de ninguna manera yo creo que usted debería tratarlo como un chico de 15 así de buenas a primeras. Bah, ahora que lo digo, me imagino ... o no, a lo mejor estoy pensando demasiado, a lo mejor tendría que pensar más ... y este ... usted pensar más si se compromete a seguir fielmente un par de indicaciones que yo le daría.	<i>El terapeuta busca mayor motivación y compromiso ante la tarea.</i>
M: Yo, doctor como usted vea, si usted ve ... considera que hace falta el tiempo ...	
T: No, ¿sabe qué pasa?, yo no tengo el termómetro de sus ganas, hasta de su desesperación.	<i>Búsqueda de intensidad</i>
M: Yo estoy dispuesta a lo que sea.	
T: Yo necesitaría casi una madre desesperada.	
M: ¿Y usted no cree que yo estoy	

desesperada?	
T: Y ... yo sé que la gente cuando está desesperada o llora o se ríe ...	
M: Es que estoy nerviosa.	
T: Me imagino ... ¿Le puedo dar una sugerencia y usted se compromete a hacerlo?	
M: Sí, doctor.	
T: Seguramente le va a sorprender, seguramente le va a parecer descabellado, pero ... hasta puede ser divertido y usted hace mucho que no se ríe.	<i>El terapeuta ofrece una alternativa que define como descabellada para que la madre se “anime” a la propuesta.</i>
M: Me hace gracia porque le pone humor a la situación.	
T: Es que me lo estoy imaginando, y casi que me estoy imaginando su alegría y su disfrutar pero bueno, falta hacerlo, ¿no? ... ¿Sabe qué? Pensaba si usted no lo podría sorprender a David.	<i>Ante la respuesta de la madre, el terapeuta mantiene la idea de lo difícil que será, que debe ser creído, como que también puede ser alegre. Si cree una cosa, cree en la otra. Además lo sorprenderá. Redefine por lo tanto la situación.</i>
M: ¿Y sorprenderlo, cómo?	
T: Con algo inimaginable para él.	
M: Dígame.	
T: ¿Sabe qué? Es posible que David mañana quiera escuchar música.	<i>El terapeuta anticipa algo muy posible.</i>
M: ¿Que él quiera escuchar música? Si él se levanta con la música.	
T: Es posible que vengan sus amigos.	<i>Agrega algo que también es frecuente. Las respuestas tienen la tendencia al sí.</i>
M: Sí.	
T: ¿Sería factible que usted, por ejemplo, comprara un par de Coca Cola y cuando entren sus amigos usted le diga “David, ahí compré un par de Cocas para que las llesves a la pieza y las tomes con los chicos”... y se las deja y... no hablarle a través de la puerta desde ese momento hasta media hora después que se hayan	<i>El terapeuta le indica una tarea para que lleve a cabo. La sorpresa de la señora ha sido anticipada, lo difícil, también, y lo divertido va entonces incluido.</i>

ido los chicos ...	
M: ¿Y dejarlos, todo el día?	
T: Todo el día. Usted disfrutando de la intriga de David porque usted no lo chichonea, no le dice nada. Yo sé que puede, además sé que se comprometió, pero sé que es difícil.	<i>El terapeuta redefine el silencio de David como intriga, como una nueva propuesta de comunicación.</i>
M: ¿Usted cree que funcionaría?	
T: Depende de usted.	<i>Le reconoce el mérito de la tarea y por de la responsabilidad. El logro será sólo de ella.</i>
M: ¿Por qué?	
T: Depende de lo que usted hace, ni que decir si al día siguiente hace exactamente lo mismo. Creo que en muy pocos días usted va a notar un cambio en David, obra de su esfuerzo, del esfuerzo de educarlo como un hijo de 15 años. ¿Sabe qué pasa? Cuando usted le dice cosas a David, David no puede pensar, como que sólo tiene que obedecer, y como tiene 15 años él se rebela. En cambio, si usted ahora no le dice nada, en ese silencio al que no se puede rebelar, sólo puede reflexionar y rescatar todas las cosas hermosas que usted le ha dado desde que nació hasta diciembre. Me gustaría que nos viéramos la semana que viene, usted y yo solos. Yo he quedado con David en que nos vamos a ver dentro de dos semanas, usted no le tiene que decir absolutamente nada. Yo ahora voy a salir, lo voy a llamar, le voy a dar un turno a usted y le voy a dar este otro turno a David.	<i>La explicación que la Madre buscaba al comenzar la entrevista, la obtiene ahora.</i> <i>Prescripción de silencio para la madre.</i>

T: ¡David! Bueno, hoy es martes. ¿Quieres que quedemos para dentro de dos martes?	<i>El terapeuta ofrece un nuevo turno a David.</i>

H: Sí.	
T: Hoy es 15, el martes 29 a esta hora. ¿Sí?	
H: Sí.	
T: Vení solo. Usted no necesita acompañarlo. Tomá este turno, cualquier cosa que no puedas venir por cualquier compromiso que tengas, me hacés saber y arreglamos algún otro turno. Te agradezco que hayas venido, te agradezco que te hayas quedado. Nos vemos.	<i>El terapeuta prescribe una posible ausencia de David. Éste debe desafiarlo para tener razón, y para ello debe volver.</i>

Caso Clínico II: Roberto

Tipo de dramatización: elaborada previamente por el actor "consultante", sin conocimiento previo del caso por el terapeuta.

Fecha: Julio de 2002.

Terapeuta: Jorge Fernández Moya

Consultante: Federico G. Richard-Palmero

Duración: 38 minutos.

Desgrabación y análisis: Federico G. Richard- Palmero, Agosto de 2004

Desgrabación	Análisis
T: Me gustaría saber su nombre, su edad.	<i>Etapa social, que comienza con la presentación.</i>
C: Roberto Petrella. Tengo 24 años.	
T: ¿Qué hace usted, Roberto?	<i>El terapeuta (T) indaga datos acerca de la identidad y actividad del consultante (C).</i>
C: Trabajo en la Empresa de transportes. Yo mando encomiendas ... en la terminal ¿vivo?	
T: ¿Y es un trabajo que hace todos los días?	
C: Sí. De lunes a sábado y domingo por medio. Laburo en el expreso, ¿vivo? Entrega de paquetes, todo eso.	
T: ¿Hace mucho que trabaja ahí?	
C: Dos años van a hacer ahora.	
T: Dígame, ¿usted es soltero, casado?	<i>El Terapeuta indaga datos de familia conviviente.</i>
C.: Juntado.	
T.: Juntado. Ahá. ¿Tiene chicos?	
C.: No.	
T.: ¿Hace mucho que vive en pareja?	
C.: Cuatro ... casi cuatro años.	
T.: Cuatro años ... Joven.	

C: Sí ... Tenía ganas ...	
T: ¿Llevaba mucho de novio?	
C: No, la verdad que no. Muy poquito. Un mes habré estado.	
T: Fue como un flechazo.	
C: Sí, un flechazo.	
T: ¿Su novia se llama ...?	
C: Jacinta.	
T: Jacinta ... ¿Y qué edad tiene Jacinta?	
C: 22.	
T: 22. Ajá ... Jovencitos los dos. Ajá. Bueno, cuénteme cómo fue que decidió consultar.	<i>Etapa de planteo del problema: el terapeuta pregunta acerca de qué ha motivado al consultante a realizar la consulta, a fin de registrar la queja inicial.</i>
C: Mire, en realidad vengo porque la semana pasada nos llevaron la cartilla de los... de la mutual, que habían incorporado ...	
T: El servicio.	
C: Y entonces decidí ... por venir a ver. En realidad ... no es que tenga algún problema... de la cabeza, así.	
T: No está loco.	<i>El terapeuta anticipa que no está loco, pero confirma que exista un motivo de preocupación.</i>
C: No, no, no.	
T: No, no.	<i>El T. Repite las palabras del C.</i>
C: Una cosa ... qué se yo. Me jode un poquito pero no es...	
T: Hjmm.	
C: ...gran cosa, usted verá, no sé.	
T: Me doy cuenta de que por un lado usted vio la nueva cartilla que incluía salud mental, y este problemita que usted dice ... ¿Por qué no me cuenta un poco de su problemita?	<i>Etapa de interacciones: El terapeuta indaga sobre el problema, para ello emplea el lenguaje del consultante.</i>
C: Mire, a mí lo que me pasa es que cuando ando en bicicleta -yo me voy a trabajar en bicicleta; yo vivo allá arriba	

en el barrio Gráfico, ¿conoce?- ...	
T: Se tiene que atravesar la ciudad.	<i>El terapeuta da muestras de haber comprendido.</i>
C: Claro, prácticamente. Sí, bordeando la ciudad, por la Av. Moreno. Y usted sabe que por ahí vengo andando y me da como un, como que me voy a caer de la bicicleta, que sé yo, y me tengo que frenar, ¿vio?, hasta que se me pase un poco. Yo fui a un médico hace un par de meses. Me revisó, me dijo que estaba bien. Me mandó a otro que me revisó el corazón, me hizo un estudio y me dijo que andaba todo bárbaro.	
T: Un estudio ... ¿cómo era?	<i>Soluciones intentadas: T indaga las consultas anteriores realizadas a otros profesionales. Pide detalles sobre los estudios, para obtener más información sobre el problema y sobre lo que C piensa del mismo.</i>
C: Eso que le ponen los ...	
T: Un ECG	
C: Exacto.	
T: ¿Se lo hizo acostado o se lo hizo en movimiento, en bicicleta?	
C: No, acostado.	
T: Y le dijo que estaba bien.	
C: Sí, sí. Me escuchó ...	
T: Ajá. Y lo derivó, le dijo que debía consultar a un psicólogo, un psiquiatra, una cosa así.	<i>El terapeuta da muestras de haber arribado a la misma conclusión.</i>
C: Sí. Me dijo que me quedara tranquilo. Y me dice: "Si tenés muchas ganas andá a un psicólogo, en una de esas algo que andás medio nervioso". Pero me lo dijo así como ... yo mucha pelota no le di, porque yo ... no se me ocurrió que un psicólogo me pudiera ayudar.	
T: Pero algo lo decidió. Además que tiene la cobertura ...	

