

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

TERAPIA FAMILIAR

Epoca II, Volumen II - 2º/3er. trimestre 1991



6/7



REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, LEONOR PANTINAT GINÉ,
RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, PEDRO GALIANA
VILLA, MAR GOMEZ MASANA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO
PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ.

Secretaria de Redacción: MARI CARMEN CUENCA GOMEZ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA
ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CARO GABALDA, LORETTA CORNEJO
PAROLINI, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI
LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS
MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO
MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME
SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.A.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen II - Nº 6-7 - 2º /3er. trimestre 1991

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Más... Tres Ediciones, S.C.P.

Ave. Rep. Argentina, 225, 6º 1ª, Tel.: 418 28 67, Fax: 417 52 35, 08023-BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA,

Verntallat 15. 08024 Barcelona. Tel.: (93) 217 05 55

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.800 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LA RENOVACION EPISTEMOLOGICA ACTUAL DE LA PSICOTERAPIA SISTEMICA: REPERCUSIONES EN LA TEORIA Y EN LA PRACTICA .	5
Luigi Onnis	
EL MODELO TERAPEUTICO SISTEMICO: UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA	17
Valeria Ugazio	
LOS SISTEMAS HUMANOS COMO SISTEMAS LINGÜISTICOS: IMPLICACIONES PARA LA TEORIA CLINICA Y LA TERAPIA FAMILIAR	41
Harlene Anderson y Harold A. Goolishian	
PSICOLOGIA DE LOS CONSTRUCTOS FAMILIARES	73
Harry Procter	
DEL INDIVIDUO AL SISTEMA: LA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA COMO MARCO INTEGRADOR	91
Guillem Feixas	
TEORIA GENERAL DE SISTEMAS Y PSICOLOGIA HUMANISTA: UNA APROXIMACION	121
Stanley Krippner, James Rutterman, Suzane R. Engelman y Dennis L. Granger	
INTERVENCION EN GRUPOS SOCIALES	139
José Navarro Góngora	

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA

Desde 1981 RPPH es un importante medio de difusión del movimiento humanista. Las monografías de RPPH constituyen una inapreciable sistematización y actualización para el profesional y el estudiante.

Números aún disponibles:

Núm.	9	Psicodrama	500	pts.
Núm.	10	Enfoque centrado en la persona	500	pts.
Núm.	11	Terapias no verbales	500	pts.
Núm.	12	Terapia familiar en la asistencia pública	600	pts.
Núm.	13	Educación y Psicología Humanista	600	pts.
Núm.	16	El Análisis Transaccional después de Berne	600	pts.
Núm.	17	Nuevas aportaciones al enfoque centrado en la persona	600	pts.
Núm.	18	Psicología del Deporte	600	pts.
Núms.	19/20	Personalidad: Nuevas aportaciones	1.000	pts.
Núm.	21	Marginación e intervención social	700	pts.
Núm.	22	Práctica y teoría psicósomática	700	pts.
Núms.	23/24	Procedimientos de Intervención Psicoterapéutica	1.200	pts.
Núm.	25	Psicoterapia Existencial	700	pts.
Núm.	26	La Psicología de los Constructos Personales	750	pts.
Núms.	27/28	Empatía: Procesos de escucha y comprensión en la interacción humana	1.300	pts.

OFERTA: 30% de descuento, para todos los que soliciten un lote mínimo de 3 números.

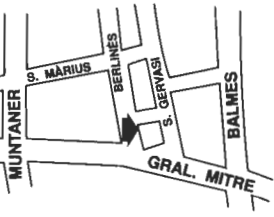
Pueden solicitarse los números atrasados disponibles adjuntando su importe mediante cheque nominativo (NO giro postal) a:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista
Apartado 90.097
08080 BARCELONA



- Importació de llibres
- Comptes de client
- Sala de conferències
- Informació bibliogràfica
- Butlletins de novetats

Ferrocarrils
Generalitat:
Putxet
Bus: 16
17
58
64
74



PSICOLOGIA i PSICOANÀLISI

Berlinès, 20 08022-BARCELONA

EDITORIAL

Dedicamos este número monográfico doble al tema de la Terapia Familiar, objeto de interés creciente, en la actualidad, tanto en el sector público como privado. Cada vez son más los cursos de formación para psicoterapeutas o los servicios de asistencia psiquiátrica que tienen como objeto y fuente de inspiración la Terapia Familiar.

En los primeros tiempos la Terapia Familiar se dio a conocer sobre todo en relación al estudio de la comunicación en las familias esquizofrénicas. Posteriormente se fue extendiendo a todo tipo de patologías y de situaciones familiares. En sus primeros planteamientos la Terapia Familiar encerraba ya las virtualidades de desarrollo posterior que han llevado a una profunda reconsideración tanto de las bases epistemológicas como del quehacer terapéutico en general. De modo que, en la actualidad, lo que más nos atrae del modelo es su capacidad para superarse a sí mismo y abrir un debate que afecta no sólo a la comunidad de los terapeutas familiares, sino que se extiende a todo el campo de la terapia, independientemente de su ámbito de intervención o de su adscripción ideológica.

Inicialmente, y probablemente de un modo abusivo, se identificó Terapia Familiar con el modelo sistémico. Esto no sólo constituía una injusticia en relación a otras escuelas terapéuticas que venían trabajando ya en este ámbito, sino que, lo que es más grave, limitó innecesariamente el alcance de la revolución epistemológica que suponía la Teoría General de Sistemas. Por otra parte, una lectura excesivamente pragmática del modelo y obstinadamente reductiva, derivada de la concepción homeostática característica de la cibernética de primer orden, la mantenía en una especie de isla conceptual, difícilmente compartible con el resto de la comunidad psicológica clínica y científica. En efecto, los sistemas y las estructuras, suplantaban a los individuos como sujetos: no había significados personales, ni sociales, ni procesos de cambio emocional o cognitivo; todo se limitaba a prescripciones o intervenciones casi mágicas de "magos sin magia" que actuaban sobre la "caja negra" de los sistemas con la varita de "rituales, prescripciones o reformulaciones", basadas, en último término, sobre un principio de autoridad mágica, también.

Todo esto ha dado un giro de 180 grados en esta última década. El modelo sistémico (propongo no utilizar más el término Terapia Familiar para no continuar confundiendo los planos epistemológico y aplicado) ha cumplido una labor de autocritica que, desde fuera, nos parece ejemplar. La segunda cibernética defiende una concepción autopoyética del ser humano y de los sistemas en general, movida por mecanismos que trascienden las puras funciones retroactivas de las tendencias conservadoras propias de cualquier organismo, lanzada

a la actividad de autodesarrollo de sistemas abiertos en constante evolución.

Este es el denominador común que podemos descubrir en los artículos que forman la presente monografía. Desde posturas más o menos radicales, todos coinciden en señalar este cambio epistemológico y esta nueva dirección. Todos poseen, igualmente, a nuestro juicio, un enorme interés teórico y terapéutico. El orden en que se presentan obedecen únicamente a un criterio propedéutico. El artículo de Luigi Onnis aparece en primer lugar por constituir una introducción excelente, de fácil lectura tanto para los iniciados, como para los no iniciados, que sitúa admirablemente el origen de una crisis y el sentido de su superación.

Sigue un documentadísimo trabajo de Valeria Ugazio que profundiza en las raíces históricas de esta crisis, y ejemplifica modélicamente los cambios que se han producido estos últimos años en el campo de la Terapia Familiar Sistémica con la adopción del punto de vista del constructivismo social.

El tercer artículo, resultado del trabajo conjunto de Anderson y Goolishian, lleva hasta sus últimas consecuencias las propuestas derivadas del cambio de epistemología experimentado en las ciencias sociales, entendiendo los sistemas humanos, no como resultado de una organización preexistente, sino de significados compartidos en un proceso constante de construcción.

Los dos últimos trabajos que configuran la monografía, aun manteniéndose en la línea de revisión crítica de los primeros, tienen un carácter más aplicado a las modalidades de intervención familiar. El artículo de Harry Procter desarrolla de un modo altamente original la aplicación de la Teoría de los Constructos Personales de Kelly al ámbito de la Terapia Familiar y propone incluso dos nuevos corolarios, adecuados a la especificidad del fenómeno de la construcción familiar. Guillem Feixas, en una línea parecida a la de Procter y dentro de la tónica general del resto de los artículos desarrolla procedimientos específicos de intervención terapéutica, que presentan un notable interés terapéutico y práctico.

Un último artículo, escrito por Stanley Krippner y colaboradores pone de relieve la existencia de paralelismos entre Teoría General de Sistemas y Psicología Humanista, dos movimientos que surgieron en la misma época, como respuesta al reduccionismo en psicología, pero que sufrieron suerte diversa con momentos de esplendor no coincidentes en el tiempo, pero que han dejado huellas profundas en el desarrollo de las terapias modernas. El artículo constituye, a su vez, una síntesis de algunos de los conceptos fundamentales de ambos enfoques terapéuticos.

Fuera ya del bloque monográfico, aunque coherente con su temática hemos incluido un documentadísimo trabajo de José Navarro Góngora sobre las Redes de Apoyo Social, que tiene el mérito de informar y sistematizar sobre un campo poco conocido y explorado entre nosotros.

LA RENOVACION EPISTEMOLOGICA ACTUAL DE LA PSICOTERAPIA SISTEMICA: REPERCUSIONES EN LA TEORIA Y EN LA PRACTICA

Luigi Onnis

Istituto di Psichiatria dell'Università di Roma

This article reviews those profound changes that the field of Family Therapy has experienced since its birth. The nucleus of these changes is best found in the transition from the epistemology of construction, and from the epistemology of auto-observant systems. The implications of this conceptual displacement for the practice of Family Therapy is also discussed, as is the influential role that this new perspective will undoubtedly have on the entire field on psychotherapy.

Introducción

La psicoterapia sistémica está atravesando actualmente una fase importante de revisión y de enriquecimiento conceptual, que por otra parte se da, a mi juicio, en todo el campo de la psicoterapia.

Me parece que este saludable proceso de renovación se debe atribuir, en general, no sólo a la creciente expansión de la demanda de psicoterapia, con la gama articulada de respuestas que requiere; sino también a una fecunda reconsideración epistemológica en psicoterapia, que se debe entender sobre todo como operación “reflexiva”, que busca los nexos y las correlaciones entre las prácticas terapéuticas y las teorías que las inspiran.

Respecto a la Terapia Sistémica, en concreto, no cabe duda de que el encuentro con los paradigmas evolutivos, por una parte, y con la óptica de la complejidad, por otra, como precisaré más adelante, ha llevado a una saludable puesta en cuestión de algunos presupuestos conceptuales.

El objetivo de este artículo es el de intentar definir las líneas esenciales de esta revisión crítica en curso en el campo sistémico y, al mismo tiempo, precisar las inevitables influencias que esta renovación de la teoría ejerce en las prácticas

terapéuticas.

Sin embargo, creo que este proceso de evolución del modelo sistémico en psicoterapia es más fácil de comprender, llevando a cabo una breve reconstrucción histórica del nacimiento y de los primeros desarrollos de esta vertiente psicoterapéutica.

Las primeras formulaciones sistémicas y la influencia de Bateson

La Teoría General de Sistemas nace de la crisis del modelo mecanicista, de origen cartesiano y newtoniano, es decir de un rígido modelo causa-efecto que procede a través sucesivas exploraciones analíticas de los objetos sometidos a examen, fragmentándolos en sus componentes constitutivos, observados aisladamente y buscando después entre éstos relaciones de causalidad lineal. La inadecuación de tal modelo se hace evidente por que, como escribe Bertalanffy (1971) "en diversos sectores científicos aparecen problemas concernientes a la totalidad, la interacción dinámica, la organización. En el ámbito de la relación de Heisenberg y de la mecánica de los cuantos no es posible reducir los fenómenos a eventos locales; aparecen problemas de orden y de organización tanto al tratar la estructura de los átomos o de la arquitectura de las proteínas, como de fenómenos de interacción en termodinámica, o al afrontar los problemas de la biología moderna".

Con mayor razón el modelo mecanicista aparecía insuficiente a la hora de afrontar el estudio del comportamiento humano y de los procesos mentales a los que la aplicación de los conceptos sistémicos parecía poder dar una clarificación más útil.

Bateson y su grupo originario de investigadores se prepararon para esta empresa al inicio de los años 50, afrontando el campo delicado de la psicopatología de la esquizofrenia, proponiendo, con el auxilio de nuevos instrumentos conceptuales, una visión profundamente innovadora.

El modelo sistémico que Bateson va progresivamente elaborando en consonancia con estos estudios durante el decenio de los 50-60, se funda esencialmente sobre tres temas:

a) el primero consiste en la consideración del individuo como un sistema abierto, capaz de autorregulación, en intercambio continuo con el ambiente, de modo que la unidad de estudio (y enseguida Bateson dirá también "**la unidad de supervivencia**") no es ya el individuo aislado, sino el individuo "**más**" el ambiente.

b) el segundo consiste en el hecho de que el intercambio que se produce entre el individuo y su contexto no es un intercambio de energía, sino de información, lo que implica en consecuencia, la norma de "**retroacción**" y, por tanto, de circularidad; el estudio de los comportamientos humanos se asimila al de la comunicación y, a la luz de esta orientación, se formula la hipótesis de que los propios comportamientos sintomáticos, son comportamientos comunicativos adecuados y coherentes con las particulares modalidades interactivas del contexto en el que aparecen.

c) el tercer tema, que es, sin duda, uno de los más significativos, es la concepción de los procesos mentales que Bateson va progresivamente elaborando. Para Bateson la “**mente**”, a diferencia de cuanto sostenía la dicotomía cartesiana tradicional, no se puede separar del soma, sino que se identifica con la misma dinámica de la auto-organización sistémica, expresando, así, la organización de todas las funciones y asumiendo el carácter de *meta-función* que, a niveles de complejidad superior, adquiere la típica cualidad no espacial y no temporal que nosotros atribuimos a la mente tradicionalmente entendida. Además Bateson en esta concepción de lo “**mental**” da otro paso: la mente no es totalmente identificable con el individuo sino que se extiende a vías y mensajes que conectan individuo y ambiente, dada su inseparable correlación. En esta visión sistémica que se convierte realmente en “**ecológica**”, el organismo no se adapta a un ambiente dado, sino que individuo y ambiente coevolucionan.

Lo que es esencial subrayar de este modelo sistémico originario, desarrollado por Bateson, es la relevancia de la atención y la importancia que otorga a los procesos mentales. Tanto que el distanciamiento respecto al psicoanálisis no vino determinado por el hecho de que éste fuese considerado una teoría intrapsíquica o de lo mental, sino, más bien, por el hecho de que el modelo psicoanalítico todavía se refería a conceptos energéticos, más bien que a los de la información.

Pero las primeras aplicaciones del modelo sistémico a la terapia, que se dieron a principios de los años 60 y en adelante, tergiversaron esta original inspiración batesoniana. Estas, asimilando reductivamente la teoría sistémica a la cibernética de primer orden, condujeron a la elaboración de un modelo fuertemente centrado en los conceptos de “**auto-corrección**” y de “**homeostasis**”, más que de potencialidad evolutiva; a la “**pragmática**” de las interacciones observables más que a la “**semántica**” de las comunicaciones y por ello a la complejidad de los significados y de lo que hay de más propiamente “**mental**” en los individuos y en los sistemas humanos; a la posibilidad de que el terapeuta diese del sistema tratado una descripción “**objetiva**”, más que a la inevitabilidad de una interacción co-participativa entre el terapeuta y el sistema mismo.

Esta orientación, que encuentra su expresión, por ejemplo en “**La pragmática della comunicazione umana**” (Watzlawick et al., 1971), y en los autores que se basan en ella que aunque ha conseguido a menudo excelentes resultados terapéuticos, propone una epistemología sistémica decididamente reductiva y todavía notablemente influenciada, como veremos mejor más adelante, por el modelo mecanicista.