C: Y ... mire. En realidad es como que dije “voy a probar todo lo que tengo a mano”. Porque ya me está jorobando un poco.	
T: De problemita pasó a ser un problema.	<i>El terapeuta redefine, toma la queja, planteada como “problemita” y hace el pasaje a problema y problemón.</i>
C: Sí ...	
T: Y usted querría evitar que sea un problemón.	
C: Claro, eso. Sí, la verdad es que por ahí he pensado ... se me va a hacer más pesado. A mí lo que me jode en realidad es llegar tarde al trabajo.	
T: Este problema a usted le trae aparejado llegar tarde al trabajo	<i>T indaga qué llevó al C a consultar en el momento actual: esto da datos sobre la magnitud del problema en la percepción de C y cuánta es su motivación.</i>
C: Claro.	
T: Porque, a ver: usted viene desde el Barrio Gráfico a la Terminal, en bajada.	<i>El terapeuta comienza a construir una posible redefinición.</i>
C: Sí, sí.	
T: En bicicleta, casi sin hacer esfuerzo, digamos así, esfuerzo físico.	<i>El terapeuta introduce una dimensión cuantitativa en el problema, que eventualmente utilizará después para definir cambios a obtener que puedan ser medidos.</i>
C: Además cuando yo salgo de mi casa tengo que pedalear unas cuadas, y después todo ...	
T: Más bien frenando. Pero cuando usted se va a su casa es todo subida.	<i>El terapeuta deja claramente establecido que no es un problema derivado del esfuerzo.</i>
C: Sí.	
T: ¿Y qué le pasa ahí?	<i>El terapeuta obtiene una primera respuesta que confirma su hipótesis.</i>
C: No, no. Nunca he tenido problemas a la vuelta.	
T: Ajá. Nunca ha tenido problemas.	<i>Lo resalta, destaca.</i>

C: No, no.	
T: Y lo que le pasa, cuénteme qué es lo que le pasa cuando viene.	<i>Circuito del síntoma: el terapeuta pregunta con el objeto de conocer en qué momentos y lugares se presenta y cuándo no se presenta el síntoma.</i>
C: Es como un mareo. Vio, como cuando uno ha tomado unas copas de más. Las cosas como que se mueven. Uno pierde la línea recta en la que va.	
T: La estabilidad.	
C: Claro. Me da la impresión de que me voy a caer. Ahí nomás siento el corazón - ¿vio?, que por eso me vio un cardiólogo-, el corazón que me late fuerte, ¿me entiende?	
T: Ajá.	
C: Y me tengo que parar porque me caigo. Una cosa de golpe así.	
T: Ajá. ¿Y entonces usted qué hace? Viene en bicicleta, le pasa eso, ¿y qué hace?	<i>El terapeuta desea conocer cuáles son los intentos de solución a los que recurre el consultante y cuál es el resultado.</i>
C: Y, me freno. Me quedo paradito un rato y ...	
T: Y cede.	
C: Y cede. Yo me quedo unos minutos ahí y listo.	
T: Ajá, este ... y vuelve a subir.	
C: Ajá.	
T: Y eso, en el trayecto de su casa a la terminal, ¿le pasa una vez, dos veces?	<i>El terapeuta indaga acerca de cantidad de veces que le sucede.</i>
C: Y, ocho veces. El viernes me pasó ...	
T: ¡Ocho veces!	<i>El terapeuta exalta la respuesta.</i>
C: No siempre, pero por ahí.	
T: ¿Y esto le empezó a pasar hace cuánto tiempo?	<i>El terapeuta pregunta sobre el momento en que se inició el síntoma y como se ha ido incrementando, en relación con las soluciones intentadas.</i>
C: Febrero.	
T: Febrero. Estamos a julio: cinco meses.	
C: No como ahora.	

T: Ajá. Eso le iba a preguntar. En febrero ¿era menos?	<i>El terapeuta relaciona con la consecuencia del síntoma que el consultante busca evitar (aquello que el síntoma le impide o dificulta hacer), para conocer la magnitud del problema.</i>
C: Sí, en febrero me empezó, lo tuve una vez y qué se yo, habrán pasado diez días por ahí o dos semanas, y me dio de vuelta, y ahí empezó a trepar, digamos.	
T: Ajá. A aumentar.	
C: Claro.	
T: Y el viernes pasado le pasó ocho veces.	
C: Sí.	
T: Ese día llegó re tarde.	<i>El terapeuta realiza una consecuencia obvia.</i>
C: Sí, ese día llegué veinticinco minutos tarde. No, pero al principio era poquito. No me mareaba tanto y no era tantas veces. Por ahí pasaba cinco veces. Lo del viernes fue ...	
T: Y una pregunta, Roberto, si usted hace otra actividad física, ¿le pasa algo?, ¿usted practica algún deporte?	<i>El terapeuta desea conocer qué otras pautas están ligadas al síntoma. En qué situaciones parecidas se presentan.</i>
C: Sí, así como deporte no. Juego a la paleta, a la paleta playera, ¿vio? [<i>hace movimiento con la mano izquierda, como moviendo una paleta</i>]. No practico ...	
T: ¿Es zurdo? [<i>En relación con el movimiento anterior</i>]	<i>El terapeuta muestra que está atento, lo que ayuda a manifestar empatía (maniobra general de comienzo).</i>
C: Sí. Este ... Es un juego. Me junto por ahí con unos amigos, hacemos un campeonato.	
T: Sí, sí. Sí, pero en el campeonato... pero no le pasa.	<i>El terapeuta mantiene la idea de que no se relaciona con el esfuerzo físico.</i>
C: No, no, nunca me ha ... Me agito, pero no me mareo.	
T: Pero cuando viene en bicicleta, y sin pedalear, uno podría decir que no se	<i>El terapeuta separa los fenómenos. Tiene un diagnóstico presuntivo y desvincula el</i>

agita. Es decir, no es un problema físico.	<i>problema de una causa física.</i>
C: Ah, a usted le parece... Sí, la verdad que no, no es un gran esfuerzo. Porque como usted dice, es todo bajada.	
T: Todo bajada.	<i>El terapeuta repite la última frase que dice el consultante: muestra empatía. Usa el tiempo condicional "posiblemente", con lo que se mantiene ambiguo mientras exige precisión al consultante (maniobras generales de comienzo).</i>
C: Todo bajada. Sí, la verdad que no.	
T: Posiblemente... un partidito de paleta demande más energía, y volver hasta su casa, mucha más energía. Pero no le pasa. O sea, esto no tiene que ver con lo físico. Y además, usted dijo que lo vio el clínico, lo vio el cardiólogo, le hicieron un ECG y todo está bien.	<i>El terapeuta descarta lo físico.</i>
C: Todo.	
T: Y entonces, bueno, usted decidió venir a una consulta aquí, al departamento de salud mental y usted lo relaciona esto con los nervios. Alguien le dijo "pueden ser los nervios".	<i>El terapeuta hace una síntesis. Ofrece información y da intensidad a la técnica de separación. Induce el significado del problema como "de los nervios", a partir del hecho de la consulta de salud mental.</i>
C: Sí. el doctor me dijo "por ahí andás medio nervioso", yo la verdad que no sé ...	
T: Y usted ... ¿hay algo que lo ponga nervioso?	<i>El terapeuta ha "limpiado" el campo y va por otras posibilidades a partir del significado inducido.</i>
C: No, mire, yo soy un tipo muy tranquilo, para nada de comerse así, agarrarse una bronca con ... no me llevo mal con nadie. Tampoco soy de pensar mucho, vio que hay gente que se hace problemas ...	
T: Cuénteme de su trabajo.	<i>El terapeuta indaga un contexto posiblemente relacionado con el síntoma.</i>

<p>C: Mire, yo, es muy sencillo. Yo llego, a veces, si no ha llegado el que limpia por ahí barro un poco la explanada, ¿vio? donde recibimos los paquetes. Cuando empiezan a llegar los micros de mi turno los abro, descargo las encomiendas, las llevo al mostrador. Entonces con el número de guía vamos ordenándolas. Las clasificamos por provincia de la que vienen, el número, digamos el horario de micros. Cuando falta alguien en el mostrador, a veces también doy una mano. Cuando no estoy recibiendo.</p>	
<p>T: ¿Y tiene muchos compañeros de trabajo, tiene un jefe?</p>	<p><i>El terapeuta busca cuales pueden ser las posibles relaciones interpersonales que puedan estar vinculadas con el síntoma.</i></p>
<p>C: Y, sí. Somos cinco, sí, a veces seis y el jefe.</p>	
<p>T: ¿Y cómo se lleva usted con el jefe?</p>	
<p>C: Y... depende, mire. Tengo dos jefes en realidad. Un supervisor que se llama Cacho que ese no, realmente no tengo ninguna queja; un tipo muy bueno. Y otro que ... ese ... tampoco es que me llevo mal. Es más ...</p>	
<p>T: ¿Más qué?</p>	<p><i>El terapeuta percibe una diferencia y busca conocer un poco más.</i></p>
<p>C: Más exigente. Un poco ... ya llega a ser hinchapelotas. No es mal tipo, pero cuando usted tuvo algún error, se equivocó con algo, se le cayó algún paquete ... Es un poco ... Si a usted le pasa algo así ya sabe que va a estar todo el día...</p>	
<p>T: Exigente ...</p>	<p><i>El terapeuta le pone nombre: exigente.</i></p>
<p>C: Sí, es exigente. Mire, el otro también es exigente, pero éste es digamos, si usted se manda una, lo tiene ...</p>	
<p>T: No la perdona fácil.</p>	<p><i>Muy exigente, en realidad.</i></p>
<p>C: Claro. No es un tipo...</p>	

T: Mala onda.	<i>El terapeuta emplea términos acordes a la edad y el contexto sociocultural del consultante: genera empatía (maniobra general de comienzo).</i>
C: Yo lo entiendo: es su responsabilidad, vio, pero a mí no me gusta mucho, no me cae bien.	
T: Ajá. No le cae bien. Este ... ¿Y cómo trabajan los jefes, siempre los mismos días?	<i>El terapeuta indaga posibles contextos temporales eventualmente diferentes para la presencia del síntoma.</i>
C: No, no porque se turnan. Y tengo uno que se llama Cacho, que es el otro, digamos. Ese está de lunes a miércoles y ...	
T: En el horario suyo.	
C: Claro. Yo trabajo siempre en el mismo horario.	
T: Ajá.	
C: Entro a las seis y media y salgo a las cinco, a veces cinco y media.	
T: Jornada larga.	
C: Sí. Llego cansado. Y el otro está el fin de semana.	
T: Hjm.	
C: De jueves a domingo. Los días que trabajo. Los días que trabajo ... el domingo lo veo también a él.	
T: Hjm... Y una pregunta: ¿Los lunes, martes y miércoles, usted se descompone la misma cantidad de veces que los jueves, viernes, sábado y los domingos cuando trabaja?	<i>El terapeuta formula una pregunta directa en relación con la hipótesis que está construyendo: intentando relacionar elementos del contexto interpersonal con el síntoma. Relaciona con la mayor ocurrencia que el consultante había referido un día en particular. El terapeuta manifiesta interés con la interjección.</i>
C: (silencio)	
T: Digo, usted dijo el viernes, se descompuso ...	<i>El terapeuta manifiesta interés con la interjección.</i>
C: No, mire: me da, pero creo que por	

ahí puede ser menos.	
T: ¿Ajá ...?	
C: Por lo menos no he llegado tan tarde. Digamos ... cuando ... las dos o tres veces que he llegado bien tarde ha sido un viernes, un ... La otra semana, hace dos semanas que me tocó trabajar domingo llegué quince minutos tarde.	
T: ¿Hjmm?	
C: Sí, sí, por ahí me da un poco más.	
T: Y ese día la pasa mal.	<i>Confirma la sensación de C.</i>
C: Y sí, claro, como le digo. Ese jefe mío es un poco más, digamos, si llego tarde sé que tengo todo el día ... no me deja un minuto ... me manda a limpiar los estantes, a barrer, a hacer de cadete, me tiene ... me tiene un poco ... Tengo que laburar más ese día. Ando un poco a las corridas.	
T: Tiene un poco más de mala onda.	
C: Y sí, sí, la verdad que sí. Con el otro siempre estoy más distendido.	
T: ¿Es posible que cuando usted se levante ya empieza a pensar, depende de cómo ande de tiempo, si le va a pasar o no le va a pasar, si va a tener que parar o no va a tener que parar?	<i>El terapeuta vuelve a emplear términos acordes a la edad y el contexto sociocultural del consultante: genera empatía (maniobra general de comienzo). Formula una pregunta directa en relación con la hipótesis que está construyendo: intenta relacionar el síntoma como parte de un proceso de pensamiento, en el circuito intrapsíquico.</i>
C: Y, yo por las dudas desde hace un tiempo me levanto más temprano ... en vez de levantarme a las cinco y media me levanto a las cinco y diez, a las cinco a veces.	
T: ¿Hjmm?	
C: Sí, sí, lo pienso porque me levanto antes, digamos.	

<p>T: Y antes no tenía ningún episodio, después tuvo alguno, ahora marcó un récord de ocho paradas. Me imagino que usted no quiere... parar quince veces.</p>	<p><i>El terapeuta cuantifica el problema: lo compara con volver en bicicleta y con el partido de pelota. Introduce la idea de medir lo que ocurre, que podrá usar más adelante para fijar una meta mínima para la terapia. Indaga otros posibles intentos de solución.</i></p>
<p>C: No, no.</p>	
<p>T: ¿Alguna vez pensó no ir a trabajar?</p>	
<p>C: Y, mire ... a mí me encantaría no tener que ir, o tener un trabajo un poco más ... Pero no, no porque tengo que cumplir. O sea, se imagina, cómo está la cosa, si llego a faltar y no tengo ... no me he enfermado ni nada -yo no me enfermo nunca-. Si falto, qué sé yo, no digo que me vayan a echar, pero ... tengo que cumplir, ¿entiende? Tengo días que puedo faltar por enfermedad, pero no voy a faltar por eso.</p>	
<p>T: ¿En ninguna otra situación a usted se le presentan las descomposturas?</p>	<p><i>El terapeuta indaga otros posibles contextos asociados al síntoma, para precisar su diagnóstico del circuito interpersonal. Da fuerza con ello a la idea de que el problema ocurre circunscripto a un circuito interpersonal específico.</i></p>
<p>C: No... no... no.</p>	
<p>T: ¿Nunca a la tarde, nunca cuando va de vuelta, nunca cuando practica deporte, cuando está en su casa ... con su pareja?</p>	<p><i>El terapeuta intenta dejar claro que no responde a un problema físico, clínico.</i></p>
<p>C: No. Como le digo, agitarme sí, pero eso ...</p>	
<p>T: Sí, claro. Cuando usted sube en bicicleta también se agita un poco, me imagino.</p>	
<p>C: Sí, claro, es verdad, cuando subo. Pero no, así como decirle mareo, no. Por ahí que tomo una cerveza, pero no es lo mismo. El mareo ... es vértigo, ¿me entiende? Ya me da miedo.</p>	

<p>T: Como que pierde la estabilidad.</p>	<p><i>El terapeuta repite el término “estabilidad” usado al principio de la entrevista. Probablemente prevé usarlo en una redefinición que vincule la situación física del consultante durante el síntoma con la preocupación por la situación laboral que podría incidir en la ocurrencia del mismo. El término “control” podría tener la misma finalidad.</i></p>
<p>C: Claro, claro. Exactamente. El otro día casi atropello una vieja que se me cruzó.</p>	
<p>T: Y uno podría decir que es como que pierde el control de la bicicleta.</p>	<p><i>El terapeuta recapitula y agrega datos del contexto interpersonal que acaba de recabar.</i></p>
<p>C: Sí. Esa vez es como que me desvanecí, ¿me entiende? No venía atento, es como si me hubiese estado por dormir.</p>	
<p>T: Otra pregunta ... Es decir que esto no le pasa nada más que cuando usted viene a trabajar, sobre todo jueves, viernes y sábados, que son los días que se encuentra con Juan. No le pasa cuando se encuentra con Cacho, o le pasa mucho menos, mejor dicho.</p>	<p><i>El terapeuta mantiene la afirmación, y establece diferencias.</i></p>
<p>C: Pasarme me pasa, pero, pero ...</p>	
<p>T: No le pasa cuando vuelve a su casa, que se va a encontrar con su mujer.</p>	<p><i>El terapeuta toma lo literal del mensaje y separa. Destaca parte de lo que dijo el consultante (que piensa en otra cosa), con lo cual le otorga importancia. Vinculación: relaciona lo dicho con la causa en “los nervios” del problema y el circuito interpersonal.</i></p>
<p>C: No, no, nada de eso porque vengo con la cabeza en otra cosa.</p>	
<p>T: En otra cosa. Pero a ver, ¡qué interesante lo que usted dijo! "Vengo con la cabeza". Cuando usted viene con la cabeza en algo, puede ser su preocupación -descomponerse-, o viene</p>	<p><i>El terapeuta destaca la paradoja: que el consultante pretende no pensar.</i></p>

con la preocupación "me voy a encontrar con Juan y voy jugado" y lo pone un poco más nervioso, posiblemente...	
C: Sí, no, no pienso tanto. La verdad que no pienso mucho en eso. Sí voy por la hora ...	
T: Pero no puede no pensar.	<i>El terapeuta introduce la atención voluntaria como ingrediente importante del circuito formador del problema.</i>
C: No, no, claro. Peor ando mirando el reloj, o por ahí lo pongo en la bicicleta ... la verdad que ando apurado.	
T: Y va atento y ahí no viene dejándose caer con el declive propio de nuestro terreno, sino que ...	
C: Hay veces que con la bajada y todo tengo que bajarme y ... sí, vengo pensando en otra cosa.	
T: ¿Y ahí es probable que cuando más apurado venga más fácilmente se descomponga?	<i>El terapeuta pregunta para relacionar el intento de solución con la generación y mantenimiento del problema.</i>
C: Bueno, el viernes sí porque me había acostado medio tarde el jueves y salí un poquito más jugado con el tiempo, así que ahí anduve pedaleando.	
T: Uno podría decir que cuando usted más jugado anda con el tiempo, más nervioso se pone, más fácil es que le suceda esto.	<i>El terapeuta ha usado lenguaje condicional ("es probable"; "uno podría decir"), con lo que mantiene la ambigüedad al pedir precisión (maniobras generales de comienzo).</i>
C: Y, el viernes sí, ya lo vi a mi jefe con una cara de orto, sí.	
T: Venía por el barrio, allá arriba por el hospital y ya venía pensando en Juan ...	<i>El terapeuta relaciona la explicación que ha ido co-construyendo con el consultante con un elemento de la experiencia del consultante (la ubica temporalmente), a fin de dar fuerza a la construcción.</i>
C: Sí, pensé un par de veces ...	
T: Ajá. Y siguió y seguía pensando, y	<i>El terapeuta cierra la idea y el circuito.</i>

cuando llegó comprobó que estaba ahí, esperando.	
C: (ríe) Sí, lo vi, me estaba esperando, la verdad que sí.	
T: O sea que hay como un pensamiento suyo que ...	<i>El terapeuta ofrece más intensidad repitiendo la pauta interpersonal y haciendo un silencio, para que el paciente completa la idea.</i>
C: Sí, en general trato de no pensar. Cuando me entro a enroscar en eso, por ahí pienso en él, en la hora, todo. Pero trato de no hacerlo. Me pongo a mirar los pajaritos, el zanjón, todo.	
T: Pero a veces no los ve.	<i>El terapeuta busca más intensidad indagando por el hipotético efecto contrario de la pauta interpersonal: cuando ésta no se da, no sólo no ocurre el síntoma sino que hasta se obtiene una mejoría. Con esto otorga implícitamente control sobre el problema al consultante.</i>
C: Y, no, cuando muy ... pero intento. Intento no enroscarme mucho con eso. Para andar tranquilo, vio, por lo menos disfruto ese ...	
T: ¿Disfruta?	
C: Sí, algunas veces sí, otras no. El viernes no.	
T: Hmmm. Jueves, viernes y sábado disfruta poco.	
C: Sí, la verdad que sí.	
T: Lunes, martes y miércoles, posiblemente disfrute un poco más.	
C: Sí, lunes no tanto porque cuando he tenido franco el domingo, me cuesta más ir, pero sí, puede ser que vaya, mirando, distendido.	
T: Por ahí alguna vez hasta martes, miércoles, es posible que llegue temprano.	
C: Sí, sí. Hace dos semanas, salí, como le	