Es justamente esta epistemología la que, recientemente (sobre todo en la última década), ha sido sometida a una importante revisión, como he comentado más arriba, en base a ideas fruto de investigaciones llevadas a cabo en campos ajenos a la psicoterapia o a las ciencias del comportamiento, como la física, la química o la biología, reponiendo así, por un lado, la existencia de isomorfismos entre

sistemas diversos (en el sentido de Bertalanffy) y estimulando por otro una fecunda integración entre los varios campos del saber científico. Una integración interdisciplinar que no autoriza recaídas en homologaciones reduccionísticas de sistemas y fenómenos diferentes, sino que nace más bien, esta vez, bajo la insignia del reconocimiento de realidad “**compleja**” y tiende por ello a configurarse como “**ciencia de la complejidad**”.

Dos son los aspectos esenciales de esta revisión epistemológica:

- El reconocimiento y la valoración en los sistemas no sólo de tendencias al mantenimiento del equilibrio, sino también de potencialidades evolutivas hacia direcciones a menudo del todo imprevisibles.

- La imposibilidad de mantener una distinción rígida, cuando se afronta el problema de la relación terapéutica, entre observador y observado, entre terapeuta y sistema a tratar, por el hecho de que, desde el momento en el que interaccionan, observador y observado no pueden más que ser “**recíprocamente observantes**” y por ello constituir, en su complejidad, un sistema terapéutico “**auto-observante**”.

Los pasos fundamentales que caracterizan la revisión de la epistemología sistémica actualmente en curso son, entonces, en particular, dos:

* el paso de un modelo homeostático a un modelo evolutivo

* el paso de un modelo de los sistemas “**observados**” a un modelo de los sistemas “**observantes**” o “**auto-observantes**”

Es posible, con ello, señalar los rasgos esenciales de estos pasos epistemológicos y definir las implicaciones en terapia.

Del modelo homeostático al modelo evolutivo

El modelo homeostático estuvo influenciado seguramente por el hecho de que los primeros terapeutas familiares que intentaron aplicar las teorías sistémicas a los sistemas humanos, en particular el grupo paloaltiano de la “**Pragmática**”, de Jackson y Watzlawick (1971), se encontraron trabajando con familias gravemente disfuncionales, que presentaban una serie de manifestaciones patológicas a cargo de uno o más miembros. Tales familias aparecían como sistemas dotados de auto-regulación con una tendencia prevalente a neutralizar, a través de retro-acciones negativas, cada modificación de la propia homeostasis, tanto que cada comportamiento de los miembros del sistema, empezando por el síntoma del paciente designado, parecía cooperar a este objetivo.

En esta concepción, que enfatiza los aspectos homeostáticos de los sistemas y del síntoma y parece olvidarse de las posibilidades evolutivas, se nota sobre todo la influencia del cuadro conceptual de referencia, que es todavía la “**primera cibernética**”, es decir la cibernética que estudia las máquinas dotadas exclusivamente de capacidad de auto-corrección de cada desviación del equilibrio, a través de mecanismos de feed-back negativo. Pero en la descripción de los sistemas humanos como circuitos de retroacción negativa, repetitivos e inmutables (descripción que por otra

parte contrasta con la misma visión bertalanffiana del hombre como “**sistema activo de personalidad**”) se pierde sobre todo un aspecto fundamental: la dimensión del tiempo. El sistema es siempre igual a si mismo y por tanto es un sistema sin historia.

No es difícil comprender, a partir de estas consideraciones, cómo este modelo presenta todavía múltiples puntos de contacto con el modelo mecanicista: a pesar de que presupuestos epistemológicos indudablemente diferentes unen el síntoma circularmente a los comportamientos de los otros miembros de la familia, continúa siendo el elemento de estabilización de la patología sistémica y, por ello, esencialmente expresión de patología; la dinámica del sistema se valora sobre todo como juego interactivo de “inputs” y de “outputs”, todavía muy semejantes a los complejos estímulo-respuesta del conductismo clásico, en los que se pierden (o se ponen entre paréntesis en la llamada *caja negra*) valores y significados y todos los elementos de elaboración que, entre “input” y “output”, son *internos* al sistema; el terapeuta finalmente, en su pretendida posición distanciada y *neutral*, continúa considerando el sistema como *objeto* de observación, arriesgándose a reificarlo precisamente en el único dato aparentemente observable: la interacción en el presente, en la que parecen disolverse pasado y futuro.

Este modelo homeostático está hoy ampliamente superado en la terapia sistémica por una significativa modificación epistemológica, provocada por la referencia a nuevos paradigmas, paradigmas evolutivos que han consentido la definición de un modelo evolutivo. Si ya Maruyama (1968) con sus conceptos de “morfoestasis” y “morfogénesis”, había subrayado la tendencia sistémica no sólo a mantener, sino también a “cambiar” la propia forma, creo que los estudios que mayormente contribuyen a la elaboración de un modelo evolutivo son los de Prigogine sobre la termodinámica del no-equilibrio, aunque provenientes de un campo lejano al de la psicoterapia.

Según Prigogine (1981-1982), el equilibrio de un sistema no está nunca estático, sino permanentemente dinámico, expuesto a oscilaciones o “fluctuaciones” (por esta razón Prigogine habla de “sistemas alejados del equilibrio”). Si por efecto de perturbaciones internas o externas al sistema, estas fluctuaciones se amplifican suficientemente, el sistema llega a una fase crítica definida “bifurcación”, más allá de la cual puede dirigirse a un cambio de estado, hacia direcciones y salidas que no son a priori predecibles. Esta tendencia evolutiva se mantiene por una continua interacción circular de feed-back negativos y positivos que garantiza la posibilidad de desarrollo del sistema: se habla por ello de “feed-back evolutivo” que indica significativamente que un sistema no es nunca igual a si mismo.

Un primer aspecto importante de esta concepción está en el hecho de que ésta reintroduce en el sistema la dimensión tiempo: existe, como dice Prigogine con un expresión feliz, una “flecha del tiempo” que indica la dirección evolutiva del sistema y determina su “irreversibilidad”. Ello significa también que entonces adquiere de nuevo pleno relieve la historia del sistema que, entre redundancias y diferencias en

sus interrelaciones, aunque nunca idénticas a sí mismas, señala su desarrollo en el tiempo. Las implicaciones que estas nuevas premisas epistemológicas tienen para el proceso terapéutico son particularmente significativas y limpian el terreno, a mi parecer, de los residuos mecanicistas que el modelo homeostático parecía contener todavía.

Ante todo el síntoma ya no se considera como elemento que tiende al refuerzo de la homeostasis patológica del sistema, sino como momento de extrema inestabilidad del sistema mismo, punto de “bifurcación”, para retomar la terminología tan significativa de Prigogine, más allá del cual se pueden dar diversas direcciones y por ello también la evolución hacia niveles más maduros de desarrollo (piénsese en la importancia de saber unir, especialmente en las situaciones agudas de malestar, en las “crisis”, estas potencialidades evolutivas que el sufrimiento encierra y oscuramente expresa).

En segundo lugar la reintroducción en el sistema de la dimensión diacrónica del tiempo, no sólo restituye la pertenencia a una historia (rehistoriando el sufrimiento mismo), sino que recupera el valor del pasado: no a través del retorno a una concepción causalística elemental que propone que el pasado “causa” el presente, sino más bien en el sentido de que el pasado “está” en el presente y continúa viviendo en el presente. Continúa viviendo a través de los mitos, los fantasmas, los conjuntos unitarios de valores y de significados que caracterizan la imagen (o la “representación”) que el sistema familiar tiene de sí mismo, y que, por ello, poseen y deben ser indagados o buscados.

¿Es un intento de comenzar a escudriñar dentro de aquella “caja negra” que el modelo homeostático consideraba como irrelevante o insondable?. Tal vez. Constituye, sin duda, un intento de recuperar aquella multidimensionalidad del proceso mental, que, como se ha visto, inspiraba la concepción batesoniana.

De los sistemas “observados” a los sistemas “observantes” (o “auto-observantes”)

El segundo paso epistemológico que se está dando actualmente en el campo sistémico es probablemente más problemático que el primero, porque toca más de cerca la relación terapéutica e invierte la posición misma del terapeuta en el proceso terapéutico.

Procede de la crítica de la concepción mecanicista, de origen empirista, que propone la posibilidad de un observador externo, separado y neutral, respecto al objeto observado (el cual, en consecuencia, puede ser “objetivamente” descrito justamente en función de esta separación).

Esta concepción, insostenible actualmente en el sector de las ciencias físico-químicas, en las que está muy claro que el observador influencia el campo de observación, no podía, con mayor razón, no ser criticable en un sector que implica tan directamente la relación interpersonal como es el proceso terapéutico.

También en referencia a este tema debe considerarse a Bateson un precursor

y un inspirador; ya en una de sus primeras obras del inicio de los años 50 (“La matriz social de la psiquiatría”) habla de la psiquiatría como de una “ciencia reflexiva”. Sucesivamente la así llamada “cibernética de segundo orden”, por usar la terminología de Von Foester (1974), y los estudios biológicos de Maturana y Varela (1980) sobre la auto-referencialidad de los sistemas, explicitan de modo directo la “circularidad constructiva” entre observador y sistema observado. Dado que el terapeuta es inevitablemente partícipe de la propia observación, se sigue por lo que hace referencia a la terapia, que el sistema terapéutico, es a todos los efectos, un sistema “auto-observante” y “auto-referencial”.

En realidad el terapeuta entra a formar parte del sistema que observa en el momento mismo en que comienza a observarlo, y por otra parte y paradójicamente, no podría conocerlo si no formara parte de él. De aquí que la representación que el terapeuta ofrece del sistema no podrá nunca ser del todo objetiva, en cuanto contribuye él mismo a “construir” la realidad descrita.

Este paso de una epistemología de la representación a una epistemología de la construcción, de una epistemología de los sistemas observados a una epistemología de los sistemas auto-observantes implica, al menos, dos importantes consecuencias:

- * la primera hace referencia a la esfera cognoscitiva: abandonado el mito de la neutralidad y de la separación (todavía tan presente en los modelos referentes a la primera cibernética) el terapeuta abandona también la pretensión de un conocimiento objetivo de la realidad terapéutica entendida como “verdad absoluta”;

- * la segunda consecuencia se refiere más directamente al proceso terapéutico: al perder el terapeuta su posición de distancia y de “extrañamiento”, debe también renunciar a la pretensión de controlar el proceso terapéutico y de prever las salidas. Su función es sobre todo la de introducir en el sistema elementos de mayor complejidad, de acrecentar las posibilidades de elección respecto a la visión unívoca y estereotipada que el sistema tiene de la propia realidad, de modo que pueda reconsiderarla y poner en marcha el proceso evolutivo. Pero será el sistema mismo el que “creará” las formas y las direcciones, del todo imprevisibles, del propio cambio, convirtiéndose, en última instancia en el “artífice de la propia curación” (por usar una expresión de Bateson, 1984).

La renovación de las prácticas terapéuticas

Como resulta fácil de comprender, esta profunda evolución teórico-epistemológica que se da hoy en el campo sistémico, tiene repercusiones importantes también en las prácticas terapéuticas, promovándose una renovación significativa.

Un aspecto que considero particularmente apasionante para quien se ocupa de terapia sistémica, es justamente el de vivir hoy una fase muy creativa en la que, manteniendo, obviamente, estables una serie de reglas codificadas concernientes al setting y la relación terapéutica, se asiste, sin embargo, a una rica elaboración y

experimentación de nuevas modalidades de trabajo y de nuevas técnicas terapéuticas.

Retomando los dos pasos fundamentales que caracterizan la evolución de la teoría sistémica, intentaré ahora, de modo necesariamente muy sintético, poner de manifiesto las influencias esenciales en la renovación de la práctica terapéutica:

a) la tendencia a desplazar la atención de la pragmática de la interacción observable a un plano que podríamos llamar de los “mitos” familiares, reconstruyendo el recorrido histórico y, por tanto, reintegrando en el sistema la dimensión de la temporalidad, ha introducido en el trabajo terapéutico una articulación de niveles más compleja, correlacionados circularmente entre ellos.

Así en el nivel sincrónico de los comportamientos expresados en el aquí y el ahora se correlaciona el nivel diacrónico de la historia y de sus significados; en la fenomenología de las interacciones actuales se asocia la exploración de la imagen o de la “representación simbólica” que la familia tiene de si misma.

No en vano Caillé (1985) habla de “nivel fenomenológico” y de “nivel mítico”, como de planos que se implican recíprocamente y que, como en un juego de espejos se reflejan el uno en el otro; no en vano tampoco Elkaim (1983) habla de “singularidad”, es decir, de aquellos elementos míticos que caracterizan las especificidades de cada sistema familiar respecto a los demás.

Pero para la exploración del nivel mítico, este complejo de valores compartidos, habitualmente totalmente implícitos, sobre los que los miembros de la familia fundan su *pertenencia* sistémica, es útil, a menudo, asociar la función de la mirada al poder evocativo de la palabra. La valoración de niveles de comunicación no verbal, de expresión analógica, a través del uso de técnicas (como la escultura familiar) que tienen muchos puntos de contacto con técnicas de origen psicodramático (ver Caillé, 1985; Onnis, 1988; Onnis, 1990; Onnis et al., 1980).

Otro aspecto importante se refiere a la atención particular que se reserva en la práctica actual de la terapia familiar a las *especificidades individuales*; aparece aquí una ulterior y esencial correlación entre otros dos niveles: entre identidad individual y pertenencia sistémica a la que los miembros individuales están ligados por vínculos de lealtad a menudo totalmente ocultos, y por ello más poderosos todavía, que Boszormenyi-Nagy (1988) llama “lealtades invisibles”; entre cada individuo con su subjetividad, sus vivencias y sus reacciones emocionales y su familia con su organización y sus mitos; entre mundo interno, por tanto, y mundo externo.

Esta atención especial, dirigida a las subjetividades individuales se refleja no sólo en las modalidades de conducción del trabajo terapéutico sino también en la misma organización del setting, con sesiones reservadas a miembros en concreto de la familia (como por ejemplo en el actual método de trabajo de Mara Selvini Palazzoli et. al., 1988) o con procesos terapéuticos paralelos, el uno de terapia familiar con la familia y el paciente, el otro de terapia individual con el paciente solo, como a mi mismo se me ha ocurrido experimentar con buenos resultados en

situaciones de tipo psicótico seguidas en ámbito público (Ver Onnis et al., 1988).

Esta flexibilidad del setting que, como puede verse, constituye, indudablemente, un recurso importante en el acrecentamiento de las potencialidades del trabajo terapéutico, se puede llevar a cabo con más facilidad en terapia familiar a través de la presencia de al menos dos figuras terapéuticas colocándose éstas en las posiciones supervisor/terapeuta - o en la de co-terapeutas. En ambos casos resulta posible una distribución articulada del espacio terapéutico con una conducción paralela o alterna de sesiones familiares e individuales, sin que esto lleve nunca a una pérdida de unidad de la pareja terapéutica de referencia y, por tanto, del proceso terapéutico mismo.

b) Si tomamos ahora en consideración el segundo de los pasos que caracteriza a la actual evolución de la teoría sistémica y por ello la integración del observador en el propio campo de observación, también este paso tiene implicaciones significativas para la práctica psicoterapéutica.