<p>digo, antes de un ... un rato antes, veinte minutos antes desde mi casa, de lo que acostumbraba salir, y llegué y estaba el Cacho nomás. Me dijo "Ah, te caíste de la cama". La verdad que ni había mirado el reloj. Ni me dio la huevada. No me tuve que parar. Ah, ¿le parece?</p>	
<p>T: Me parece que esto tiene que ver con, con una persona responsable como usted. Porque un muchacho de veinticuatro años que vive en pareja, que viene a consultar, me parece una persona responsable. Ud. se está sintiendo mal y muchos lo dejan pasar y no le prestan atención, pero usted viene a buscar una ayuda. Entonces me parece que en alguna situación usted se siente mal con la presión que le puede generar Juan.</p>	<p><i>El terapeuta elogia la responsabilidad del consultante. Intenta que éste haga suya la redefinición que han co-construido.</i></p>
<p>C: Sí, puede ser. La verdad que me pone un poco incómodo eso.</p>	
<p>T: Y... y usted sabe que la pasa mal, que no puede disfrutar el viaje, y cuando más exigido se siente, es como que le viene esta "huevada", como usted dice. Yo me preguntaba si la relación con Cacho se parece a alguna relación que usted haya tenido con alguien de su familia, o algún amigo ...</p>	<p><i>El terapeuta emplea el lenguaje del consultante ("huevada"), con lo cual refleja y responde con empatía explícita al consultante (maniobra general de comienzo). Indaga por el aspecto intrapsíquico susceptible de relación con el circuito interpersonal que acaba de indagar.</i></p>
<p>C: Con alguien, usted dice, que me haga acordar ...</p>	
<p>T: Que le haga acordar, sí.</p>	
<p>C: Sí ... la otra vez le decía a la Jacinta que por ahí en algunas cosas, Cacho me hace acordar al tío Néstor.</p>	
<p>T: ¿Cómo era la relación suya con el tío Néstor, y la del tío Néstor con usted?</p>	<p><i>El terapeuta destaca la naturaleza recíproca, bidireccional de las relaciones interpersonales.</i></p>
<p>C: Mire, era un tipo muy bueno. Yo lo quería mucho. Él me crió prácticamente a mí. Era muy chiquito, a los cinco años, prácticamente.</p>	

T: ¿Su papá y su mamá?	<i>El terapeuta pregunta por la familia de origen, los padres.</i>
C: Fallecieron.	
T: Una pregunta: ¿tiene hermanos, usted?	
C: No, no. El tío Néstor, que era hermano de mi mamá, se hizo cargo de mí. Era un tipo qué sé yo, severo, pero un tipo muy bueno, afable.	
T: Serio.	<i>El terapeuta induce un significado que podría usar en relación con valores ya elogiados al consultante: básicamente responsabilidad.</i>
C: Sí. Yo renegaba, pero con el tiempo le agradecí, cómo me educó, digamos. Aprendí muchas cosas de él. Y era ... la otra vez le comentaba, no me acuerdo qué cosas, qué charla tuve con Cacho que cuando volví le contaba a mi mujer "sabés que me hace acordar al tío Néstor, que te he contado".	
T: Sería algún día que Cacho le llamaba la atención con cariño ...	<i>El terapeuta vincula la manera afectiva. Vincula, además la relación con ambas personas significativas del pasado y presente con la relación actual del consultante con ambos jefes.</i>
C: Claro, claro, puede ser. Porque fue un día que me estaba enseñando a cargar las cosas en la computadora, ¿vio?, y me mandé una, le borré un par de archivos sin querer, porque yo de esas cosas no entiendo.	
T: Está aprendiendo.	
C: Él me está enseñando. Le borré digamos, perdió unas cuantas horas de trabajo, así que ahí se puso ... pero bien ... como le digo un tipo que ...	
T: Serio.	<i>El terapeuta genera intensidad con el significado antes mencionado.</i>
C: Serio.	

T: ¿Y Juan? ¿A quién le hace acordar?	
C: Y Juan ... No, la verdad que no he pensado nunca, pero se me viene a la cabeza Raúl, el hermano de mi señora, el hermano mayor que tiene.	<i>El terapeuta intenta la misma maniobra, pero con Juan.</i>
T: ¿Y en qué se parecen Raúl ...?	
C: Mire, la verdad que no en mucho, pero por ahí me ha hecho acordar alguna actitud del tipo, o sea. Raúl es medio, un tipo medio chanta, que sé yo ... Medio, le gusta jugar, por ejemplo, ¿vio?	
T: ¿Jugador de apostar?	
C: Sí, tiene más problemas con eso... No es un mal tipo. Pero tiene el vicio ese, y a raíz de eso por ahí joroba a la gente. A lo mejor por eso que no me ha caído bien.	
T: ¿Y en qué joroba a la gente Juan?	<i>El terapeuta intenta relacionar más aún a Raúl con Juan.</i>
C: (ríe) Y, a mí más de una vez me joroba el día, digamos. Pero... No es malo, tampoco, ¿qué sé yo?, pero es un poco como ensañado: si Ud. hace algo mal, el tipo lo cala y está todo el día enculado con uno. Este ... A lo mejor, no es nada que se parezca mucho, no es que el otro sea ... pero tiene algo así, de desconfianza.	
T: A mí me hace pensar que su tío Néstor, una persona que por sería, o sea como uno podría decir predecible, usted sabía cómo iba a reaccionar. Que en realidad usted sabía que aunque reaccionara seriamente, reaccionaba bien, con cariño, con afecto.	<i>El terapeuta vincula elementos no ligados y emplea el lenguaje condicional: "me parece", el significado que venía preparando: "serio". Vincula la seriedad del tío Néstor con la del consultante, identificando implícitamente uno con otro.</i>
C: Sí.	
T: En cambio, me da la sensación de que usted dice que Juan se parece a su cuñado Raúl. Lo hace en el sentido de que Juan le arruina el día como Raúl arruina su propia vida y la de algunos	

<p>otros. Y eso usted lo ve como chanta, dijo, una cosa así.</p>	
<p>C: Sí, sí, sí, sí.</p>	
<p>T: Y a mí me parece que usted, que es una persona ... A mí me llamó la atención que un joven de veinticuatro años, que hace cuatro años vive en pareja ... consulte.</p>	<p><i>El terapeuta visualiza un indicio de reestructuración: aparentemente C asume, adopta la redefinición, afirma reiteradamente.</i> <i>El terapeuta capta lo anterior e insiste con el elogio, para reforzar el terreno aparentemente ganado con su redefinición.</i></p>
<p>C: Ah, ¿vienen poco ...?</p>	
<p>T: Porque en realidad los hombres tienden como a aguantárselas, vienen muy mal, jugadísimos. Entonces me parece que usted no la pasa bien, pero no siempre la está pasando mal, y como esto se ha ido intensificando, ha ido aumentando desde febrero para acá, y usted tuvo el récord el viernes, de ocho descomposturas en un trayecto que debe ser de veinte, veinticinco minutos, estamos pensando en una parada cada tres minutos. Ud. se debe haber asustado bastante. Y a mí me parece que en su cabeza, usted, pasa algo así como ... -yo, si me equivoco, usted me corrige- pero es como que usted, responsablemente se preocupa por llegar temprano, rendir bien ante Cacho y ante Juan, pero como que Cacho es comprensivo, es decir, usted se siente menos comprometido, menos exigido que cuando lo tiene que hacer con Juan. Entonces, con Juan usted quiere cumplir más y mejor y la exigencia lo presiona.</p>	<p><i>El terapeuta ofrece una explicación , para transmitir las diferencias de quien viene a la consulta por propia voluntad de quien es traído, sin conciencia de enfermedad o problema.</i></p>
<p>C: Sí, es verdad.</p>	
<p>T: Y usted sabe que eso a veces no le sirve, porque en ese sentido Juan se parece a Raúl y a veces es medio chanta, es decir: lo que usted hace no le alcanza.</p>	<p><i>El terapeuta relativiza lo que dice, para reducir la eventual resistencia del consultante.</i></p>

Porque usted sabe, ayer llegó tarde, o la semana pasada llegó medio tarde y entonces como que lo va teniendo entre ojos, ahí. ¿Hmm?	
C: Ajá.	
T: Y en realidad, es decir, cuanto más temprano quiere llegar, más se descompone, o más exigido va, me refiero en el sentido de estar como pendiente de lo que va pasando, de cómo respira, de si se mareo o no se mareo, y es como que le viene ...	<i>El terapeuta realiza su redefinición, brindando un significado no patológico del síntoma. Lo explica coherentemente con la epistemología del consultante respecto de su problema, que al principio dice "no estoy loco". Contextualiza, además el sufrimiento del consultante en relación con acontecimientos significativos de su vida actual y pasada. Y deja la frase inconclusa para que Roberto la complete.</i>
C: La huevada.	
T: La "huevada". Que es como una rebeldía contra Juan pero que en realidad nunca se la cuenta a Juan.	<i>El terapeuta completa la redefinición.</i>
C: ¿A usted le parece?	
T: Y, a mí me parece. No sé qué le parece a usted.	
C: Sí, la verdad que tiene razón lo que dice de ... Yo, la verdad es que trato de no pensar en eso, pero si no mejoro esto, sé que la voy a pasar hasta las seis de la tarde ahí ...	
T: Roberto: cuando usted trata de no pensar, está pensando.	<i>El problema queda explicado como un intento fallido de solución: tratar de no pensar, cuando ello es imposible. Se trata de una paradoja: el pensamiento no puede ser una conducta anulada por el propio pensamiento; cuando el consultante intenta no pensar, piensa.</i>
C: Sí, (ríe) sí, la verdad que sí.	
T: ¿Y sabe qué? Usted está pensando algo que en realidad no lo puede controlar con el pensamiento ...	<i>El terapeuta le quita el aspecto voluntario que el paciente le otorga. Y redefine atribuyendo control a un síntoma involuntario como es el mareo,</i>