Si el terapeuta abandona, como se ha apuntado, su posición de extrañamiento y de neutralidad, debe abandonar también la pretensión de controlar y de programar el proceso terapéutico, de prever sus desarrollos y salidas. De aquí por qué actitudes o técnicas de tipo "instructivo" o prescriptivo se deben sustituir por otras de tipo "dialógico" que proponen más que nada redefiniciones de la situación, es decir visiones alternativas de la realidad respecto a la estereotipia compartida por el sistema familiar, reactivándose las potencialidades autónomas creativas (ver Onnis, 1990; Onnis et al., 1991). Desde esta perspectiva tanto la pluralidad de figuras terapéuticas involucradas en la terapia familiar como la pareja terapéutica establemente presente en la co-terapia, representan un recurso importante pudiéndose por ejemplo utilizar estratégicamente una diferencia de valoración o de visión de realidad entre los terapeutas con el objetivo de favorecer, en el sistema familiar, una posterior apertura de alternativas.

Esta concepción "auto-referencial" que reconoce capacidad creativa y autonomía al sistema, priva en consecuencia al proceso terapéutico de cualquier posible finalidad de manipulación y de control. Pero al mismo tiempo, considerando al terapeuta como "co-constructor" de la realidad terapéutica lo desafía a nuevas responsabilidades, atribuyéndole una "función ética", como subraya Keeney (1985). El terapeuta se convierte, de este modo, en co-responsable tanto de la definición de enfermedad (que es también una "construcción de la realidad"), como de la evolución y de las salidas de la situación de malestar (ver Onnis, 1986; Onnis y Galluzzo, 1990).

Una consecuencia importante de esta concepción en el plano de la práctica terapéutica es, por tanto, una revisión del concepto de "cronicidad": ésta ya no es, como afirma una respetable tradición médica, la salida ineludible de la enfermedad, sino que se convierte, más bien, en "función de la relación terapéutica", resultado de las modalidades con las que se define y se desarrolla el encuentro terapéutico.

Muchas investigaciones, hoy, lo confirman (ver Onnis, 1985: Onnis et al., 1985) y proponen, en consecuencia, hipótesis absolutamente nuevas en lo que se refiere a la prevención de la cronicidad, que centran la atención más en modelos de intervención terapéutica que en las características y en la epidemiología de la enfermedad.

Estos son, en síntesis, los principales aspectos del proceso de renovación que se da en la teoría sistémica y sus repercusiones en la prácticas terapéutica.

Hacia una epistemología de la complejidad

Me da la impresión, sin embargo, que algunos de los problemas actualmente debatidos en el campo sistémico no son patrimonio exclusivo de este campo, sino que encuentran sintonía y resonancia también en algunos sectores de la psicoterapia; incluido —y perdóneseme si me meto prudentemente en un terreno que no me pertenece— el campo psicoanalítico.

Me parece que desde muchos sectores se tiende a subrayar la existencia de una contigüidad y continuidad, más que una delimitación, entre sujeto y trama relacional en la que está inmerso, entre mundo interno y mundo externo, proponiendo, por tanto, que psiquismo y relacionalidad, lejos de ser espacios lejanos y contrapuestos, son más bien niveles diversos, pero correlacionados de una misma realidad humana. Y esto no me parece casual.

No me parece casual porque refleja una tendencia extendida hoy más allá de las delimitaciones de escuela: la de orientarse hacia una “óptica de la complejidad” y de salir de la estrecheces de los reduccionismos, a través del reconocimiento de una multiplicidad compleja de niveles de lo real que, en su autonomía, se proponen sin embargo como complementarios y circularmente correlacionados. No es por casualidad que “complexus”, como subraya Morin (1983) significa “aquello que está unido al conjunto para formar un único tejido”; y en este tejido, se podría añadir siguiendo con la metáfora, los hilos individuales por un lado mantienen su especificidad y por el otro definen su fisonomía y función en cuanto partes de una trama. Pero situarse en una óptica de la complejidad no deja sin consecuencias el plano del método (ver también Onnis, 1988).

Ante todo, justamente por la correlación recursiva de la multiplicidad de niveles en juego, las clásicas relaciones de oposición dicotómica de origen cartesiano se ven sustituidas por relaciones de complementariedad y la lógica disyuntiva de tipo *o/o* (intraprésico *o* relacional, mundo interno *o* mundo externo, individual *o* familiar, etc) se sustituye por una lógica de articulaciones dialécticas del tipo *y/y* (intraprésico y relacional; mundo interno y mundo externo; individual y familiar).

En segundo lugar una epistemología de la complejidad implica el reconocimiento de una pluralidad de modelos de interpretación de lo real, con la conciencia de que ninguno de éstos puede proponerse como modelo “omnicomprensivo”, capaz de “contener” y justificar la complejidad de lo real.

En este sentido conviene precisar que, naturalmente, la caída del “mito del modelo” (Onnis, 1981), no ahorra tampoco la del modelo sistémico; y que éste, como por lo demás se observa en la mencionada evolución de sus formulaciones, no puede ciertamente proponerse como punto de referencia exhaustivo. Por el contrario el enfoque sistémico puede en todo caso, ofrecer una trama metodológica en la que puedan útilmente y circularmente correlacionarse diversos aspectos y niveles de realidad, cada uno de los cuales, sin embargo, puede presentar especificidades propias y exigir por ello, instrumentos específicos de interpretación y de intervención.

El reconocimiento de la multiplicidad y de la autonomía de los niveles sistémicos que, en la óptica de la complejidad, conlleva la posibilidad de una multiplicidad de “puntos de vista”, en el sentido, también literal del término, de “diferentes posiciones de observación”.

Conclusiones

Creo poder concluir, por tanto que, si por una parte la óptica de la complejidad propone al terapeuta la frustración saludable de un baño de humildad, subraya, sin embargo, al mismo tiempo, la necesidad de cooperación y de convergencia de orientaciones terapéuticas diferentes, que, en el respeto de las recíprocas diversidades, utilicen, sin embargo, la diferencia en el sentido Batesoniano de “**matriz de información y de conocimiento**”.

Confío en que de la actual evolución de la psicoterapia sistémica, resulte una contribución significativa sobre todo en esta dirección.

En este artículo se pasa revista a los profundos cambios que se están experimentando en el campo de la Terapia Familiar Sistémica, desde sus inicios hasta nuestros días. El núcleo de este cambio debe buscarse en el paso de una epistemología de la representación a una epistemología de la construcción, de una epistemología de los sistemas observados a una epistemología de los sistemas autoobservantes. Se desarrollan igualmente las implicaciones de este desplazamiento conceptual para la práctica de la Terapia Familiar y se apunta la influencia que esta nueva perspectiva tendrá, sin duda, para todo el ámbito de la psicoterapia en general.

Traducción: María José Pubill y Manuel Villegas

Referencias Bibliográficas:

- BATESON, G. & RUESCH, J. (1976). *La matrice sociale della psichiatria*. Bologna: Il Mulino.
- BATESON, G. (1976). *Verso una ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- BATESON, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- BERTALANFFY, L. von (1971). *Teoria generale dei sistemi*. Milano: ISEDI.
- BOSZORMENYI-NAGY (1988). *Lealtà invisibili*. Roma: Astrolabio.
- CAILLE, P. (1985). *Familles et therapeutes*. Paris: ESF.
- CERUTI, M. (1985). La hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità. In G. Bocchi & M. Cerutti (eds.), *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Venezia: Marsilio.
- MORIN, E. (1983). *Il metodo: ordine, disordine, organizzazione*. Milano: Feltrinelli.
- ONNIS, L. (1981). Approche systemique et travail dans les institutions publiques: nouvelle technique ou methode de changement? *Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux n° 4/5*.
- ONNIS, L. (1985). *Corpo e contesto*. Roma: NIS.
- ONNIS, L., TORTOLANI, D., DI GENNARO, A., MARINOZZI, P., PETRALITO, G. & ROGGI, D. (1985). Il bambino con disturbi psicosomatici: la famiglia, le domande, il servizio. *Quaderni di Documenti C.N.R., 19*. Roma: Il Pensiero Scientifico, EOC.
- ONNIS, L. (1986). Terapia sistemica e complessità: una ipotesi epistemologica sulla relazione terapeutica. Relazione presentata al Convegno *Oltre il mito della cornice*, nov. 86, Roma.
- ONNIS, L. (1986). Psicosomatica e complessità. Introduzione a L. Onnis (ed.) *Famiglia e malattia psicosomatica: l'orientamento sistemico*. Roma: NIS.
- ONNIS, L., DI GENNARO, A. & CANCRINI, L. (1988). L'asma infantile in una prospettiva sistemica: da un revisione del concetto di cronicità a uno modello sperimentale di terapia. In L. Onnis (ed.), *Famiglia e malattia psicosomatica: l'orientamento sistemico*. Roma: NIS.
- ONNIS, L. et al. (1988). La psicosi cronica nell'istituzione. *Psicobiettivo, 3*.
- ONNIS, L. & GALLUZZO, W. (1990). La relazione terapeutica in un'ottica sistemica. *Psicobiettivo, 1*
- ONNIS, L. (1990). Language du corps et language de la therapie: la sculpture du future comme methode d'intervention systemique dans les situations psychosomatiques. *Cahiers critique de therapie familiale et pratique de reseaux*.
- ONNIS, L. et al. (1990). Le sculpture del presente e del futuro: un modello di lavoro terapeutico nei disturbi psicosomatici. *Ecologia della mente, 10*.
- PRIGOGINE, Y. & STENGERS, I. (1981). *La nuova alleanza. Metamorfosi della Scienza*. Torino: Einaudi.
- PRIGOGINE, Y. & NICOLIS, S.V. (1982). *Le strutture dissipative*. Firenze: Sansoni.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.N. (1988). *Giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina.
- VON FOESTER, H. & HOWE, R.V. (1974). Cybernetics at Illinois, Forum, 6.
- VON FOESTER, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. & JACKSON, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.



EL MODELO TERAPEUTICO SISTEMICO: UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA

Valeria Ugazio
Università di Venezia

The paper illustrates some new clinical developments which have recently taken place within the systemic therapeutic approach. The adoption of a social constructivist perspective has brought about a series of radical changes both at a conceptual and at a more strictly therapeutic level. The first change concerns the object of analysis itself and requires a shift of attention from the family as a unit to the articulation between the family and the individual. The objective becomes the study of the conversational processes by means of which the individual's identity is constructed, deconstructed and reconstructed. This shift demands the elaboration of new explicative categories, an example of which is the concept of "family semantic constructs".

The second change is a methodological one. It is concerned with the procedures adopted by the therapist in order to reach the understanding of the self-organization of the system. This change implies a switch from the so called "circumstantial model" based on the interpretation of "signs" and "clues", to a "self-referential" model based on the ability of the therapist to place him/herself in a reflexive position towards the relationship between him/herself and the observed system.

The third and last new development regards the way we conceptualize the therapeutic change, and consequently the way we elaborate a therapeutic strategy. The adoption of a social constructivist perspective implies a switch from a prescriptive and instructive therapeutic model to one based on the concept of "perturbation".

INTRODUCCION

En este artículo queremos referirnos a la evolución que se ha producido en el seno del modelo terapéutico sistémico. A partir del final de los años Setenta, y particularmente durante los Ochenta, se ha producido un profundo replanteamiento de los presupuestos teóricos sobre los que se basa el modelo.

En particular se ha desarrollado una línea de investigación clínica cuyo objetivo es el de redefinir el modelo terapéutico sistémico dentro de una perspectiva de tipo constructivista. Algunos de los cambios introducidos por esta línea de investigación, aunque radicales, no atacan el núcleo conceptual originario, esbozado en los años Cincuenta por Bateson y su grupo de Palo Alto. Otras modificaciones representan, por el contrario, una revolución en relación a la orientación originaria

del grupo de Palo Alto.

Estos desarrollos recientes pueden considerarse, en parte, como una vuelta al enfoque de Bateson y del grupo originario de Palo Alto, mientras que en relación a otros aspectos, pueden considerarse como un giro en relación a la orientación del pensamiento del que toma inspiración.

CONSIDERACIONES HISTORICAS

El modelo sistémico fue esbozado en sus líneas maestras por la Escuela de Palo Alto en los años Cincuenta. En estos años, en efecto, y más en concreto durante el decenio comprendido entre 1952 y 1962, Bateson y su grupo, constituido por Haley, Weakland, Fry y Jackson, formularon el proyecto en función de la necesidad de abandonar el modelo mecanicista, considerado inadecuado para afrontar el conocimiento de los procesos mentales y del comportamiento animal y humano, y de abrazar un nuevo punto de vista basado en la teoría de los sistemas y de la cibernética. Estas referencias consintieron al grupo de Palo Alto no solamente resituar el problema de la etiología de la esquizofrenia, sino al mismo tiempo delinear una teoría y un modelo de análisis psicológico basado sobre presupuestos teóricos totalmente nuevos.

El primero es que los procesos mentales no se hallan totalmente cerrados dentro de los límites del individuo entendido como entidad biológica. Bateson sostiene, en efecto, que la sede de los procesos mentales es “la unidad autocorrectiva total que elabora la información, que es un sistema cuyos límites no coinciden en absoluto con los del cuerpo o de lo que vulgarmente se llama yo o conciencia” (Bateson, 1972). En otras palabras “el mundo mental, la mente, el mundo de la elaboración de la información, no se halla limitado por la piel”. Si consideramos un individuo que está cortando un árbol con una hacha, cada uno de los golpes sucesivos se ve modificado o corregido por la forma de la hendidura marcada en el árbol por los golpes precedentes. Este procedimiento autocorrectivo, es decir mental, viene puesto en marcha por un sistema total: árbol-ojos-cerebro-músculos-hacha-golpes-árbol; y es este sistema total el que tiene características de mente inmanente. Pero no es este el modo en que el occidental medio considera la secuencia de los acontecimientos característicos del derribo de un árbol. El dice: “yo corto un árbol”, y además cree que existe un agente delimitado, el Yo, que ha llevado a término una acción intencionada, bien delimitada sobre un objeto determinado”.

Aunque estas citas se han tomado de los ensayos “Forma, sustancia y diferencia” y de “La cibernética del Yo: una teoría del alcoholismo”, publicados en 1970 y 1971 respectivamente (Bateson, 1972), la concepción que se refleja en ellos se halla ya plenamente explícita, aunque de un modo menos articulado, en el volumen de Ruesch y Bateson “La matriz social de la Psiquiatría” (1951).

El segundo presupuesto se halla íntimamente ligado al primero. Asimila el estudio del comportamiento al de la comunicación. El reconocimiento de la

centralidad de la interacción individuo-ambiente, derivada de la concepción radicalmente interaccionista de los procesos mentales a los que impone la adopción de un modelo de análisis fundado sobre el concepto de información antes que sobre el de energía. El intercambio se produce entre dos sujetos en interacción, tanto si son animales como personas, no se trata de un intercambio de energía sino de información, y se produce en base a un modelo circular basado en el fenómeno de la retroalimentación. Watzlawick et al. (1967) ilustraron algunos años más tarde el paso de un modelo explicativo de la conducta humana, fundado sobre el concepto de energía a uno basado en el concepto de información con el conocido ejemplo del hombre que le da un puntapié al perro. "Si un pie de una persona que va andando le da un golpe a una piedra, la energía se transfiere a la piedra. La piedra se pondrá en movimiento y se alejará hasta que se detenga en una posición determinada exclusivamente por factores como la cantidad de energía transmitida, la forma y el peso de la piedra, la naturaleza de la superficie sobre la que se desliza. Pero si un hombre da un puntapié a un perro, en lugar de a una piedra, el perro puede saltarle encima y morderlo. En este caso la relación entre puntapié y perro es de un orden muy diverso. Está claro que el perro toma la energía por la reacción de su propio metabolismo y no por la patada. No se produce pues transmisión de energía, sino de información". (Watzlawick et al., 1967).

Ya en *La matriz social de la psiquiatría*, este pasaje se discute y argumenta ampliamente. En él se sostiene la necesidad de abandonar, para poder comprender mejor la naturaleza del comportamiento humano y de la psicopatología, los esquemas explicativos de tipo energético, derivados de la física del siglo XIX, y referirse, en cambio, a un modelo fundado sobre el concepto de información, anclado en la cibernética y, de un modo más general, en la línea de pensamiento basado en el segundo principio de la termodinámica.

A la luz de ambos presupuestos se defiende y argumenta la hipótesis clínica de que los comportamientos psicopatológicos son comportamientos comunicativos apropiados y congruentes con la modalidades comunicativas del contexto relacional dentro del que se manifiestan. Desde este punto de vista la extrañeza o incompreensibilidad que parece caracterizar a los comportamientos psicopatológicos es función de la falta de informaciones (entropía) en relación al contexto en cuyo interior se producen tales comportamientos. Esta tesis contradice, como es notorio, el modo tradicional en que los distintos modelos clínicos habían concebido hasta aquel momento la enfermedad mental. Tanto el psicoanálisis como el modelo organicista habían asimilado la enfermedad mental a una disfunción, debida a causas bioquímicas o intrapsíquicas. Ambos modelos, aun a pesar de su profundas diferencias, consideraban al individuo como el sujeto de la disfunción.

Me he referido, aunque de modo extremadamente esquemático y sucinto a estos conceptos del grupo original de Palo Alto porque constituyen lo que se puede definir como "núcleo duro" del modelo sistémico. La concepción radicalmente

interaccionista de la mente propia de Bateson, la elección de adoptar un modelo explicativo, fundado sobre el concepto de información, así como la hipótesis de que la psicopatología es un comportamiento comunicativo adaptativo en relación al contexto interactivo en el que se desarrolla, se referían hasta ahora a su valor fundante. Los cambios, aunque radicales, sobre los que nos vamos a detener no atacan, en efecto, a estos aspectos del modelo.

Naturalmente estos presupuestos e hipótesis no se deben entender en términos de verdades incontrovertibles; no solamente porque la reflexión epistemológica contemporánea tiende a subrayar la ausencia de criterios seguros de veracidad, sino porque y, sobre todo, se trata de constructos demasiado generales para poder recibir confirmaciones empíricas definitivas. Deben entenderse pues, más bien, como “ideas guía” que orientan la investigación conducida dentro de este enfoque y que lo distinguen de los otros modelos clínicos.

Se debe subrayar además que la elaboración original del grupo de Palo Alto no contempló, sino de pasada, los problemas de naturaleza propiamente clínica. El proyecto de investigación dirigido por Bateson en el decenio 1952-1962, aunque haya llevado a la formulación de la teoría del doble vínculo como hipótesis explicativa de la etiología de la esquizofrenia, tenía como objeto específico el estudio de la comunicación. La comunicación esquizofrénica constituyó, junto a la metáfora, el humorismo, el juego animal, etc. sólo una de las áreas de estudio a las que se entregó el grupo. Si recibió una mayor atención respecto a las otras áreas, fue, al menos inicialmente, por razones práctico-instrumentales. Como ha puesto de relieve Haley (1976) resultó más fácil obtener financiación para el proyecto de investigación el relacionarlo con un problema relevante desde el punto de vista social como la esquizofrenia. Por otra parte el grupo -excepción hecha de Jackson, un psiquiatra con funciones inicialmente sólo de consultor clínico- estaba formado por personas extrañas al mundo clínico. Cuando se inició el proyecto, Haley era un estudioso de la comunicación, Weakland un antropólogo, Fry un joven psiquiatra que acababa de terminar sus estudios de especialización. Bateson, como es notorio, no solamente no era, sino que no se dedicó nunca a la clínica, aunque si durante el transcurso de la investigación se ocupó de problemas que tradicionalmente caen dentro del área. Mientras dirigió la investigación continuó privilegiando un enfoque antropológico orientado a observar, describir y explicar los fenómenos. En el momento en que predominó entre los miembros del grupo un interés terapéutico, dirigido no sólo al conocimiento de los fenómenos, sino también al cambio de los mismos, se produjo una escisión que determinó la disolución del grupo y el abandono por parte de Bateson del mundo de los clínicos.

En parte por estas razones el grupo originario de Palo Alto puso las bases para un nuevo modelo de interpretación del comportamiento humano y de los fenómenos psicopatológicos, pero no elaboró una metodología terapéutica. Sólo durante los años Sesenta, cuando la perspectiva teórico-metodológica elaborada por Bateson y

su grupo empezó a difundirse en el movimiento de la terapia familiar para convertirse gradualmente en el marco teórico principal, aunque no exclusivo, del enfoque relacional, el modelo se sistematizó y desarrolló desde un punto de vista terapéutico, pero alterado en cierto sentido (Ugazio, 1985b). Por un lado, en efecto, los representantes de la Escuela de Filadelfia (Bozormenyi-Nagy, Framo, Zujk, etc.) trataron de insertar la nueva perspectiva en el cuadro conceptual del psicoanálisis, dando lugar a soluciones eclécticas bastante discutibles desde el punto de vista epistemológico. Por otro, los continuadores directos del programa de Bateson (Haley, Watzlawick, etc.), reunidos en el *Mental Research Institute*, a pesar de que sostenían la necesidad de evitar soluciones eclécticas redefinieron, aunque fuera sólo parcialmente, las ideas del grupo originario de Palo Alto a la luz de algunos presupuestos de cariz conductista, el más importante de los cuales fue el de poner entre paréntesis los procesos mentales.

Esta redefinición —que encontró su expresión más completa en el texto *Pragmática de la comunicación humana* (Watzlawick et al., 1967), y al que me he referido con el término “enfoque pragmático” (Ugazio, 1985b)—, no se discutió durante los años Sesenta, por lo menos desde el interior. En los Estados Unidos prevaleció un interés aplicado, promovido por los sustanciosos financiamientos otorgados a los programas de comunidad y por los problemas psico-sociales de la pobreza, y se consolidó el enfoque estructural de Minuchin (1968, 1974, 1978), mucho más interesado en los aspectos práctico-aplicados que en los teóricos. Los desarrollos más innovadores del modelo se produjeron en Europa, por obra sobre todo de la Escuela de Milán, de modo que Hoffman (1981) llegó a afirmar que las ideas de Bateson atravesaron, al principio de los Setenta, el océano para echar sus raíces en Milán. Sin embargo, aunque la Escuela de Milán haya tenido el mérito de referirse de modo mucho más claro a la propuesta originaria del Grupo de Palo Alto que al texto *La pragmática de la comunicación humana*, la elaboración inicial de esta Escuela (Selvini, Palazzoli, Boscolo Cecchin e Prata, 1975) se halla todavía en gran parte próxima al enfoque pragmático.

Sólo a finales de los años Setenta y sobre todo en los años Ochenta se produce un resurgir del interés teórico que lleva a la emergencia de nuevas perspectivas teórico-clínicas que intentan superar las estrecheces del enfoque pragmático.

EL ENFOQUE PRAGMÁTICO: ALGUNAS CONSIDERACIONES CRÍTICAS

Lo que en la actualidad se rechaza del modelo pragmático son dos posicionamientos teórico-metodológicos. El primero se refiere a la radical puesta entre paréntesis de los procesos mentales. Watzlawick et al. (1965) —como he señalado más ampliamente ya en otro texto (Ugazio, 1985b)— no solamente excluyen del propio campo de investigación la esfera emotiva, sino también la cognoscitiva. En consonancia con el principio conductista de la mente como caja

negra, sostienen que los procesos mentales, en su globalidad, pertenecen al reino de lo indecible y que, por tanto, no deben ser objeto de interés científico. Incluso los aspectos semánticos de la comunicación, entendiéndolo por ello los procesos a través de los cuales los individuos perciben, categorizan, interpretan su propia conducta y el de los actores sociales, son pasados por alto. El problema del significado se evita pues cuidadosamente en el enfoque pragmático.

En realidad, si bien es cierto que el intercambio que se produce entre dos o más sujetos en interacción no sigue un modelo lineal en el que A es causa de B, sino un modelo circular, basado en el fenómeno de la retroacción, también lo es evidentemente que la retroacción de B dependerá no solamente del comportamiento de A, sino también del *significado* que B atribuya al comportamiento de A. Por la misma razón el comportamiento subsiguiente de B (comportamiento que influirá desde luego en A) tendrá una influencia diferente en relación al significado que A le atribuya.

Para esclarecer este concepto me referiré al ejemplo citado anteriormente del hombre que le da un puntapié al perro con el que Watzlawick et al. (1967) ilustran el paso a la nueva epistemología, basada sobre el concepto de información.

Es desde luego cierto lo que afirman estos autores, a saber que el puntapié representa una información, una conducta-comunicación que vuelve sobre el efector. Lo que sin embargo los autores de la *Pragmática de la comunicación* ponen entre paréntesis es que el puntapié, precisamente porque es un comportamiento comunicativo, es decodificado e interpretado por el perro. La retroacción del perro (que evidentemente influirá sobre el hombre) dependerá, por tanto, del significado que el perro atribuya al puntapié. Si por ejemplo el perro interpreta el acto del hombre como una invitación a jugar empezará a menear el rabo, a ladrar con excitación y a poner en marcha toda una serie de comportamientos lúdicos. Por el contrario, si le atribuye un significado de comportamiento agresivo, de un ataque contra él o de un intento de invadir su territorio, podrá enseñarle los dientes o intentar morder al hombre.

Por la misma regla de tres el comportamiento sucesivo del hombre se verá influido no sólo por el comportamiento del animal, sino también por la forma cómo lo decodificará. Los ladridos excitados del perro, así como los movimientos de la cola, pueden ser leídos tanto como movimientos preparatorios para el ataque como cual señales de aceptación de la invitación al juego. Evidentemente el papel desarrollado por la atribución de significado del ámbito de las interacciones resulta tanto más crucial cuanto los sujetos son personas en lugar de animales.

En realidad Watzlawick et al. (1967) no niegan que las modalidades con que los individuos decodifican el comportamiento no tengan su importancia. Afirman, en efecto, que el modo cómo los individuos "puntean" las interacciones, aunque tengan la misma realidad que la de un murciélago de una lámina del Rorschach, determina la naturaleza de las relaciones. Sin embargo, en consonancia con el

principio de la mente como una caja negra, dejan de examinar este aspecto de la realidad para dedicarse enteramente al aspecto observable del comportamiento tal como se manifiesta *hic et nunc*.

En la *Pragmática de la comunicación humana* no se prescinde, de hecho, de los aspectos semánticos de la comunicación humana, fundamentalmente porque el texto tiene por objeto los componentes pragmáticos de la comunicación, sino que se excluye la posibilidad de que tales aspectos puedan ser objeto de análisis científico sobre la base de las mismas motivaciones con que el conductismo ha tradicionalmente rechazado este ámbito de investigación.

La segunda elección se refiere a la relación entre sistema observado y sistema observador. El enfoque pragmático adopta la solución del paradigma metodológico tradicional. Considera el observador extraño al sistema observado e intenta reducir, en la medida de lo posible, las interacciones recíprocas entre los dos sistemas. A este propósito se puede afirmar que este enfoque, aunque totalmente innovador en otros aspectos, ha recogido tal vez más que otros modelos terapéuticos (desde luego más que el psicoanálisis) la premisa de base de la ciencia clásica, según la cual el proceso de desarrollo del conocimiento puede producirse solamente a través de la progresiva neutralización de la interacción entre sistema observado y sistema observador.

En virtud de estos dos presupuestos el enfoque pragmático desarrolla una teoría de la comunicación que concibe el lenguaje, en sus diversas formas, como el instrumento por medio del cual la realidad externa se representa y refleja, antes que como el proceso a través del cual los individuos crean la realidad social.

Estos posicionamientos han tenido consecuencias importantes incluso en el plano estrictamente terapéutico. Han llevado a la sobrevaloración de los patrones comportamentales de la familia, en detrimento de las percepciones, categorizaciones, emociones, constructos, creencias de los distintos miembros de la familia. La atención de los terapeutas se ha centrado particularmente sobre dos aspectos. Por un lado, el foco se dirigía a los patrones comportamentales, reconstruidos sobre la base del comportamiento en sesión y de los informes de la familia sobre los intercambios comunicativos recurrentes, por otro a los efectos pragmáticos del comportamiento sintomático y de los otros comportamiento disfuncionales. La única dimensión que se tomaba en consideración, por lo menos en teoría, era la de la conducta.

En concreto, la consideración del observador como externo al sistema observado ha llevado al enfoque pragmático a la conceptualización y estructuración del setting terapéutico de forma reductiva de la interacción familia-terapeuta. En esta óptica el terapeuta es aquel que, precisamente porque se halla físicamente fuera del sistema, señala las redundancias; el riesgo mayor que corre no sólo en relación al cambio terapéutico, sino en relación al mantenimiento mismo de su posición como observador, es el de interactuar de forma excesivamente intensa con el sistema observado.

El tipo de organización del setting terapéutico, concebido en la primera fase

del trabajo de la escuela de Milán resulta emblemático a este respecto (Selvini Palazzoli et al., 1975). Una de las finalidades principales de la rígida distinción de las tareas entre entrevista e intervención, propuesta por Selvini Palazzoli et al., en base a que le tocaba a la entrevista la tarea de recoger información, mientras que a la intervención final se le confiaba la misión de introducir input que pusiese en marcha el cambio, era la de distanciar a los terapeutas de la familia. En el momento de mayor interacción con la familia, es decir durante la sesión, los terapeutas habían de hacer preguntas en el modo más neutro posible, evitando comentarios, valoraciones, juicios, que inevitablemente habrían puesto en marcha retroacciones a las que el terapeuta habría tenido que responder. La retroacción del terapeuta, si así podemos definirla, se reservaba para la intervención final. Esta última resultaba, sin embargo, tan ritualizada y estructurada que se configuraba más en los términos de un input que como un momento significativo de la interacción entre familia y terapeuta. Por otra parte, el terapeuta se esforzaba precisamente en evitar que la familia utilizase la intervención del terapeuta para dedicarse a comentarios, exigencias de clarificaciones y observaciones. Estos comportamientos eran, de hecho, interpretados como intentos de descualificación del terapeuta y de su intervención.

Incluso la elección de interponer un intervalo largo, aproximadamente de un mes, entre una sesión y la siguiente, parecía responder a esta exigencia de mantener desligados el sistema observado y el sistema observador. (Selvini Palazzoli, 1978). Incluso el espejo unidireccional era concebido esencialmente como un instrumento para mantener diferenciados el sistema observado (la familia) y el observador. Se consideraba importante porque consentía la presencia de los terapeutas supervisores que, precisamente, porque se mantenían externos al sistema familiar, podían captar las redundancias. En el modelo terapéutico elaborado por la Escuela de Milán el equipo estaba formado por terapeutas en posición paritaria; sin embargo se consideraba que los colegas que estaban detrás del espejo desarrollaban, en su condición de terapeutas en posición externa, la función de supervisores. Esta posición jerárquica más elevada en relación a los terapeutas implicados en la relación directa con la familia, les venía garantizada precisamente por el hecho de no estar en interacción con la familia.

Dado que, sin embargo, es totalmente imposible neutralizar de forma completa en un contexto terapéutico la interacción entre paciente y terapeuta, los intentos de la familia de interactuar con los terapeutas se leían, desde el enfoque pragmático, en términos de un problema de control de la relación, es decir a través de la metáfora del poder (Haley, 1974, etc.). En consecuencia los únicos aspectos de la interacción familia-terapeuta estudiados por el enfoque pragmático eran los que podían reconducirse a la lucha por el control de la relación. Terapeuta y paciente se convertían de este modo, para parafrasear un feliz expresión de Keeney (1985), en dos cajas negras en lucha por el control del setting terapéutico.