	<p><i>que pasa a ser como un acto basado en la voluntad de ser “rebelde”.</i> <i>A partir del diagnóstico del circuito mantenedor del síntoma, prepara una futura maniobra tendiente a una de las metas de la terapia estratégica: la modificación de la secuencia del síntoma, por ejemplo, detenerse antes de que le ocurra el síntoma.</i> <i>El terapeuta manifiesta la paradoja implicada en el intento de solución. C capta el error lógico y lo manifiesta con la risa.</i></p>
C: Hmm.	
T: Entonces yo le propongo que ... si usted está de acuerdo, ¿sí?	<i>El terapeuta manifiesta su intención de no “remar” por C, dejando en sus manos la demanda de una psicoterapia.</i>
C: Sí.	
T: Si usted lo quiere pensar, lo piensa. Pero si usted está de acuerdo, podemos quedar ya en un próximo turno. O bien usted lo piensa y después me llama.	<i>El terapeuta apela al supuesto de potencialidad no desarrollada.</i>
C: No, sí, quiero. A mí me parece. Está bueno eso que usted dice. Yo creo que por ahí puede venir. Lo que no me imagino es cómo podemos arreglarlo.	
T: Bueno, el cómo podemos arreglarlo lo conversamos la próxima, ¿ah?	<i>El terapeuta realiza una construcción compartida del problema, de las metas y de las soluciones, a nivel cognitivo, conativo y afectivo.</i>
C: Sí, sí.	
T: ¿Qué le parece?	
C: Sí, sí.	
T: Bárbaro.	
C: De acuerdo.	

GLOSARIO

DE TÉRMINOS EMPLEADOS

GLOSARIO DE TÉRMINOS EMPLEADOS

Adaptabilidad³⁴⁰

Es la capacidad de un sistema, por ejemplo, un individuo o una familia, para sobrevivir y mantener su coherencia en condiciones internas y externas cambiantes. Es un proceso de afinidad en marcha.

Causalidad Circular o de Circuitos de Retroalimentación:

Los procesos circulares constituyen el interés central de la cibernética, de acuerdo con la cual innumerables elementos de un sistema son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una manera compleja.

El instrumento fundamental del análisis cibernético es la exclusión de la dimensión temporal, es decir, se toma en cuenta sólo las relaciones de interacción sincrónicas.

La circularidad no es comprensible dentro de la dimensión temporal que experimentan los humanos, porque el tiempo es irreversible, el pasado no puede modificarse, no existe retroactividad.

La aplicación de los principios abstractos de la teoría de la retroalimentación a las estructuras familiares tiene varias aplicaciones, sobre todo en la aplicación de un modelo circular de causalidad se tiene en cuenta que cada miembro de la familia influye en todos los demás. Por consiguiente, la conducta de

³⁴⁰ Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

cada uno de los miembros de la familia sólo puede explicarse y comprenderse observando todo el sistema (contexto).

Una regla familiar por ejemplo, establecida en el pasado, se aplica en el presente y puede ser confirmada o modificada en el futuro. El requisito previo de esta resultante es un proceso de abstracción en el cual se agrupan las situaciones que son similares entre sí y que tienen idénticos contextos. Sólo cuando se ha establecido un modelo interno del mundo y de los sucesos concretos, las conductas y las experiencias se han traducido de alguna manera en signos, la circularidad puede aplicarse a la regulación de la conducta humana (mapa, modelo).

Ciencia Matemático - positivista o galileana:

Hay que tener en cuenta que los pares dicotómicos como: analítico-sistémico, atomista-holista, local-global, diferencial-integral, siempre se interrelacionan.

El primer término de cada dicotomía se refiere a los detalles, análisis e investigación de las partes o condiciones locales, y el segundo a la percepción de gúestales y configuraciones. La naturaleza de la dicotomía aparece con la máxima claridad en el concepto de las matemáticas: la ciencia clásica se diferencia de la filosofía por adoptar, sobre todo, métodos analíticos de investigación.

La mecánica galileana hizo de la velocidad instantánea el foco central de interés y la mecánica newtoniana empezó asociando una fuerza instantánea a la deriva de una velocidad instantánea. Esta formulación se distingue deliberadamente de anteriores concepciones del movimiento de carácter holista o teleológico, según las cuales el movimiento estaba determinado por la naturaleza del objeto que se movía o por una tendencia natural de éste a adquirir una posición final. Por ejemplo, la astronomía antigua interpretó el movimiento circular de los planetas como un reflejo de su perfecta o divina naturaleza.

Es decir que, de un modo opuesto, la mecánica de Galileo y la de Newton aplicaban el movimiento analizando la acción de las fuerzas en determinados puntos y movimientos. En pocas palabras, la investigación científica se hizo más definida, estrecha, local, se concentró más en los hechos específicos que en los globales holistas.

Cohesión³⁴¹

En la evaluación de la familia, la dimensión de la cohesión pone de manifiesto el equilibrio que guardan la *proximidad* y la *distancia*, como así también los *modelos centrífugos* y *centrípetos* durante el *ciclo de vida familiar*.

Olson, Russell y Sprenkle (1983) han definido que si el grado de cohesión es alto, el apego es excesivo.

Colusión³⁴²

Colusión, pertenece a la familia de términos –como ilusión, elusión, delirio- cuya raíz proviene del verbo *ludere*, el cual varía de significado en el latín clásico y en el moderno. Así, *ludere* puede significar jugar a algo, practicar un deporte, burlar y burlarse o mofarse, engañar.

El delirio implica el autoengaño total. La ilusión implica poder engañarse a sí mismo bajo el influjo de un poderoso deseo, pero jamás un autoengaño tan completo como el que se da en el delirio.

La colusión, por su parte, tiene resonancias de jugar a algo y de engañar. En un juego entre dos o más personas mediante el que se engañan a sí mismas, el juego del autoengaño mutuo.

El delirio, la ilusión y la elusión se refieren a una sola persona. La colusión es necesariamente un juego entre dos o más. Cada una de ellas juega el juego de la otra, aunque no es indispensable que se den plenamente cuenta de ello. La característica esencial de este juego es no admitir que lo es.

Si una persona es destacadamente la víctima “pasiva” de una lama pasada o una jugarreta, maniobra o manipulación, no debe denominarse colusión a esta relación.

³⁴¹ Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

³⁴² Laing, R. (1974). El yo y los otros.

Confirmación y Desconfirmación³⁴³

El que un hombre confirme a otro es una posibilidad ideal que rara vez se realiza. La confirmación se da siempre, en forma práctica, como Buber (citado por Laing) dice, “en uno u otro grado”. Cualquier interacción humana implica alguna medida de confirmación, en último caso de los cuerpos físicos de los participantes y hasta cuando alguien mata al otro. El más leve signo de que otro nos reconoce confirma por lo menos nuestra presencia en *su* mundo. “No podría idearse castigo más diabólico –escribió William James-, en caso de que tal cosa fuera materialmente posible, que formar parte de una sociedad y que ninguno de sus miembros se percatase en absoluto de uno”.

Por consiguiente, podemos inferir que la confirmación es parcial y variable e igualmente global y absoluta. Podemos juzgar que los actos y las secuencias de interacción son más o menos, y de diferentes maneras, *confirmatorios o desconfirmatorios*. La confirmación puede variar en intensidad y extensión, cualidad y cantidad. Respondiendo tíbiamente, impenetrablemente, tangencialmente, etc. al otro, dejamos de roborar algunas de sus facetas y roboramos otras.

Los modos de confirmar y de desconfirmar varían. Es posible confirmar con una sonrisa (confirmación visual), un apretón de manos (confirmación táctil), una frase de aliento (confirmación auditiva). Una respuesta confirmatoria concuerda con la acción evocadora, reconoce el acto evocatorio y acepta su significación respecto del evocador y, en caso contrario, del que responde. La reacción confirmatoria, por su parte, es una respuesta directa, “a propósito” o “de la misma frecuencia” que la acción que la inicia o evoca. Una respuesta parcialmente confirmatoria no necesita convenir, armonizar o satisfacer. El rechazo puede ser confirmatorio si es directo y no tangencial y si reconoce la acción evocadora y garantiza su importancia y validez.

Existen diferentes niveles de confirmación y de desconfirmación. Es posible confirmar una acción en un nivel y desconfirmarla en otro. Algunas formas de “rechazo” implican un reconocimiento limitado: la percepción de lo rechazado y la capacidad de responder a ello. Percibimos una acción “rechazada” y esta percepción prueba que la admitimos como un hecho. El “rechazo” directo no es tangencial; no escarnece ni invalida en otras formas; no necesita ni menospreciar ni

³⁴³ Ibidem

exagerar la acción original. Tampoco es sinónimo de indiferencia o impenetrabilidad.

Epistemología³⁴⁴:

Del griego *episteme*, conocimiento (teoría del conocimiento).

Designa una rama de la filosofía que investiga los fundamentos, los límites y la validez del conocimiento. Como ciencia, es el estudio de la manera en que los organismos piensan y llegan a decisiones que determinan sus conductas (Bateson, 1979).

Las cuestiones epistemológicas han cobrado importancia para la terapia familiar porque el mapa o modelo interno del mundo que genera un individuo o una familia determinará la manera propia de actuar, pensar y sentir los síntomas. Por lo tanto, la forma, la intensidad, el cuándo, el cómo, con quién se manifiesta el síntoma tendrán una característica particular, como así también el modo de ayudar, de intentar aliviar el síntoma estará influido por el modelo mencionado.

Homeostasis³⁴⁵:

Del griego *homois*, similar; *stasis*, permanecer quieto.

“Es el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autoregulación”.

“El concepto de homeostasis fue introducido en la fisiología en 1932 por Walter B. Cannon, para explicar la constancia relativa de ciertas dimensiones fisiológicas; por ejemplo, la temperatura del cuerpo de los mamíferos que se mantiene constante, frente a la temperatura cambiante del ambiente externo.