Debe subrayarse que, con exclusión del propio campo de investigación los

fenómenos mentales y, más en particular los procesos a través de los que los individuos explican, interpretan, planifican, atribuyen significado e intencionalidad al comportamiento propio y de los demás, los autores de la *Pragmática de la comunicación humana* continúan siendo víctimas, en este aspecto, del modelo mecanicista que intentaban precisamente superar (Ugazio, 1985b). Uno de los axiomas del mecanicismo, en su aplicación a la comprensión del comportamiento humano, prevé, en efecto que las acciones puedan explicarse sin referencia a los significados que los actores les atribuyen y que, en consecuencia, se puedan entender prescindiendo de los significados que las mediatizan (Harré & Secord, 1977). Incluso la elección de poner al observador como externo al sistema es de cariz mecanicista, en la medida que implica una asimilación de los sistemas humanos, dotados de un lenguaje y capacidad autorreflexiva, a sistemas no humanos. Se trata, de todos modos, de una elección común a todos los enfoques científicos que sólo ha sido puesta en cuestión muy recientemente por diversas disciplinas científicas.

Tampoco puede olvidarse que ambas opciones consideradas hasta ahora se muestran coherentes con los desarrollos iniciales de la cibernética (cibernética de primer orden). Esta última, precisamente, dominada por preocupaciones ingenieriles y por intereses hacia los sistemas artificiales no humanos, adoptaba el modelo de la caja negra y situaba el observador fuera del sistema observado.

HACIA UNA REVISION CONSTRUCTIVISTA DEL MODELO SISTEMICO.

En la actualidad ambas elecciones teórico-metodológicas examinadas aparecen completamente superadas. A partir del final de los años Setenta una serie de condiciones científico-culturales que habían otorgado plausibilidad al enfoque pragmático empezaron a declinar.

En psicología el conductismo entró en una crisis total, mientras prevalecía una orientación cognitivista que privó de cualquier legitimidad a la elección de poner entre paréntesis los aspectos no observables del comportamiento. El modelo de la “caja negra” se vio, además, completamente abandonado incluso por los mismos desarrollos del pensamiento sistémico-cibernético que alimentaban la cibernética de segundo orden (Von Foester, 1985, 1987). Esta se enfrenta a los procesos más complejos que son característicos de los sistemas dotados de autoorganización y de lenguaje, los llamados “sistemas que observan” y constituye uno de los sectores fronterizos para el desarrollo de la “epistemología de la complejidad” (Bocchi & Ceruti, 1985; Ceruti, 1986; Morin, 1977; Prigogine, 1976, 1980, 1985, etc.). Con esta expresión, como se sabe, no se hace referencia ni a una nueva teoría, ni a una nueva disciplina, ni siquiera a una orientación epistemológica unitaria. Indica, más bien, una serie de desarrollos que afectan desde hace un ventenio muchas disciplinas (además de las propiamente sistémico-cibernéticas, sobre todo la biología, las ciencias cognitivas, la matemática y la física) y que se caracterizan cada vez más por

un cuestionamiento de los axiomas cardinales de origen empirista sobre los que se ha construido la ciencia moderna. En un esfuerzo por definir muy sintéticamente estos desarrollos, se puede afirmar que representan el intento de abandonar el paradigma realista sobre el que se base la ciencia moderna para acogerse a una perspectiva básica constructivista que, desde Kant en adelante, tiene una larga tradición dentro del pensamiento filosófico y que se halla en la base de la epistemología contemporánea que ha dado lugar a la constitución de las lógicas intuicionistas. Uno de los presupuestos más importantes de la llamada "epistemología de la complejidad" es, de hecho, el reconocimiento del observador conectado recursivamente con el sistema observado, reconocimiento que implica un cambio radical en el modo de situarse frente al sistema observado tal como tradicionalmente se concibe en el campo científico y seguido, como se ha visto hasta ahora, por el enfoque pragmático.

El panorama científico de los últimos quince años se ha vuelto anticuado y el enfoque pragmático ha abierto, al mismo tiempo, posibilidades de intercambio y de confrontación al modelo terapéutico sistémico, totalmente ausentes en los años Setenta. La referencia al pensamiento sistémico-cibernético caracteriza, efectivamente, en la actualidad amplios sectores de la sociología y de la psicología, sobre todo social y evolutiva. Los mismos desarrollos más recientes del pensamiento filosófico ofrecen importantes posibilidades de diálogo. En el interior de la *philosophy of mind* se han desarrollado concepciones contextualistas de la mente con importantes puntos de convergencia con la perspectiva radicalmente interaccionista de la mente en Bateson (Moravia, 1986).

Incluso en psicología clínica se han consolidado enfoques bastante más afines al modelo terapéutico sistémico. Me refiero en concreto a los desarrollos más recientes de la psicoterapia cognitiva (Guidano, 1985, 1990); también dentro de otros enfoques clínicos, como el mismo psicoanálisis (Atwoods &, Stolorow, 1984; Stolorow, Brandchaft & Atwoods, 1987), están manifestándose algunas direcciones de investigación con algunos aspectos de convergencia. Se trata de desarrollos que adoptan un cuadro teórico-epistemológico análogo al de la línea de investigación que nos disponemos a examinar, pero madurados dentro de un interés clínico y de una praxis terapéutica centrada sobre el individuo; tales enfoques desarrollan implicaciones distintas y complementarias en muchos aspectos del enfoque sistémico.

En este contexto mucho más favorable a un desarrollo de la conceptualización originaria de Palo Alto se ha abierto un replanteamiento crítico que ha llevado casi a todos los enfoques adscribibles dentro del modelo sistémico a abandonar una consideración de la mente como caja negra. Este pensamiento ha determinado igualmente la constitución de una línea de investigación clínica, entregada a la redefinición del modelo terapéutico sistémico dentro de una perspectiva básica de tipo rigurosamente constructivista. Entre los autores más destacados en esta línea

de investigación podemos citar, por ejemplo: Anderson, Goolishian, Winderman (1986); Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn (1987); Campbell & Draper (1985); Cecchin (1987); Cronen, Johnson, Lannamann (1983); Dell (1982); Fruggeri & Matteini (1988); Hoffman (1983, 1986, 1988); Keeney,(1985); Pierce (1989); Pierce & Cronen (1980); Sluzki (1983); Tomm (1985); Ugazio (1984, 1985a, 1990b, 1991a); Watzlawick (1984).

El abandono de la opción metodológica de cariz conductista de la mente como caja negra y la recuperación del proyecto batesoniano de considerar los procesos mentales como fenómenos interindividuales se manifiesta sobre todo como un intento de integrar constructivismo e interaccionismo. El objetivo es la creación de un punto de vista supraordenado, calificable como *constructivismo social*. En esta perspectiva la realidad no se considera ya como única y objetivamente dada, no se encuentra “allí fuera”, a disposición de nuestra comprensión. Por el contrario, se halla recursivamente conectada con el observador. Es este último quien introduce orden y regularidad en la realidad. Esto significa que no existe ninguna observación que pueda ser considerada objetiva, en el sentido de independiente del observador. Por el contrario, cualquier observación o descripción es autorreferencial, es decir refleja siempre el ordenamiento de la realidad del sistema cognoscitivo que la formula. La actividad constructiva del sujeto, tal como han puesto de relieve numerosas investigaciones experimentales, se expresa a todos los niveles del proceso de elaboración de la información. La percepción, la atención, las actividades mnésicas, al igual que los procesos más complejos de categorización y de atribución, inferencia, etc., se hallan orientados y estructurados por los esquemas, las categorías, los constructos, los sistemas de creencias y, en un sentido amplio, por la visión de la realidad de cada uno de los individuos, al igual que por las intenciones y objetivos que persigue.

Lo que contradistingue esta posición y la califica de constructivismo *social* es que sostiene que los esquemas, sistemas de creencias, e incluso los objetivos e intenciones, al igual que los sentimientos y emociones, se estructuran y se mantienen en la interacción social. Se postula que los procesos mentales, al igual que el comportamiento interactivo se hallan anclados y vinculados a los contextos conversacionales en los que el sujeto se halla inscrito. No se niega, evidentemente, que existan leyes universales de la mente humana que guían los procesos de elaboración de la información. Tal como por ejemplo subraya Aaronson (1972) nosotros nos percibimos como organismos tridimensionales que se orientan en base a los ejes de simetría “delante-detrás”, “derecha-izquierda”, “arriba-abajo” y, por lo tanto, estructuramos el espacio en términos de altura, anchura y profundidad. Por otra parte estas leyes características de nuestra especie son las que garantizan la intersubjetividad.

Se propone la hipótesis, sin embargo, de que muchos de estos procesos de base no se hallan enteramente cerrados en el individuo entendido como entidad biológi-

ca, sino que requieren para su funcionamiento y desarrollo ontogenético una interacción real o simbólica con compañeros sociales. "Los estudiosos se han dado cuenta, en efecto," dice Schaffer (1977), "de que muchas funciones tradicionalmente consideradas en psicología como pertenecientes a los individuos y, consecuentemente, estudiadas como acontecimientos puramente **intrapersonales**, se llevan a cabo, generalmente, dentro de un contexto **interpersonal** y que de este contexto derivan su significado funcional". Se acepta, además, que las modalidades particulares con que cada individuo organiza sus propios procesos cognitivos, no son solamente cognitivos, sino también emocionales, lo que constituye el ámbito de interés específico de la psicología clínica, y que se construyen, deconstruyen y reconstruyen igualmente en la interacción social. Se trata de un objetivo ciertamente muy ambicioso.

En psicología el constructivismo se ha asociado a una posición individualista, o que en cualquier caso tiende a atribuir un papel marginal a la interacción social. El modelo piagetiano del desarrollo cognitivo y la teoría de la personalidad de Kelly (1955), representantes de las dos perspectivas teóricas constructivistas más maduras dentro de la psicología, se aproximan a una especie de "constructivismo solitario". Por otra parte el interaccionismo (Mead, Vygotsky, etc.) se ha desarrollado tradicionalmente dentro de un paradigma realista que tiende a infravalorar la matriz constructiva de la actividad del sujeto.

De acuerdo con Ceruti (1986) estas diferencias pueden reconducirse, en gran parte, a la distinta posición que el observador asume en estas dos perspectivas. El constructivismo presupone, en efecto, que el observador se coloca en un punto de vista *interior* al sistema, cuya clausura organizativa, en consecuencia, manifiesta y explica. Por el contrario, el interaccionismo exige que el observador se sitúe en una perspectiva *externa* al sistema, cuyas transformaciones y desarrollos, precisamente por esto, puede captar. El intento de esta línea de investigación (intento que se halla presente igualmente en otros sectores de la psicología: Mugny & Carugati, 1987, para la psicología evolutiva y Ugazio, 1988, para la psicología social) es el de articular estas dos perspectivas a través del desarrollo de un punto de vista supraordenado.

La aceptación de esta perspectiva en el ámbito de los procesos mentales conlleva en el plano terapéutico a numerosos cambios. Ante la imposibilidad de ilustrarlos de un modo exhaustivo, me limitaré a exponer a continuación sólo los más importantes.

DE LA FAMILIA A LA ARTICULACION INDIVIDUO-FAMILIA

En primer lugar la adopción de un punto de vista definible como constructivismo social implica un cambio del objeto mismo, es decir de los fenómenos de los que se ocupa el modelo terapéutico sistémico. Este cambio puede expresarse sintéticamente como un desplazamiento del foco de la atención sobre la familia como totalidad,

hacia la articulación entre individuo y familia.

El modelo sistémico se ha caracterizado, anteriormente, por el intento de elaborar categorías descriptivas y explicativas que trascendiesen al individuo. Concebida la mente como una “caja negra” la atención se podía dirigir hacia los patrones de interacción de la familia. El objetivo era el de describir y explicar la psicopatología con conceptos tales como “homeostasis, mito y reglas”, que trascendiesen al individuo. En clara polémica con el psicoanálisis y con la orientación individualista de los principales enfoques psicoterapéuticos que reconducían la psicopatología a una disfunción del sujeto, el modelo sistémico había terminado por negar al individuo, cerrándose de este modo cualquier posibilidad de explicar los procesos mentales.

La adopción de una perspectiva constructivista implica en cambio una recuperación del individuo. El objetivo de la aproximación sistémica se convierte en estudiar los procesos conversacionales a través de los cuales se construye y reconstruye la clausura organizativa. La hipótesis es que cada miembro de la familia presenta modalidades de organizar la realidad diversas entre sí e incluso en conflicto con las de otros miembros, pero *coherentes*, sin embargo con la posición particular que ocupa el sujeto en su sistema de relaciones, e interdependientes con la posición ocupada por los otros miembros de la familia. Esto implica la elaboración de categorías explicativas que tengan en cuenta tanto la especificidad del sujeto, cuanto su interconexión con los otros miembros del sistema relacional al que pertenece.

Un ejemplo lo constituye el concepto de constructos semánticos familiares (Ugazio, 1990a, 1991). Cada grupo con historia organiza su propia realidad a través de constructos semánticos de estructura bipolar (Kelly, 1955). Estas polaridades de significado antagónico se emplean para definir lo que es relevante para cada grupo y consienten la coexistencia de profundas diferencias individuales con la interconexión que lo convierte en grupo y no en un simple agregado. Existen familias para quienes el constructo “inteligente-obtuso” es una categoría importante de lectura del comportamiento propio y ajeno, mientras que para otras lo son los constructos “agresividad-dulzura”, “egoísmo-generosidad”, “sumisión-dominio” y así sucesivamente.

Se trata de constructos que se aprenden a partir de la primera infancia. “Pensemos en un niño que estira el brazo hacia la madre. Su gesto, como la mayor parte de las acciones de los niños pequeños, es ambiguo y, por tanto susceptible de atribuciones de contenido semántico muy diversas. Una madre puede decir: qué cariñoso qué es mi hijo; me quiere acariciar. Otra puede decir medio en broma: ¿pero qué haces, me quieres arañar? Otra, en cambio, mirará en la dirección que señala la mano hacia un poster que se halla a sus espaldas diciendo: “Sí es un león, ¿te gusta?, se llama león, tiene melenas...” o bien se dirigirá al marido y le dirá: “Fíjate lo seductora que es la niña, te busca a ti, ya intenta conquistarte”.

Todas estas madres no sólo atribuyen un significado al comportamiento de sus

hijos, sino que introducen constructos semánticos distintos que influirán de un modo indirecto sobre los procesos de construcción y decodificación del significado y de estructuración del sí mismo del niño. El hecho, por ejemplo, que la madre interprete en varias ocasiones el comportamiento propio del niño como agresivo, no significa necesariamente que el niño se estructure a sí mismo e interprete a los demás en estos términos. Lo que significa es más bien que el constructo agresividad-dulzura será relevante para él. Tenderá a utilizarlo tanto en relación a sí mismo como a los demás. El hecho de que se construya a sí mismo como dulce, o por el contrario, agresivo, dependerá, en cambio de la posición particular que llegue a ocupar en su sistema de relaciones (Ugazio, 1990a).

Los constructos semánticos familiares se hallan conectados con la psicopatología. Contribuyen a estructurar el “significado personal” específico (Guidano, 1987) característico de las distintas organizaciones psicopatológicas. Por ejemplo, en el contexto familiar de los sujetos con organización fóbica el constructo “dependencia, necesidad de protección-libertad, independencia” es relevante, es decir, representa una categoría de lectura de los comportamientos internos y externos ampliamente presente en la familia. Además se valora la polaridad “libertad-independencia”, aunque con frecuencia de modo independiente (Ugazio, 1990a). El desarrollo de una organización fóbica, naturalmente no depende sólo de la presencia de este constructo, sino de la particular posición que el individuo llega a asumir en su sistema relacional en relación a este constructo que lo induce a experimentar una situación de doble vínculo, tal como los he descrito detalladamente en otro lugar (Ugazio, 1990b). El constructo “dependencia, necesidad de protección vs. libertad-independencia” es, por tanto, solamente una precondition para el desarrollo de la psicopatología fóbica, así como los constructos semánticos son prerequisites para otras psicopatologías.

En la familia en la que se desarrolla la anorexia el constructo crítico es voluntad, control, vs. pasividad, condescendencia, con una valoración conflictiva del polo “voluntad, control”. Aunque el desarrollo de la organización anoréxica depende en cualquier caso de la posición que el individuo llega a ocupar en relación al constructo crítico en el contexto relacional del que forma parte (Ugazio, 1991).

El relieve de este constructo explica porqué la patología anoréxica es tan típica de las sociedades postindustriales. Ciertamente, como afirma Selvini-Palazzoli (1984), solamente en las sociedades opulentas la comida puede ser utilizada como instrumento y vehículo de conflictos relacionales. Existen sin embargo razones más profundas que conectan esta patología con la cultura occidental contemporánea. “Voluntad y control”, tan valoradas y al mismo tiempo objeto de intensos conflictos en las familias en las que se desarrolla la anorexia, son expresiones de una de las premisas del pensamiento occidental que Bateson (1972) consideraba más nefastas, y precisamente de la suposición según la cual el sujeto cree cumplir una acción voluntaria sobre un objeto. En las familias en que se desarrolla la anorexia la

creencia de que es posible llevar a cabo un control unidireccional sobre sí mismos y sobre los demás está profundamente arraigada. Esta creencia impregna las relaciones laborales, sociales, personales e incluso las más íntimas. Está igualmente arraigada la idea de que sin el recurso a la acción planificada y voluntaria se producirá el fracaso. Precisamente por esto el que expresa “pasividad e indecisión”, el otro polo del constructo, se vive a sí mismo y es percibido por los demás en términos negativos. Desde este punto de vista la anoréxica, dado que generalmente se trata de una chica o de una joven mujer, (aunque cada vez se encuentran más casos de anorexia masculina) a través del control y represión del impulso más primario, como es el del hambre, expresa y lleva hasta las últimas consecuencias en una especie de reducción al absurdo la cultura del propio grupo y al mismo tiempo una de las premisas del pensamiento occidental, responsable de la idea de poder, entendido como control unidireccional de una parte sobre el todo.

La elaboración de nuevas categorías explicativas, como la de los constructos semánticos familiares, forma parte de una ampliación general del campo de observación hacia dimensiones olvidadas. Además los mismos fenómenos sobre los que el modelo sistémico había ya anteriormente centrado su atención se conciben hoy de forma diversa.

El enfoque pragmático había limitado la atención, como se ha dicho ya a los patrones de comportamiento y a los efectos pragmáticos de los comportamientos sintomáticos y disfuncionales. Actualmente el interés se dirige hacia las relaciones entre comportamiento interactivo y aspectos no observables de la interacción (intenciones, objetivos, constructos semánticos, emociones, sentimientos, etc.). La hipótesis que subyace a este desplazamiento de la atención es que varios miembros de la familia perciben (y por tanto utilizan en sesión) los patrones interactivos coherentes con las propias intenciones, objetivos, sentimientos, etc. Los comportamientos disfuncionales, entre ellos los psicósomáticos, se ven desde esta perspectiva reforzados y convertidos en recurrentes por el modo en que se organiza el múltiple y variado fluir de los acontecimientos comportamentales. La reconstrucción de los varios miembros de la familia de los propios patrones interactivos nos informa no sólo lo que realmente sucede, sino sobre las modalidades de decodificar la realidad de cada uno y sobre la diversa posición ocupada por cada uno dentro el sistema.

Incluso la dimensión temporal se dilata notablemente. El enfoque pragmático limitaba la atención, como se sabe, al *hic et nunc*. Ahora se recupera el pasado, no en cualidad de dato histórico inamovible, sino en cuanto historia susceptible de reescribirse y reinventarse continuamente. Desde una óptica constructivista el pasado puede ser asimilado a una revisión desde la actualidad, que continuamente modificamos en relación a nuestros objetivos, sentimientos y constructos. El psicoanálisis clásico reconducía el presente al pasado, desde esta perspectiva el pasado está en el presente. En otras palabras, recordamos de entre la múltiple y

variada gama de acontecimientos (episodios interactivos, emociones, sentimientos, etc.) los que son coherentes con el modo con el que, en un momento dado, organizamos la realidad tanto en términos cognitivos como emocionales. El terapeuta, al favorecer la elaboración de nuevos constructos semánticos, objetivos y emociones consentirá a los varios miembros de la familia recuperar los recuerdos y acontecimientos olvidados y, en un sentido más amplio, reinventar el propio pasado individual y la propia historia de grupo.

La referencia al pasado es igualmente útil al terapeuta para comprender las modalidades de decodificación de la realidad del sistema observado. Desde este punto de vista parece no menos importante la atención al futuro. El modo según el que proyectamos hacia el futuro y el tipo de previsiones que formulamos son, de hecho, expresiones de la modalidad con que decodificamos actualmente la realidad. Es por esta razón que recientemente se empieza a conceder un lugar relevante en la conducción de la sesión a las preguntas hipotéticas” (Penn, 1985; Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987).

EL DIAGNOSTICO: DEL PARADIGMA DE LOS INDICIOS A LA AUTORREFLEXIVIDAD.

Aunque la tesis sostenida en este apartado se halla desarrollada de forma más extensa en otro lugar (Ugazio, 1989) voy a intentar reproducir sintéticamente las ideas principales allí expuestas, relativas al segundo cambio importante producido en la teoría sistémica. Se trata de un cambio de naturaleza metodológica, que parte de la aceptación en sentido fuerte de la noción constructivista de observador. Tiene por objeto los procedimientos cognoscitivos adoptados por el terapeuta para llegar a comprender la auto-organización del sistema (individuo o familia) y, en particular, los aspectos de la auto-organización que se hallan en el origen de la psicopatología o del estado de malestar identificado. Este giro implica, como he señalado en el texto antes referido (Ugazio, 1989), el *paso de un modelo cognitivo fundado sobre el paradigma de los indicios a uno basado sobre la auto-reflexividad.*

“Desde una perspectiva constructivista que considera al observador de forma recurrente, conectado al sistema observado y que es consciente de que el acto de conocer construye y modifica el objeto conocido, la vía privilegiada para comprender la organización relacional fuente del estado de malestar no es probar de reducir o neutralizar artificialmente la interacción entre sistema observado y sistema observador, sino la de analizar tal interacción” (Ugazio, 1989). Esto implica para el equipo terapéutico situarse en una posición autorreflexiva. En otra palabras, mientras para el enfoque sistémico tradicional la posibilidad de captar la organización patológica pasa en primer lugar a través de la identificación de los “signos” o “indicios” en una situación relacional construida como “fuera”, externa e independiente del terapeuta, con un *perspectiva constructivista* el tipo de relación que el paciente establece con el terapeuta, desde el principio, es la que constituye una

especie de hilo de Ariadna para conocer y reconstruir la dinámica del sistema observado.

Por ejemplo, ya en la primerísima fase de la terapia, e incluso antes de que inicie el proceso terapéutico propiamente dicho, el acceso a la auto-organización del sistema, sin el que es imposible una proyección terapéutica, se da en el tipo de patrones de conexión con que el paciente se une al terapeuta y en las expectativas que alimenta hacia la terapia.

Tanto el individuo como la familia, al pedir una terapia o consulta, deben poner en acción una serie de comportamientos para conseguir sus objetivos. Además, por el simple hecho de pedir una intervención, se han planteado una serie de expectativas. Los comportamientos con los que establezcan una alianza con el sistema terapéutico y las expectativas que se hayan creado, por la simple razón de que son una autoproducción del sistema que las expresa, se verán necesariamente vinculadas a las premisas que están en la base de la psicopatología. Su análisis consentirá, por tanto, la reconstrucción de la dinámica relacional fuente del estado de malestar. De esto deriva, entre otras cosas, que el tipo de terapia solicitada, tanto si es individual como familiar, de orientación psicoanalítica, sistémica o cognitivista, etc., será siempre expresión de las mismas premisas que se encuentran en la base de la psicopatología. Se puede incluso afirmar que cuanto más una solicitud de ayuda sea fruto de un proceso de maduración autónoma del individuo o del grupo que la expresa y no de presiones externas, tanto más coherente será con las premisas que hacen imposible al sistema (individuo o familia) superar el *impasse* y resolver el problema. Conclusión que contrasta con el lugar común, sostenido por los terapeutas, según el cual el paciente se muestra tanto más avanzado cuanto más escoge el tipo de terapia en que es experto el terapeuta.

No me resulta posible desarrollar aquí las consecuencias a nivel de técnica terapéutica que implica este giro conceptual (Ugazio, 1989). Lo que me importa subrayar es que la adopción de un modelo cognitivo, fundado sobre al autorreflexividad rompe cualquier residuo de aproximación del enfoque sistémico con la semiótica médica.

La semiótica médica, como destaca Ginzburg (1979), no pudiendo adoptar los criterios de cientificidad propios del paradigma galileano a causa de su compromiso con los fenómenos en los que los aspectos cualitativos, particulares o individuales no se pueden eliminar, ha utilizado un paradigma de tipo indiciario. Este paradigma se funda sobre la capacidad de remontar desde las trazas, indicios o síntomas sin importancia a los ojos del profano hacia una realidad compleja no experimentable directamente. Sherlock Holmes, el famoso detective para cuya creación literaria Sir Conan Doyle, que era médico, se inspiró en Joseph Bell, un destacado y eminente diagnosticador de aquella época, puede considerarse una expresión ideal de este modelo, que tiene raíces lejanas en la historia del saber.

Al orientarse hacia el conocimiento de lo particular, escasamente generalizable,

el paradigma indiciario presenta un estatuto científico necesariamente más débil que el galileano. Comparte, sin embargo, *al menos idealmente*, con este último el presupuesto de que el conocimiento implica una neutralización de las interacciones entre el sistema observado y el sistema observador, y precisamente en este distanciamiento respecto a su objeto encuentra su cientificidad. La mirada del diagnosticador se sitúa objetivamente enfrente del paciente, como Sherlock Holmes guarda la distancia del complejo juego que se mueve entorno al crimen. Su misma compleja y extraña personalidad se basa en el desapego de la interacción interpersonal. Si alguien ha de caer en el juego en el que se ha producido el delito como sucede por ejemplo en el célebre episodio de “El perro de Baskerville”, éste será el obtuso Watson; Holmes, en cambio, preferirá permanecer solo observando desde lejos con su antejo el desarrollo de los acontecimientos.

Aunque el enfoque sistémico, más que otros enfoques clínicos, se haya distanciado del modelo de la semiótica médica, ha compartido sin embargo con este último el presupuesto de que el conocimiento de la autoorganización del sistema pase a través de la identificación de los signos o indicios en una situación relacional construida como externa e independiente del terapeuta y respecto a la que debe mantenerse lo más alejado posible. Para el enfoque pragmático el terapeuta es capaz de identificar las redundancias del sistema, precisamente porque se halla situado fuera de él. El mayor riesgo que corre el terapeuta, no sólo en relación a los objetivos de cambio terapéutico, sino en el mantenimiento de su propia posición de observador, es el de aliarse excesivamente con el sistema observado, ser arrastrado por la familia.

Pero precisamente esta presuposición es la que se invierte aquí. A la luz de una perspectiva constructivista, la posibilidad del terapeuta de asumir un punto de observación que le permita reconstruir la autoorganización que está en el origen del malestar no se ve garantizada por su capacidad de permanecer separado del sistema observado, sino por su habilidad de conectarse con el sistema manteniendo a la vez una *posición reflexiva* respecto a la interacción entre él mismo y el sistema observado (individuo o familia) y a las premisas que atribuyen significado a tal interacción.

EL CAMBIO TERAPEUTICO: DE LA PRACTICA PRESCRIPTIVO-INSTRUCTIVA A UN MODELO PERTURBADOR

Un tercer vuelco conceptual se refiere al modo cómo se entiende el cambio terapéutico. Este implica el paso de un *modelo prescriptivo-instructivo a otro fundado sobre el concepto de perturbación*. Si se entiende en un *sentido fuerte*, según el cual es el sujeto quien introduce con su autoorganización orden y regularidad en la realidad, se excluye que entre un sistema y su ambiente puedan haber las que Maturana (1978) llama “interacciones instructivas”, a saber interacciones capaces de determinar el éxito final del proceso que ponen en marcha. La interacción

terapéutica, al igual que otras interacciones, podrá poner en marcha el cambio solamente si perturba la autoorganización del sistema y genera de este modo un proceso cuyo final, en cualquier caso, viene determinado por la organización del paciente.

Hay que señalar que las terapias sistémicas tradicionalmente ya han sostenido (aunque en base a otras referencias teóricas) una concepción del proceso terapéutico como perturbación, desde el momento en que han considerado que la meta terapéutica no debe ser la consecución por parte del paciente (familia o individuo) de una organización específicamente predefinida en términos de contenido. Objetivos como la genitalidad (o peor aún la felicidad, la autorrealización, etc.) se consideran irrealistas, no porque impliquen un cambio de proporciones excesivamente vastas, sino porque presuponen que se pueda hacer alcanzar al paciente una organización específica. La definición del objetivo terapéutico en relación a una organización específica (genitalidad, por ejemplo) no significa que el terapeuta sostenga que el paciente deba conseguirla necesariamente (lo que abriría el camino a una terapia sin fin). Implica más bien que el paciente debe acercarse o al menos reorganizarse dándose cuenta de una laguna. Se trata por tanto de una modalidad que concibe el objetivo terapéutico sobre la base de una concepción “instructiva” del proceso terapéutico. Naturalmente el hecho de que el terapeuta crea que la organización específica, prevista por su teoría, esté allá fuera, en la psique del paciente, y que por su parte se limite a activar procedimientos de tipo mayéutico no es más que un modo distinto de proponer la misma posición.

El objetivo de las terapias sistémicas no ha sido por tanto nunca el de promover, orientar y reconstruir un proceso de maduración sea de la naturaleza que sea, sino más bien el de infringir ciertas reglas que impiden al sistema encontrar una solución adaptativa diversa. Una vez que tales premisas se hayan removido, el sistema encontrará autónomamente una solución al propio problema.

Si se le puede reconocer al modelo sistémico haber anticipado, desde este punto de vista, una concepción perturbadora del proceso terapéutico, ha promovido, sin embargo, prácticas terapéuticas de tipo prescriptivo-instructivo que infravaloraban la interacción terapeuta-familia. Tales prácticas se fundaban sobre dos hipótesis principales explicativas del cambio terapéutico. La primera es que la comunicación paradójica de la misma manera que juega un papel fundamental en el desarrollo de la psicopatología, reviste, a la luz del principio según el cual *similia similibus curantur*, una notable importancia como factor terapéutico. “Es difícil imaginar que los dobles vínculos sintomáticos puedan ser interrumpidos por cualquier otra cosa que no sea un contra-doble vínculo, o que juegos sin fin se puedan terminar con algo menos complejo que un contra-juego. *Similia similibus curantur*: en otras palabras, las situaciones que como se ha dicho hacen volver locas a las personas, deben resultar igualmente útiles para hacerlas volver cuerdas” (Watzlawick et al., 1967). En base a este principio se ha elaborado toda una serie de intervenciones, definidas

como prescripciones paradójicas, que utilizan precisamente la paradoja para hacer salir a las familias del esquema establecido por el juego patológico.

La segunda hipótesis es que el cambio puede producirse si se consigue hacer cumplir al sistema una experiencia comunicativa alternativa. Se suponía, en efecto, que una experiencia de este tipo, aunque limitada, circunscrita en el tiempo e inducida, estuviese potencialmente en condiciones de introducir modalidades comunicativas nuevas y más funcionales. A la luz de este principio se han formulado las prescripciones comportamentales, cuya expresión más elaborada la constituyen los rituales familiares, intervención ideada por Selvini Palazzoli et al., quienes definen el ritual como “la presentación de un juego cuyas normas nuevas sustituyen tácitamente las antiguas” (Selvini Palazzoli et al. 1975).