“Ashby (1952) amplió este concepto, aplicándolo a los sistemas cibernéticos en general. Hay algunos sistemas que son capaces de compensar ciertos cambios del ambiente manteniendo, a la vez, una estabilidad relativa en sus propias estructuras (morfoestasis).

³⁴⁴ Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). Vocabulario de la Terapia Familiar.

³⁴⁵ Ibidem

Spiegel (1954) parece haber sido el primero en utilizar el término homeostasis para caracterizar la relación doctor-paciente como un sistema transaccional. Jackson (1957) fue el primero en aplicar este concepto a los sistemas familiares. Lo empleó para describir mecanismos y sistemas patológicos, caracterizados por excesiva rigidez, la falta de una flexibilidad y un potencial limitado de desarrollo.

Dell propone el concepto de *ajuste o coherencia* como conceptualmente preferible al de homeostasis.

Otra definición: Condición del sistema que conserva su estructura y sus funciones por intermedio de una multiplicidad de equilibrios dinámicos³⁴⁶.

Individuación / Individuación conexas / Coindividuación³⁴⁷

Desde el punto de vista de la dinámica familiar, los conceptos relativos a la individuación y la diferenciación se aplican principalmente a la formación de *límites/fronteras* individuales (identidad) y psíquicos. Los seres humanos siempre han tratado de lograr niveles más elevados de individuación.

La *individuación conexas* es un principio general según el cual el nivel más elevado de individuación exige y hace posible a la vez una mayor nivel de relacionalidad.

Morfoestasis³⁴⁸:

Del griego *morphe*, forma; *stasis*, permanecer quieto.

Es la capacidad de un sistema de mantener su estructura en un ambiente cambiante.

Es similar al anterior. Los dos se refieren a la manera en que un sistema elimina las perturbaciones y es capaz de mantener una estructura determinada

³⁴⁶ Francois, C. (1992). Diccionario de Teoría General de los sistemas y Cibernética. Conceptos y términos.

³⁴⁷ Ibidem

³⁴⁸ Ibidem

(coherencia). Los mecanismos esenciales que permiten que el sistema lo logre son los *circuitos de retroalimentación negativa*.

Morfogénesis³⁴⁹:

Del griego *morphe*, forma; *genesis*, generación.

Se refiere a la formación y desarrollo de las estructuras de un sistema.

El concepto fue introducido en la cibernética por Maruyama (1960). Describe un fenómeno por el cual una retroalimentación positiva de desviación–amplificación, exagerando una desviación (cambio) mínima en el sistema, puede inducir un cambio desproporcionadamente grande en el mismo.

Movimiento cibernético:

Partiendo del progreso logrado con los misiles autodirigidos, la automatización y la tecnología de las computadoras, e inspirados en los trabajos del matemático Wiener, el Movimiento Cibernético fue haciéndose cada vez más influyente.

La cibernética desafió la concepción mecanicista de que el universo se basa en la acción al azar de partículas anónimas, e insistió sobre la búsqueda de nuevos planeamientos, de nuevos y más comprensivos conceptos y métodos capaces de manejar grandes cantidades de organismos e identidades.

Los trabajos del matemático Wiener estaban basados en el supuesto según el cual las funciones de control, intercambio de información y procesamiento de la información siguen los mismos principios, independientemente de que se apliquen a máquinas, organismos o estructuras sociales.

Sería importante comprender la cibernética como un modo de pensar sobre el mundo, como una manera de reflexionar (más que como una teoría articulada), del cual se toman principalmente ciertos conceptos como:

- Causalidad circular, es decir no lineal, ni mecánica, donde el efecto retroactúa sobre el efecto, y esto en relación directa con la puntuación que se elige.

³⁴⁹ Ibidem

- Propósito, las causas del sistema ubicadas en el futuro, como *metas o fines*.
- Determinismo estructural, lo que implica sistemas donde la historia importa; las situaciones que ocurrirán están restringidas por las pasadas.

Que el sistema esté estructuralmente determinado nos habla de la predictibilidad del propósito, pero no del camino para llegar a él. Es decir que, en el ámbito de la terapia familiar, las ideas procedentes de la cibernética hicieron que se formularan preguntas fundamentales sobre muchos presupuestos epistemológicos y ciertas premisas terapéuticas y de diagnóstico imperantes en el momento.

Retroalimentación³⁵⁰:

Por razones de parentesco conceptual, las nociones de “reacción”, “retroacción”, “realimentación” y “retroalimentación” han sido agrupadas. Consiste en un proceso automantenido, en el cual el egreso ejerce acción de retorno sobre el ingreso. La retroalimentación es indispensable, en todos los casos, para la aparición de la regulación. Es **negativa** cuando el egreso del proceso ejerce un efecto de reducción sobre el ingreso. Es **positiva** cuando el egreso del proceso un efecto de amplificación sobre el ingreso.

Sistema:

Unidad global organizada de interrelaciones entre elementos, acciones o individuos. "Es mapa y no es territorio; es foto y no es la persona; es vehículo, no es el camino".

- *Unidad global*: Considerado bajo el ángulo del todo, el sistema es uno y homogéneo; bajo el ángulo de los constituyentes, es diverso y heterogéneo. Posee una identidad paradójica de *unitas multiplex*. La totalidad comporta una cualidad emergente o cualidades emergentes. Estas son propiedades de un sistema que presentan un carácter de novedad irreductible en relación con las cualidades o propiedades de los componentes considerados aisladamente o dispuestos de forma diferente en otro tipo de sistema.

³⁵⁰ Francois, C. (1992). Diccionario de Teoría General de los sistemas y Cibernética. Conceptos y términos.

- *Organizada*: La organización hace referencia a la disposición de los elementos/acciones/individuos *en y por* el todo. Es en virtud de las características de la organización que surgen las cualidades o propiedades de un sistema particular. La organización es la que establece relaciones complementarias entre las partes diferentes y diversas, y las partes y el todo. Integra la heterogeneidad en la constitución de un todo.
- *Interrelaciones*: Hace referencia a los tipos y formas de unión entre los elementos/acciones/ individuos y entre éstos y el todo.
- *Elementos*: No deben pensarse como unidades simples y sustanciales, sino como relativo al todo del cual forma parte. Es en sí un sistema, y visto desde el todo es un *sub-sistema* subordinado. Otra categoría es la de meta-sistema, que es aquel que engloba por lo menos dos sistemas.

Es muy útil recurrir a las propuestas que realizaron A. D. Hall y R. E. Fagen, para entender a qué se llama sistema y los conceptos que se derivan y las aplicaciones posibles. La definición que proponen es la siguiente: **"Un sistema es un conjunto de "objetos" con "relaciones" entre los objetos y entre sus "atributos"**.

Los sistemas poseen además *propiedades y funciones* o propósitos distintos de los objetos, relaciones y atributos que lo constituyen.

- **Objetos**: Se trata simplemente de las partes o componentes de un sistema y son ilimitados en su variedad. Pueden ser concretos o abstractos.
- **Atributos**: Son las propiedades de los objetos.
- **Relaciones**: Son las que ligan a los objetos entre sí y nos dan la noción de sistema. Las relaciones van a depender de quien observa o conceptualiza un sistema como tal.
- **Medio ambiente**: De acuerdo con los autores antes mencionados, "para un sistema dado, el medio ambiente es el conjunto de objetos cuyo cambio en sus atributos afecta el sistema y también aquellos objetos cuyos atributos son cambiados por la conducta del sistema".

En muchas oportunidades empleamos la palabra **contexto** para expresar este criterio de medio ambiente. Sabemos que todo sistema puede ser considerado parte de un sistema más amplio, por lo que lo reconocemos como **subsistema** del primero. Se

llama **subsistema** a las divisiones "arbitrarias" que realiza un observador de un sistema determinado. Un subsistema puede también ser parte de otro sistema.

Otra clasificación:

- Sistemas naturales
 - Sistemas cerrados o sistemas abiertos.
 - Sistemas adaptativos.
 - Sistemas estables.
 - Sistemas con feedback.
- Sistemas creados por el hombre.
 - Compatibilidad o armonía.
 - Optimización.
- Sistemas con calidad de azarosos.

Teoría de la Información³⁵¹:

En el sentido de Shannon y Weaver (1949), esta teoría constituye una esfera del campo de la cibernética en el que los aspectos formales de la información son examinados con métodos matemáticos.

Esta se ocupa en los aspectos formales de los procesos de comunicación. La aplicación de este procedimiento analítico a la terapia familiar ha arrojado luz sobre los procesos interpersonales.

Teoría de los Automatas³⁵²:

Un autómata de Turing (1936) es una máquina abstracta capaz de imprimir (o borrar) las marcas de 1 y 0 en una cinta de longitud infinita. Todo lo que sea

³⁵¹ von Bertalanffy, L. (1980). Teoría General de Sistemas.

³⁵² Ibidem. Teoría de los autómatas abstractos con entradas, salidas y posiblemente, ensayo, error y aprendizaje.

posible lógicamente (simbolismo algorítmico) también puede ser construido por un autómata, o sea una máquina algorítmica.

Un autómata es un sistema cuya conducta, en un instante cualquiera, queda definida por la totalidad de los valores que adopta un conjunto de variables, algunas de las cuales están asociadas con el estado interno del autómata, mientras otras lo están con sus *inputs* de alguna fuente. Tanto el input como el estado interno del autómata -definido por los valores de un conjunto de variables- determina un out-put y un nuevo estado. Una computadora digital es un ejemplo de autómata.

Las reglas que gobiernan los cambios de estado, en tanto y en cuanto dependen del estado y del input constituyen un programa. Un programa junto con un conjunto de input, constituyen un conjunto de out-puts.

Teoría de los Conjuntos, Grafos y Redes³⁵³:

La teoría de los Grafos es por excelencia una teoría de estructuras. Toda situación consiste en un conjunto de elementos y un conjunto de relaciones entre ellos.