Ambas hipótesis tienden a infravalorar el papel de la interacción entre paciente y terapeuta. Este último es considerado como una especie de ingeniero de la conducta cuya eficacia depende de la elaboración de las intervenciones prescriptivas (contraparadojas, rituales, etc.), concebidas más que como momentos particularmente significativos de la interacción familia-terapeuta, como input, capaces por sí mismos, por su contenido, de generar el cambio.

Los desarrollos más recientes alteran esta visión. Actualmente se considera que el cambio deriva de la capacidad del terapeuta de conectar con el paciente (familia o individuo) de forma que pueda crearse un nuevo contexto conversacional en el que pueda co-crearse una realidad diferente de significados y de patrones de comportamiento. La función del terapeuta es la de perturbar, a través del modo con que interactúa con la familia y a través de la hipótesis que introduce, las premisas y los patrones de comportamiento que mantienen el malestar.

El objetivo no es el de inducir al paciente a aceptar los significados introducidos por el terapeuta, sino el de producir lo que Doise, Mugny y otros autores post-piagetianos (Doise & Mugny, 1981; Mugny & Carugati, 1987) llaman un “conflicto socio-cognitivo”. Estos autores han demostrado que las interacciones sociales capaces de producir avance, en el caso específico de tipo cognitivo, son las que ponen al sujeto frente a soluciones o puntos de vista contrastantes respecto a los propios. No es importante que se trate de soluciones más evolucionadas o correctas que las sostenidas por el sujeto. Resulta esencial, en cambio, que sean distintas y creíbles por lo significativo de la fuente o por las características de la situación contextual en la que se expresan. En tales condiciones el individuo se ve inducido a elaborar nuevas y más evolucionadas coordinaciones y estrategias, que no coinciden ni con el propio punto de vista inicial, ni con el del interlocutor.

Incluso en el contexto terapéutico la posibilidad de generar conflictos socio-cognitivos parece relacionada con la capacidad del terapeuta de inducir al paciente a confrontarse con hipótesis contrastantes con sus premisas, siempre que sean plausibles (Ugazio, 1985a). Esta capacidad viene en parte apoyada por la referencia a la epistemología sistémica. Esta le permite al terapeuta recontextualizar de forma

distinta las percepciones del paciente de los comportamientos propios y ajenos y por tanto atribuir un significado diverso a los acontecimientos. Las prácticas conversacionales del terapeuta, aunque variando necesariamente sobre el contenido, implican una modalidad de pensamiento que tiene presentes algunos principios de la epistemología sistémica, entre los cuales el axioma según el cual *lo más complejo explica lo más simple*, totalmente extraño al sentido común (Ugazio, 1985a).

Las investigaciones sobre la llamada "psicología del sentido común", es decir sobre cómo la gente interpreta, atribuye significado, explica las relaciones interpersonales en las que se halla inmerso, demuestran que el significado del comportamiento generalmente se atribuye a razones internas al sujeto que lo produce o a causas atribuibles al destinatario del comportamiento (Jones & Davis, 1965; Jones, Kanouse et al. 1972; Kelley & Michela, 1980; Nisbett, Caputo, Legant et al., 1973; Storm, 1973). Menos frecuentemente tales motivos se buscan en la relación entre dos sujetos en interacción y prácticamente nunca en el sistema más amplio de comunicación dentro del que se produce el comportamiento. Formas de explicación triádicas, del tipo A descalifica a B (al no saludarlo, mostrando desinterés, etc.) porque está presente C, no se consideran, sino de forma excepcional, por parte del hombre común, tanto más si es él el destinatario del mensaje. El principio de la epistemología sistémica según el cual lo más complejo explica lo más simple resulta, por tanto, extraño al sentido común. Y precisamente es esta diferencia estructural de la modalidad de pensamiento, en relación al sentido común, sometida a las intervenciones del terapeuta la que la hace perturbadora.

La aceptación de una concepción perturbadora del proceso terapéutico implica en el plano técnico una atribución de centralidad a la conducción de la sesión (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980; Ugazio, 1984; Penn, 1985; Tomm, 1985; Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987). Los eventuales reencuadramientos, presentados por el terapeuta al final de la sesión, no hacen más que reponer de forma más estructurada nuevos significados ya introducidos y discutidos durante el coloquio.

Además en esta perspectiva el cambio terapéutico se considera la salida de un proceso interactivo totalmente extraño a una dinámica de poder y de control, e incluso de influencia y contra-influencia. El terapeuta no ejecuta acciones finalísticas, no trasmite contenidos cognoscitivos, no actúa sobre el paciente desde una posición externa. Su acción terapéutica se explica indirectamente a través de la construcción conjunta con el paciente, en el curso de la experiencia terapéutica de contextos interactivos capaces de perturbar las premisas que guían el comportamiento del paciente y, por tanto, de engendrar nuevas estrategias adaptativas.

El artículo se centra en los nuevos desarrollos que se han producido durante estos últimos años en el interior del modelo terapéutico sistémico, gracias a la adopción de una perspectiva de los procesos mentales, calificable como "constructivismo social". Tales desarrollos implican un cambio del objeto mismo, es decir de los fenómenos de los que se ocupa el modelo sistémico. La atención se ha desplazado de la familia como totalidad a la articulación entre individuo y familia. El objetivo consiste en estudiar los procesos conversacionales a través de los cuales se construye, de-construye y reconstruye la identidad del individuo. Esto conlleva la elaboración de nuevas categorías explicativas que tomen en cuenta tanto la especificidad del sujeto como su interconexión con los otros miembros del sistema relacional al que pertenece. Un ejemplo de ello serían los "constructos semánticos familiares".

Un segundo cambio afecta a la metodología. Tiene por objeto el procedimiento cognoscitivo adoptado por el terapeuta para llegar a comprender la autoorganización del sistema (individuo o familia), y, particularmente los aspectos autoorganizativos que se hallan en el origen de la psicopatología y del estado de malestar expresado. Este giro metodológico implica el paso de un modelo cognoscitivo fundado sobre el paradigma de los indicios a otro basado sobre la autorreflexividad.

Finalmente, un tercer vuelco se refiere a la manera cómo se concibe el cambio terapéutico. Implica la superación de prácticas prescriptivo-instructivas en favor de técnicas fundadas sobre el concepto de "perturbación".

Traducción: Manuel Villegas Besora

Nota Editorial: Agradecemos a la autora la cesión del original de este artículo para su publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA

Referencias Bibliográficas

- AARONSON, B.S. (1972). Time, time stance and existence, in J.T. Fraser, F.C. Haber & G.H. Muller (eds.), *The study of time*. New York: Springer.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H.A. & WINDERMAN, L. (1986). Problem determined systems: transformation in family therapy. *Journal of strategic and systemic therapies*, 5.
- ATWOODS, S. & STOLOROW, R. (1984). *Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. San Francisco: Chandler.
- BOCCHI, G. & CERUTI, M. (eds.) (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L. & PENN, P. (1987). *Milan systemic family therapy. Conversation in theory and practice*. New York: Basic Books.
- CAMPBELL, R. DRAPER (eds.) (1985). *Applications of systemic family therapy. The Milan approach*. London: Grune and Stratton.
- CECCHIN, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family process*, 26, 4.
- CERUTI, M. (1986). *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli.
- CRONEN, V.E., JOHNSON, K.M. & LANNAMANN, J.W. (1982). Paradoxes, double binds, and reflexive loops: an alternative theoretical perspective. *Family Process*, 21, 91-112.
- DELL, P.F. (1982). Beyond Homeostasis: toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-41.
- DOISE, W. & MUGNY, G. (1982). *La costruzione sociale dell'intelligenza*. Bologna: Il Mulino.
- ELIAS, N. (1936) *Über den prozess der zivilisation. I. Wandlungen des verhaltens in den weilichen ober-schichten des abendlandes*. Frankfurt: Suhrkamp.

- FOESTER, H. (1987). *Sistemi che si osservano*. M. Ceruti & U. Telfner (eds.). Roma: Astrolabio.
- FOESTER, H. (1985). Cibernetica ed epistemologia. In G. Bocchi & M. Ceruti (eds.) *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- FRUGGERI, L. & MATTEINI, M. (1988). Larger systems? Beyond a dualistic approach to the process of change. *Irish Journal of psychology*, 9, 1.
- GLASERSFELD, E. (1985). Il complesso di semplicità. In G. Bocchi & M. Ceruti (eds.), *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- GINZBURG, C. (1979). Spie. Radici di un paradigma indiziario. In A. Gargani (ed.), *Crisi della ragione*. Torino: Einaudi.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the Self*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1990). *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- HALEY, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- HALEY, J. (1976). Sviluppo di una teoria: la storia di un processo di ricerca. In C.E. Sluzki & D.C. Ranson (eds.), *Il doppio legame*. Roma: Astrolabio.
- HARRÉ, R. & SECORD, P.F. (1972). *The explanation of social behavior*. Oxford: Basil Blackwell.
- HEIDER, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- HOFFMAN, L. (1983). A co-evolutionary framework for systemic family therapy. In J. Hansen & B. Keeney (eds.) *Diagnosis and assessment in family therapy*. Rockville: Aspen Systems Corporation.
- HOFFMAN, L. (1986). Beyond power and control. Towards a "second order" family systems therapy, *Family systems medicine*, 4.
- HOFFMAN, L. (1988). A constructivist position for family therapy. *Irish Journal of Psychology*, 9, 1.
- JONES, E.E. & DAVIS, K.E. (1965). From acts to dispositions. In Berkowitz (ed.) *Advances in experimental social psychology*, Vol. 2. New York: Academic Press.
- JONES, E.E., KANOUSE, D.E., KELLEY, H.H., NISBETT, R.E., VALINS, S. & WEINER, B. (1972). *Attribution perceiving the causes of behavior*. New York: General Learning Press.
- KEENEY, B.P. (1985). *Aesthetics of change*. New York: Guilford Press.
- KEENEY, B.P. & ROSS, J.M. (1985). *Mind in therapy*. New York: Basic Books.
- KELLEY, H.H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28, 107-128.
- KELLEY, H.H. & MICHELA, J.L. (1980). Attribution: theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-501.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- MALAGOLI TOGLIATTI, M. & TELFNER, U. (eds). (1983). *La terapia sistemica*. Roma: Astrolabio.
- MATURANA, H.R. (1978). Biology of language: the epistemology of reality. In G.A. Miller & E. Senneberg (eds.), *Psychology and biology of language and thought*. New York: Academic Press.
- MINUCHIN, S. et al. (1968). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L. & BAKER, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche*. Roma: Astrolabio.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MASS: Harvard University Press.
- MORAVIA, S. (1986). *L'enigma della mente*. Bari: Laterza.
- MORIN, E. (1977). *Le méthode, la nature de la nature*. Paris: Le Seuil.
- MUGNY, G. & CARUGATI, F. (1987). *Psicologia sociale dello sviluppo cognitivo*. Firenze: Giunti.
- NISBETT, R.E., CAPUTO, C., LEGANT, P. & MARACEK, J. (1973). Behavior as seen by the actor and as seen by observer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 154-64.
- PENN, P. (1985). Feed-forward: future questions, future maps. *Family Process*, 24, 299-310.
- PIERCE, W.B. (1989). *Communication and the human condition*. Southern Illinois University Press.
- PIERCE, B.W. & CRONEN, V.E. (1980). *Communication, action and meaning. The creation of social realities*. New York: Praeger.
- PRIGOGINE, I. (1976). Order through fluctuations: self organization and social systems. In E. Jantsch & C.H. Waddington (eds.). *Evolution and consciousness: human systems in transition*. Wesley: Addison.
- PRIGOGINE, I. (1985). L'esplorazione della complessità. In G. Bocchi & M. Ceruti (eds.), op. cit.
- PRIGOGINE, I. (1980). *From time to becoming: time and complexity in the physical sciences*. San Francisco: Freeman.
- RUESCH, J. & BATESON, G. (1951). *Communication. The social matrix of psychiatry*. New York: Norton.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1984). L'anoressia mentale: un "sintoma" della società di "Welfare"? In P. Donati & E. Scabini (eds.). *Le trasformazioni della famiglia italiana, vol. 3*. Milano: Vita & Pensiero.

- SELVINI PALAZZOLI, M. (1978). Terapia della famiglia a transazione schizofrenica. Il controllo terapeutico del sovrasisistema famiglia-terapisti, 3, 67-74.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1975). *Paradox and counterparadox*. New York: Aronson.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- SLUZKI, C.E. (1983). Process, structure and world views. *Family Process*, 22.
- STOLOROW, R., BRANDCHAFT, B. & ATWOODS, S. (1987). *Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- STORM, D.M. (1973). Videotape and the attribution process: reversing actors' and observers' points of view. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 165-75.
- TOMM, K. (1985). Circular interviewing: a multifaced clinical tool. In D. Campbell & R. Draper (eds.), op. cit.
- UGAZIO, V. (1985). Hypothesis making: the Milan approach revisited. In D. Campbell, R. Draper (eds.). *Applications of systemic family therapy. The Milan approach*. London: Grune and Stratton.
- UGAZIO, V. (1985). Oltre la scatola nera. *Terapia Familiare*, 19.
- UGAZIO, V. (eds.). *La costruzione della conoscenza*. Milano: Angeli.
- UGAZIO, V. (1989). L'indicazione terapeutica: una prospettiva sistemico-costruttivista. *Terapia Familiare*, 31.
- UGAZIO, V. (1990a.). Per una psicologia dell'educazione nella prima infanzia: il contributo dell'approccio interattivo-costruttivista. In V. Ugazio (ed.), *Manuale di psicologia educativa. Prima infanzia*. Milano: Angeli.
- UGAZIO, V. (1990b.). La costruzione relazionale dell'organizzazione fobica. In M. Malagoli Togliatti & U. Telfner (eds.), *Dal sintomo al sistema*. Torino: Bollati Boringhieri.
- UGAZIO, V. (1991). *Family semantic constructs and psychopathological organizations*.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. & JACKSON, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- WATZLAWICK, P. (ed.). (1984). *The invented reality*. New York: Norton.



LOS SISTEMAS HUMANOS COMO SISTEMAS LINGÜÍSTICOS: IMPLICACIONES PARA LA TEORIA CLINICA Y LA TERAPIA FAMILIAR

Harlene Anderson
Harold A. Goolishian
Galveston Family Institute

From our earliest practice of family therapy at medical schools, private family therapy institutes, and public agencies, our work with difficult populations that do not respond to current treatment technologies has reminded us of the inadequacies and the limitations of our expertise. This work has influenced our current, evolving clinical theory as we move from thinking of human systems as social systems defined by social organization (role and structure) to thinking of them as distinguished on the basis of linguistic and communicative markers. Hence, for us, the social unit we work with in therapy is a linguistic system distinguished by those who are "in language" about a problem, rather than by arbitrary and predetermined concepts of social organization. We call the therapy system a problem-organizing, problem-dis-solving system.

INTRODUCCION

El desarrollo de nuestras ideas ha sido motivado por el trabajo con casos en que han fracasado todos los intentos de tratamiento, así como casos derivados de los tribunales que generalmente representan complejos problemas clínicos contra los que existe una lucha constante, como por ejemplo los problemas de violencia doméstica, abusos sexuales y enfermedades crónicas. El desarrollo de nuestra teoría ha sido debido también a nuestro trabajo de consulta con, por ejemplo, servicios de protección de menores, de atención a la mujer, y servicios de reinserción social, a nuestra tarea de formación de la creciente variedad de estudiantes y profesionales de la salud mental interesados en Terapia Familiar. Así mismo, nuestro trabajo ha motivado conversaciones que suponían un reto tanto para nosotros mismos como para otras personas interesadas; conversaciones que nos hacían reflexionar sobre aquellos temas no resueltos y a la vez nos hacían cuestionar interrogantes que en otro momento habíamos dado por resueltos - por ejemplo: ¿Qué es la terapia?, ¿Cuales son las metas de la terapia?, ¿Como se identifica el objetivo de una terapia?, ¿Qué es el cambio?, y ¿Cual es el papel del terapeuta?.