Más que una estructura geométrica, un grafo es una estructura topológica, ya que las distancias entre los puntos conectados no forman parte de su definición, que únicamente señala el hecho de que dos puntos se hallen o no conectados. El grafo que representa la estructura del sistema puede revelar algunas características más importantes, por ejemplo, una línea en las comunicaciones que, si se cortara, desconectaría el grafo. Las cuestiones referentes a la eficacia de una organización, a la vulnerabilidad de una red de comunicaciones giran con frecuencia alrededor de la existencia de estos elementos.

En cuanto a la Teoría de los conjuntos, podemos decir que las propiedades formales generales tanto de los sistemas cerrados como de los abiertos pueden ser axiomizadas en términos de esta teoría, de acuerdo con la cual se aplican los conceptos de las matemáticas clásicas (cálculo infinitesimal).

La Teoría de las redes está ligada a las anteriores teorías, es decir que el sistema consiste en subunidades con ciertas condiciones entre las cuales se dan procesos de transporte.

³⁵³ Ibidem

Las dificultades matemáticas se tornan prohibitivas en el caso de sistemas de cinco o más componentes.

Teoría del Control:

Esta teoría, que se inserta en el campo de la cibernética, se ocupa de las estructuras y funciones que determinan la estabilidad y el desarrollo de los sistemas dinámicos. En un primer momento, se ocupó de la estabilidad de sistemas relativamente simples, para ampliar luego su centro de atención hacia el estudio de los procesos adaptativos de los sistemas vivientes.

Teoría del Juego y la Decisión³⁵⁴ (von Neuman y Morgenstern):

Representa un enfoque diferente, pero puede aplicarse a las ciencias de sistemas por ocuparse del comportamiento de jugadores supuestamente racionales con el fin de obtener ganancias máximas y pérdidas mínimas, gracias a estrategias apropiadas contra otro jugador. Es decir que, en la teoría, se investigan las situaciones conflictivas de los juegos estratégicos con el auxilio de métodos matemáticos.

La Teoría del Juego puede explicarse como una teoría de conflictos y decisiones interpersonales. Se emplea en los procesos familiares y es consecuencia de la aplicación de los conceptos cibernéticos a estos procesos. En efecto, la familia es un sistema cuya conducta está determinada por las reglas familiares. Esta conducta puede compararse con un juego en el cual los miembros de la familia (jugadores) tratan de satisfacer sus necesidades individuales y alcanzar sus propias metas. La competencia que se entabla para procurarse cada uno lo que le interesa, puede terminar por generar conflictos. Cada uno de los miembros de la familia debe idear una estrategia a fin de ganar, o por lo menos reducir sus pérdidas al mínimo.

Por su parte, la Teoría de la Decisión es una teoría matemática que se ocupa de elección entre distintas posibilidades.

³⁵⁴ Ibidem

Teoría organísmica:

L. Von Bertalanffy estaba desconcertado ante vacíos evidentes que surgían en la investigación y en la teoría biológica, el esquema mecanicista de vías causales aislables le resultaba insuficiente. Por ello, abogó por una concepción organísmica en biología que hiciera hincapié en la consideración de un organismo como un todo o sistema, y viese el objeto principal de las ciencias biológicas en el descubrimiento de los principios de organización en sus diversos niveles (los primeros enunciados fueron en 1925/26). La aparición simultánea de ideas similares, independientes y en diferentes continentes, fue sintomática de una tendencia que, sin embargo, requería tiempo para ser aceptada.

Trató de dar forma a un programa organísmico en varios estudios sobre el metabolismo, el crecimiento y la biofísica del organismo. En conexión con los trabajos experimentales acerca del metabolismo y el crecimiento, por un lado y con esfuerzo por concretar el programa organísmico por otro, fue adelantada la *teoría de sistemas abiertos*, fundada en el hecho bastante trivial de que el organismo resulta ser uno de ellos (en aquel momento no había teoría al respecto). Estimaron que el organismo como tal no puede considerarse como un sistema en equilibrio, pero que sí se dan sistemas en equilibrio dentro del organismo. A su vez, el organismo no es un sistema cerrado, es decir donde no sale ni entra la materia; sino abierto, o sea donde hay importación, intercambio de materia.

Son muchos los campos de aplicación del modelo de sistema abierto. La teoría de estos sistemas abiertos conformaría, en principio, un hilo unificador capaz de combinar fenómenos diversos y heterogéneos bajo el mismo concepto general. Es decir que, detrás de estos hechos, se insinúan los rasgos principales de una generalización todavía más amplia. La teoría de los sistemas abiertos es parte de una teoría general de los sistemas.

Con la teoría general de los sistemas alcanzamos un nivel en el que no hablamos de entidades físicas y químicas, sino que se discuten totalidades de naturaleza completamente general.

Se ha visto que el modelo del organismo como sistema abierto tiene mucha importancia, ya que hasta el momento de su formulación existía un concepto predominantemente mecanicista de la naturaleza, de acuerdo con el cual los acontecimientos se descomponen en cadenas causales lineales, y se concibe el mundo como resultado de acontecimientos causales físicos y darwinianos (Einstein), en la reducción de

procesos biológicos a leyes conocidas por la naturaleza inanimada. Por el contrario, en la teoría de los sistemas abiertos se manifiestan principios de interacción entre múltiples variables, organización dinámica de los procesos y una posible expansión de las leyes físicas, teniendo en consideración el reino biológico. Estos adelantos forman parte de una nueva formulación de la visión científica del mundo.

Jorge Fernández Moya

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON, R y CARTER, I. (1994). *La conducta humana en el medio social*. Barcelona: Gedisa.
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS Y CIBERNÉTICA. “La Teoría General de los Sistemas y la Cibernética. Su significado teórico y práctico”. *Boletín de divulgación y difusión de la Sociedad*. (s/d).
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS Y CIBERNÉTICA. “Conceptos Básicos”. *Boletín de divulgación y difusión de la Sociedad*. (s/d).
- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS Y CIBERNÉTICA. “Manejos y Usos”. *Boletín de divulgación y difusión de la Sociedad*.
- BEAVERS W. (1977). *Psychotherapy and growth: A family systems perspective*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- BIKEL, R. (1982) “Las etapas de la vida familiar: transición y cambio”. *Revista de Terapia Familiar*, N° 9, Diciembre.
- BOSS, P. (2001) *Muertes ambiguas. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.
- CAPLOW, T. (1974) *Dos contra uno. Teoría de las coaliciones en las tríadas*. Madrid: Alianza.
- CASABIANCA, R. y HIRSCH, H. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un modelo de registro para la terapia del M.R.I.* Santa Fe: Centro de Publicaciones, Universidad del Litoral.

- CASABIANCA, R. (2000) “Nuevas organizaciones familiares: Introducción”. *Sistemas Familiares*. Año 16, N° 1, Marzo.
- DABAS, E. (1992-3) “Redes y cibernética, conversando con Marcelo Pakman”. *Perspectivas Sistémicas*. Año 5, N° 24, Diciembre / Febrero.
- DES CHAMPS, C. (1990) “¿Quién es quién en la familia de la terapia familiar?”. *Uno Mismo*. N° 80, v. 14, N°2, Febrero.
- DE SHAZER, S. (1986) *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Paidós.
- DE SHAZER, S. (1986) *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- DEVOTO, R. (2000) “Evolución de las organizaciones familiares”. *Sistemas Familiares*. Año 16, N° 1, Marzo.
- ELIZUR, J. y MINUCHIN S. (1991). *La locura y las instituciones. Familias, terapia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- FALLON, I.; BOYD, J. y MCGILL, C. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. Nueva York: Guilford Press.
- FALICOV, C. (1991) *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1984 – 1999) “Introducción a la terapia familiar”. Conferencia – taller, para Seminarios sobre ‘Familia y Psicoterapia familiar’”, presentados en San Juan, Bahía Blanca, San Luis, General Alvear y Mendoza.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. y LESCANO, E. (1982) “Las crisis evolutivas normales resueltas y no resueltas”. Trabajo presentado en las Segundas Jornadas Asistenciales Interdisciplinarias de Salud Mental. Primer Congreso Nacional. Buenos Aires 13 al 17 de Agosto 1982.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1987) “Abordaje sistémico de las crisis evolutivas familiares”. Seminario realizado en Córdoba, 11 y 12 de Septiembre de 1987.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. y LESCANO, E. (1985) “Las metáforas interaccionales: Su uso en el proceso terapéutico”. *Sistemas Familiares*. Año 1, Número 1, Buenos Aires, Agosto.

- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1991) “Estrategias e Intervención en la Construcción del Cambio. Las metáforas interaccionales”. II Jornadas Sistémicas de Intercambio Científico, Córdoba.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1995) “El empleo del silencio en la terapia”. *El Embrión*. Buenos Aires, N° 43, Noviembre.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (1998). *Los secretos en la familia*. Mendoza: Centro Privado de Psicoterapias.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (2000) “Crisis de cuidado. De la familia a la institución”. *Perspectivas Sistémicas*. Año 12, N° 61, Buenos Aires, Mayo – Junio.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (2003) “Cuando la consulta es por un duelo”. *Perspectivas Sistémicas* Año 15, N° 76 Buenos Aires, Mayo – Junio.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. (2004) *Después de la pérdida. Una propuesta sistémica estratégica para el abordaje de los duelos*. Mendoza: Ediciones Universidad del Aconcagua.
- FERNÁNDEZ MOYA, J. y colaboradores. “Eslabones. Una propuesta sistémica estratégica para el abordaje de la discapacidad múltiple en una Comunidad terapéutica”. (En proceso de edición)
- FIGUEROA, E. (1994) “Más allá de las modas”. *Sistemas Familiares*. Año 10, N° 2, Buenos Aires.
- FISCH, R.; WEAKLAND, J. y SEGAL, L. (1984) *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- FISHMAN, C. (1989) *Tratamiento de Adolescentes con Problemas*. Buenos Aires: Paidós.
- FISHMAN, C. (1990) *Terapia Estructural Intensiva*. Buenos Aires: Paidós.
- FRANCOIS, C. (1992). *Diccionario de Teoría General de los sistemas y Cibernética. Conceptos y términos*. Buenos Aires. GESI, Asociación Argentina de Teoría General de los Sistemas y Cibernética.
- GAGLIARDI, A. (1990) *Teoría General de los Sistemas*. Trabajo para la Cátedra de Tratamiento Psicológico.
- GOLDFARB, R. (1996) *Familia con padrastro y madrastra: El intento de imitar el modelo de familia nuclear*. Tesis de Licenciatura. Mendoza: Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- GRIMALT, M. (2004) *Mamás Adolescentes y Vulnerables*. Tesis de Licenciatura. Mendoza: Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.

- GUERIN, P. *Terapia familiar: los primeros veinticinco años*. (1979) Buenos Aires. Publicación interna CEFYP (Centro familia y pareja).
- GUERIN, P.; FOGERTY, T. y otros. (2000) *Triángulos relacionales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1970) “Terapia familiar. Un cambio radical.”. Conferencia *I Congreso Nacional de Terapia Familiar*, Buenos Aires: Sociedad Argentina de Terapia Familiar.
- HALEY, J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1980) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1987) *Terapia de ordalía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1988) “La terapia estratégica”. En ELKAIN, M. *Formaciones y prácticas en terapia familiar*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- HALEY, J. (1993) “Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas”. En BERGER, M. (comp.) *Mas allá del doble vínculo*. Buenos Aires: Paidós.
- HALEY, J. (1991) *Tácticas del poder de Jesucristo* (1º ed. ampliada). Buenos Aires: Paidós.
- HENDERSON GROTBORG, E. (2003) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- HIRSCH, H. y ROSARIOS, H. (1987) *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*. Buenos Aires: NADIR.
- HIRSCH, H. (1992) “¿Existe la vida después de la muerte? La moribunda revolución sistémica lega órganos vitales para el futuro de la terapia”. En *Integración en Psicoterapia*. Santiago de Chile: Cecidec.
- HIRSCH, H. (1998) “Efectividad en Psicoterapia”. *Sistemas Familiares*. Año 14, N° 3.
- HOFFMAN, L. (1987) *Fundamento de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- CANTOR, D. y LEHR, W. (1975) *Inside the family: Toward a theory of family process*. San Francisco: Jossey – Bass.
- KEENEY, B. (1979) “Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis”. *Family Process*. 18, 117 – 129.
- KEENEY, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.

- KOFFMAN, F. (2001) *Metamanagement. La nueva conciencia de los negocios*. Tomo I. Buenos Aires: Granica.
- KORNBLIT, A. (1984) *Somática familiar. Enfermedad Somática y familia*. Buenos Aires: Gedisa.
- JACKSON, D. (1977) "El problema de la homeostasis familiar". En: *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LAINING, R. (1974) *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica. México.
- LEXIS 22 VOX. (1976) "Diccionario enciclopédico". Barcelona: Círculo de lectores.
- LINARES, J. (1996) "Identidad y narrativa: una perspectiva individual de la interacción sistémica". En: SANTI, W. (comp.) *Herramientas para psicoterapeutas*. Buenos Aires: Paidós.
- MADANES, C. (1984) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MC GOLDRICK, M. y GERSON, R. (1987) *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- MINUCHIN, S. (1979) *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, C. (1984) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S. (1985) *Caleidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S. (1999) "Recortar, reimaginar y rebuscar la conversación continua". *Sistemas Familiares*. Año 15, N° 1. Buenos Aires, Marzo.
- MINUCHIN, S. (1997) "El salto a la complejidad. La supervisión en Terapia Familiar". *Sistemas Familiares*. Año 13, N° 3. Buenos Aires, Marzo.
- MINUCHIN, S. (1998) "¿Dónde está la familia en la terapia narrativa?". *Sistemas familiares*. Año 14, N° 3. Buenos Aires, Noviembre.
- MONTALVO, B. (1992) "Contemplando la escena general de la terapia de familia". *Sistemas Familiares*. Año 8, N°1, Buenos Aires, Abril.
- O' HANLON, W. y WEINER DAVIS, M. (1990) *En busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- O' HANLON, W. (1989). *Raíces profundas*. Buenos Aires: Paidós.

- OLSON, D.; PARTNE, J. Y LAYER. (2000) "Modelo circunplejo. FACE III". En Epstein, N.; Balfwin, L.; Mc Master, T. Model of Family Functioning – MMFF. Family Reserch Brown University. Traducción y adaptación, realizada en Paraná, Argentina. Apunte de Cátedra.
- PAPP, P. (1988) *El proceso del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- PERRONE, R. y NANNINI, M. (1997) *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- PEYRU, G. y BRUSCA, J. (1992) "Los derechos de los pacientes en psicoterapia". *Psicologías en Buenos Aires*. Año 1, N° 4, Marzo.
- PITTMAN III, F. (1990) *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- PITTMAN III, F. (1989) "Una teoría de la crisis familiar. Ideas del stress y de los obstáculos". *Sistemas Familiares*. Año 5, Número 1, Abril.
- PROCHASKA, J. y NORCROSS, J. (1994) "Systems of Psychotherapy". Avon Books. New Cork (Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza).
- RAVAZOLA, M. (1997) *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- RAVAZZOLA, M. (2001) "Resiliencias familiares". En: *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- REISS, D. (1981) *The familys' construction of reality*. Cambridge: Harvard University Press.
- ROBLES, T. (1991) *Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey Zeig*. México: Instituto Milton H. Erickson.
- RODRÍGUEZ CEBERIO, M.; DES CHAMPS, C. y otros. (1991) *Teoría y técnica de la psicoterapia Sistémica*. Buenos Aires: Nadir.
- ROSENBAUM, M. (1985) *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- RUESCH, J. y BATESON, G. (1984) *Comunicación, la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona. Paidós.
- SALGADO, M. *Comunicación personal*. Destacado terapeuta sistémico. Córdoba. 1994.
- SATIR, V. (1976) "Psicoterapia familiar conjunta". *La Prensa Médica*. México.

- SAVATER, F. (1991) *Ética para Amador*. Buenos Aires: Ariel.
- SELVINI PALAZZOLI, M; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G. (1986) *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- SHORTER, E. (1977) *El nacimiento de la familia moderna*. Buenos Aires: Crea.
- SIMON, F.; STIERLIN, H.; WYNNE, L. (1988) *Vocabulario de la terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- SLUZKI, C. (comp.) (1974) *Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. (2º ed.). Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- SLUZKI, C. (1980) "Migración y conflicto". *Terapia Familiar*. Año 3, N° 6. Diciembre.
- SLUZKI, C. (1990) "Disrupción de la red y reconstrucción de la red en el proceso de migración". *Sistemas Familiares*. Año 6, N° 2. Agosto.
- SLUZKI, C. (1998) *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- SLUZKI, C. (1999). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- SLUZKI, C. (1999) "En busca de la familia perdida: una nota al pie para el ensayo de Minuchin". *Sistemas Familiares*. Año 15, N° 1. Marzo.
- STANTON, D. (1986) "Una reseña de los abordajes comprensivo/estratégico". *Sistemas familiares*. Año 2, N° 1. Abril.
- TORRADO, S. (2003) *Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870 – 2000)*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- UMBARGER, C. (1983) *Terapia estructural familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- VAUGHN, C. y LEFF, J. (1976). "The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness". *British Journal of Psychiatry*. 129, 125-137.
- VON BERTALANFFY, L.; ROSS A., W.; WEINBERG, G; (1978) *Tendencias en la Teoría General de los Sistemas*. Madrid: Alianza.
- WALSH, F. (1998) "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío". *Sistemas familiares*. Año 14, N° 1. Buenos Aires, marzo.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1981) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J. y FISH, R. (1976) *Cambio*. Barcelona: Herder.
- WATZLAWICK, P. (1984) *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Herder.
- WEAKLAND, J.; FISH, R.; WATZLAWICK, P. y BODIN, A. (1974) “Brief Therapy: Focused problem resolution”. *Family Process*, 13: 141 – 168.
- WETLEY, W. y EPSTEIN, N. (1969) *The silent majority*. San Francisco: Jossey – Bass.
- WHERTEIM, E. (1973) “Family unit therapy and the science and typology of family systems” *Family Process*, 12 361 – 376.
- WHITE, M. y EPSTON, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- WYNNE, L. y WYNNE, A. (1986). “The quest for intimacy”. *Journal of Marital and Family Therapy*. 12: 383-394.
- WYNNE, L. (1984) “The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development”. *Family Process*, 23: 297-318.
- WYNNE, L. (1989) “A preliminary proposal for strengthening the multiaxial approach of DSM – III: Possible family oriented revisions”. En TISCHLER, G. (comp.): *Diagnosis and classification in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- YALOM, I. (2002) *El don de la terapia. Carta abierta a una nueva generación de terapeutas y sus pacientes*. Buenos Aires: Emecé.
- YAPKO, M. (1997) *Breaking the patterns of depression*. Nueva York: Doubleday.
- ZEIGG, J. (1985). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ÁLVAREZ, Zinadela y MARTÍN, María Eugenia. “Una aproximación cuantitativa a la realidad de los jóvenes mendocinos”. En: APELLIDO, Nombre. Los jóvenes hoy ¿Crisis de edad o de época?. Mendoza: Asociación EcuMénica de Cuyo, 2000.

Videos

"Adriana, alfajores, chocolates, y nada" (1972) Centro Privado de Psicoterapias. Buenos Aires.

"Marta y el Pulpo" (1992). Centro Privado de Psicoterapias. Buenos Aires.

"El poder del silencio" (1996). Centro Privado de Psicoterapias, Buenos Aires.

"Paradigmas". Joe Baker.

"Roberto". (2002) Centro Privado de Psicoterapias. Mendoza.

"David" (1993). Centro Privado de Psicoterapias. Mendoza.

PALABRAS FINALES

Palabras Finales de la Primera Edición

Recuerdo haber comenzado con una frase que decía: “sembramos, en algún lugar nos alcanzará la lluvia”.

Luego de la crítica que el lector pueda hacer de este trabajo, en cualquiera de sus formas, deseo que sepan que será bien aceptada.

Porque “las patadas en el trasero también empujan para adelante”.

Palabras finales de la Segunda Edición

Muchas, muchas gracias. Dolieron, pero han permitido mejorar el trabajo.