PREMISAS FUNDACIONALES ACTUALES

En nuestro esfuerzo por aportar nuevas respuestas a tan difíciles preguntas, así como por fomentar nuevas opiniones en la manera de pensar sobre los sistemas humanos, los problemas que estos presentan y nuestra capacidad de trabajo con ellos, planteamos y damos una explicación detallada de cinco premisas principales:

1- Los sistemas humanos son a la vez sistemas generadores de lenguaje y de significado. La comunicación y el discurso son los que definen la organización social; esto es, un sistema sociocultural es producto de la comunicación social, no que la comunicación sea producto de la organización. Así, cualquier sistema humano es un sistema lingüístico o comunicativo, derivándose de aquí que todo sistema terapéutico es un sistema lingüístico.

2- El significado y la comprensión son construidos social e intersubjetivamente. Por intersubjetividad nos referimos a una situación en desarrollo en el que dos o más personas están de acuerdo en estar experimentando el mismo fenómeno de la misma manera. El significado y la comprensión implican dicha experiencia intersubjetiva. De todas formas, entendemos que este “estar de acuerdo” es frágil y está continuamente abierto a la renegociación y discusión. No se llega a una comprensión y significado compartido hasta que no entablamos un acto comunicativo, esto es, un discurso o diálogo generador de significado dentro de un sistema para el cual la comunicación es relevante. Entendemos que un sistema terapéutico es un sistema para el cual la comunicación tiene una relevancia específica para él mismo

3- Cualquier sistema de terapia es un sistema que se ha formado alrededor de algún problema y que está implicado en el desarrollo de un lenguaje y significado específicos, específico a su organización y a su disolución. En este sentido, el sistema terapéutico es un sistema que se caracteriza por un “problema”, y no la estructura social la que caracteriza al problema. El sistema terapéutico es pues un sistema organizador/desintegrador del problema.

4- La terapia es un acontecimiento lingüístico que tiene lugar en lo que llamamos conversación terapéutica. Dicha conversación terapéutica supone una búsqueda y exploración a través del diálogo, un intercambio y cruce de ideas, en el que se están desarrollando continuamente nuevos significados orientados hacia la resolución del problema y por tanto hacia la resolución del sistema de terapia, o lo que es lo mismo, del sistema organizador y desintegrador del problema. Así cambio equivale al desarrollo de un nuevo significado a través del diálogo.

5- El rol del terapeuta es el propio de un artista experto de la conversación —un arquitecto del diálogo— cuya finalidad es la de crear un espacio facilitador de conversación (dialógico). Así, el terapeuta es tanto un observador participante como un participante organizador de la conversación terapéutica.

Hemos hablado anteriormente sobre estas ideas bajo el título de Sistemas determinados por el problema (Andersen, 1986; Anderson et al., 1986; Goolishian, 1985; Goolishian & Anderson, 1987; Hargens, 1987). De todas formas, pensamos

que la etiquetación siempre supone un proceso peligroso, y por ello nos parece insatisfactorio el uso de “etiquetas” pues le dan una connotación a los problemas de fijos e invariantes. Por el contrario, somos de la opinión que los sistemas son fluidos, están en continuo cambio y nunca llegan a ser estables del todo. Así pues, el número de miembros de un sistema no tiene por que ser fijo; tal como va cambiando la definición del problema, también puede variar el número de integrantes del sistema. No quisiéramos dar a entender que los problemas aparecen de golpe y requieren una solución particular y activa; sino que consideramos que el rol del terapeuta consiste en tomar parte de los procesos de creación de lenguaje y significado sobre el problema que tiene el sistema, así como fomentar un diálogo orientado a la resolución del problema, y por consiguiente a la disolución del propio sistema.

Es a través del diálogo que los sistemas humanos desarrollan mutuamente su propio lenguaje y confirman el significado de éste. Es pues este proceso lingüístico en desarrollo el que produce los patrones, regularidades y predictibilidades que el terapeuta experimenta como independiente de sus descripciones y que se convierten en modelos para la comprensión. Un “sistema organizador y desintegrador de problemas” es un constructo intelectual igual como lo puede ser el constructo “familia”.

Esta conceptualización de la terapia es para nosotros una manera de pensar útil para nuestro trabajo clínico, investigador y docente. Así mismo, no tenemos la menor duda de que nuestras construcciones actuales continuarán desarrollándose en el futuro.

Al igual que los sistemas son fluidos, también lo son nuestras ideas sobre ellos. Nuestras teorías, así como nuestra práctica de la terapia, deben ser entendidas más como lentes temporales a través de las cuales vemos ciertos aspectos de la realidad social, que como representaciones que se ajustan totalmente a ésta. Nosotros no usamos nuestra experiencia con sistemas en terapia a fin de confirmar nuestras teorías, sino para impulsar la búsqueda de formas más útiles de conceptualizar, describir y trabajar con dichos sistemas.

Tanto las teorías como las formas de práctica en terapia individual y familiar son más bien, según nuestro punto de vista, ideologías sobre la conducta humana que descripciones que se ajusten a la realidad social; y al igual que el resto de ideologías está sujeta al cambio evolutivo a través del tiempo.

La terapia puede compararse a un proceso en el que se observa cómo los clientes confirman las expectativas del terapeuta y en devolución el terapeuta confirma las suyas. No debemos pensar que lo que está ocurriendo es una confirmación de la realidad representacional de la teoría psicoterapéutica, sino algo mucho más simple, como es una conversación en el lenguaje ordinario de nuestra época.

Szasz (1987) propone que la teoría psicoterapéutica no es una ciencia, sino “una ideología sobre la conducta humana” y “un fenómeno cultural como puede ser

una filosofía religiosa”. Nosotros estamos de acuerdo con esta postura y la hacemos extensible a todas las teorías del campo de las ciencias sociales (incluida la nuestra propia).

Las teorías sobre ciencias sociales son ideologías que se han inventado en un momento determinado por razones prácticas. Es como si toda teoría social implicara todo un mundo de significado “pre-interpretado”. Giddens (1977) llama a esto la “doble hermenéutica” la de las ciencias sociales y la del lenguaje ordinario. Por una parte, ni las ciencias sociales ni las teorías sobre psicoterapia pueden ignorar las categorías usadas por la gente en la organización práctica de la vida social. Por otra, la gente asume que las ciencias sociales y las teorías psicoterapéuticas son elementos de su comportamiento. Afortunadamente, las teorías psicoterapéuticas y las ciencias sociales cambian en la medida que el lenguaje que se usa para describir la interacción social y la conducta, cambia a lo largo del tiempo. Esto aumenta enormemente la dificultad e incrementa la imposibilidad de predecir la conducta humana. Resulta imposible para nosotros cambiar la naturaleza propia de las ciencias sociales y psicoterapéuticas, caracterizada por basarse en una relación de sujeto a sujeto.

Las diferentes ideas, teorías, significados y prácticas siempre estarán en continuo cambio y desarrollo.

En el presente artículo introducimos y elaboramos nuestras ideas teóricas actuales, así como algunas de las implicaciones que éstas tienen para la práctica y teoría clínica. Haremos la presentación de tales ideas tal como han ido evolucionando a lo largo de este trayecto, a veces curioso, pero siempre desafiante. De todas formas, a pesar de que nosotros creemos en estas ideas no queremos convencer a nadie de que dichas ideas tengan un “status epistemológico privilegiado” (Rorty, 1972, p. 201), (ni así lo creemos), ni tampoco las presentamos como una alternativa en Terapia Familiar. Por el contrario, el camino que han seguido nuestras ideas nos ha llevado a cuestionarnos la noción misma de Terapia Familiar. Para empezar, presentamos nuestra visión de la evolución que se ha producido en Terapia Familiar durante los últimos 35 años, y también de las dos direcciones contrarias que creemos se están siguiendo en dicho campo; estas son: la que pone mayor énfasis en los sistemas sociales, frente a otra que subraya más los sistemas de significado.

LA PRIMERA OLA

A principios de los años cincuenta, algunos terapeutas, tanto de forma simultánea como por separado, empezaban a explorar nuevos caminos en su trabajo clínico. Fue una época de rápida expansión de las teorías psicoanalíticas donde el foco principal se centraba en los sistemas intrapsíquicos de la persona. En este contexto, el punto de vista que prevalecía sostenía que los síntomas y los problemas implicaban solamente al individuo. El irse dando cuenta, después de un largo proceso, que algunos sentimientos reprimidos estaban asociados a un desarrollo

histórico traumático supuso una esperanza para la psicología. De todas formas, algunos clínicos inquietos estaban trabajando con poblaciones clínicas complejas frecuentemente diagnosticadas como esquizofrénicas y delincuentes, y con los cuales el tratamiento psicodinámico a largo plazo que se utilizaba en aquella época parecía incapaz de promover ningún tipo de cambio. Dichos terapeutas, representantes de un amplio rango de entornos e intereses, respondieron al problema con un espíritu innovador, y así desarrollaron un nuevo sistema de terapia: el familiar. En este grupo, para mencionar a unos cuantos, estaban Ackerman en Nueva York; Bateson, Jackson, Weakland, Satir, y Haley en Palo Alto; Bowen en Topeka y Washington; Whitaker y Malone en Atlanta; Lidz en Baltimore; Schefflen y Birdwhistle en Philadelphia; Wynne y Singer en Washington y Berkeley; y Goolishian, McGregor, Serrano, y Ritchie en Galveston. Inicialmente, la mayoría de ellos no eran conscientes del trabajo de los otros, y el campo de Terapia Familiar no se convirtió en una entidad pública hasta el final de los años cincuenta en que empezaron a presentarse comunicaciones en los encuentros de la Asociación Americana de Psiquiatría y Asociación Americana Ortopsiquiátrica. El surgimiento del campo de la Terapia Familiar produjo el entusiasmo y el mismo tipo de expectativas que es característico de los primeros momentos en el desarrollo de muchas ideas nuevas. Fue el trabajo de Bateson y su grupo de investigación en comunicación y teoría cibernética el que dio a este nuevo campo de esfuerzo terapéutico el máximo de energía. Hasta que el grupo de Palo Alto publicó su trabajo sobre doble vínculo en 1956, la mayoría de el trabajo familiar inicial consistía en un empeño en hacer torpes transformaciones de las teorías psicodinámicas. La teoría del doble vínculo, basada en la interacción comunicativa, tuvo la capacidad de describir la naturaleza interaccional de los dilemas humanos, liberando al trabajo de familia de las restricciones de las teorías individualistas, así como del lenguaje de la Psicología individual. Haley (1981) ha descrito este movimiento hacia lo familiar como un “intrépido salto conceptual”.

La Terapia Familiar, sin lugar a dudas, ha cambiado de forma marcada el tipo de prácticas realizadas en el campo de la salud mental, pero de alguna manera, a lo largo del camino, ha perdido gran parte de su estado de entusiasmo inicial. Muchas de las promesas iniciales de mejora de resultados y eficiencia no se han cumplido, y en muchos aspectos, el campo no parece estar muy lejos del punto de partida situado 35 años atrás. Para algunos clínicos, parece haber una insatisfacción creciente con la Terapia Familiar. Minuchin (Minuchin et al. 1986) se pregunta, “¿cuál es el terreno que hemos conquistado?”. Dell (1985) opina que el campo de la Terapia Familiar se encuentra en una situación de estancamiento. “¿Dónde están los guerreros?” se pregunta Auerswald (1986). Nosotros por nuestra parte nos preguntamos “¿qué ocurrió con tan radiante idea novedosa, con este intrépido salto conceptual?”. ¿Es la Terapia Familiar el mejor esquema para responder a las preguntas que los terapeutas se formulan y para entender la práctica clínica? Tal vez,

en un sentido Kunhiano (Keeney, 1983), el campo se encuentra en un estadio de "ciencia normal" en el desarrollo de los paradigmas de sistemas familiares, utilizando los conceptos nuevos simplemente como medio de resolución de problemas. Pero tal vez, y este es nuestro punto de vista, el problema es más serio y persistente. Podría ser que este salto del que hablábamos no fuera tan grande después de todo y que este intrépido nuevo concepto no difiriera significativamente de la posición teórica a la que intentaba reemplazar. Desde hace algún tiempo estamos interesados en el hecho de que aparentemente los problemas psicológicos parecen aparecer, cambiar de forma, y desaparecer en la medida que el vocabulario y descripciones de los terapeutas cambian. Creemos que el nuevo reto consiste en examinar las descripciones de los terapeutas y, de esta manera, redefinir los problemas con los que trabajan. La "novedad" en el período inicial fue el hecho de definir el problema en términos familiares. ¿Es esta todavía una conceptualización útil, o acaso la esencia del problema ha cambiado a través del tiempo?. Si el problema depende del punto de vista del observador, ¿es que ha cambiado dicho observador?. Nosotros sugerimos que, a lo largo del tiempo, la definición del problema ha cambiado.

Nuestro interés principal radica en proponer diferentes hipótesis y cuestionar otros aspectos, así como en desarrollar diferentes vocabularios y descripciones acerca de los problemas. No estamos proponiendo otra teoría o modelo de Terapia Familiar, ni tampoco un conjunto de soluciones alternativas a los problemas usuales planteados en el campo de Terapia Familiar. Kunh (1962) comenta que los científicos que proponen diferentes teorías (o paradigmas) hablan diferentes lenguajes entre sí. De esta manera expresan diferentes convencimientos conceptuales que sólo son útiles y apropiados en campos diferentes. De cualquier manera, toda ciencia, disciplina, y profesión, puede sobrevivir al paradigma del cual surgió si se continúan las conversaciones y el tipo de discurso que hará posible el cambio de ideas a través del cambio de descripciones. Por lo tanto, nosotros simplemente estamos exponiendo nuestros pensamientos sobre los problemas que existen en el campo tal como los vivimos y definimos. Hacemos esto con el espíritu pionero que prevaleció durante la primera ola y con la esperanza de que nos veremos obligados a discutir sobre, y manejarnos con un conjunto de temas totalmente nuevos, en la medida que la comprensión de nuestro trabajo clínico continúa desarrollándose.

DOS DIRECCIONES: UN DILEMA DE SIGNIFICADO

En nuestra opinión, el campo de Terapia Familiar se está moviendo (continuando una discusión) a través de dos direcciones opuestas que hacen referencia a la manera de entender los sistemas humanos, los problemas que estos presentan, y la manera como les es más útil a los terapeutas entenderlos y trabajar con ellos. La primera dirección aparece como una extensión de las hipótesis fundamentales del paradigma tradicional y prevalente en las ciencias sociales. Dicha dirección deriva

el significado y la comprensión de la observación de los patrones de organización social tales como la estructura y los roles. Por ejemplo, los terapeutas de familia se han desplazado del individuo al contexto (la familia) y de la familia al contexto más amplio del sistema social. Dentro de esta perspectiva, el significado de los sistemas sociales puede conceptualizarse como derivado de la observación de patrones de organización social.

La segunda dirección, evidente en el campo familiar, se basa en la afirmación de que los sistemas sólo pueden describirse como existentes en el lenguaje y en la acción comunicativa. Desde este punto de vista, la organización y la estructura son los resultados del intercambio comunicativo y, por tanto, se hallan en cada caso determinados por el intercambio dialógico. Esta posición no busca parámetros sociales universales o normativos para describir la organización social. Por el contrario, las complejidades estocásticas etiquetadas y definidas como sistemas sociales son el resultado del esfuerzo continuo por entender lo que ocurre entre las personas que interactúan y se comunican. El significado y los sistemas sociales se generan en y a través del diálogo.

El significado derivado de patrones de organización social

Desde el punto de vista predominante, los sistemas humanos se consideran como sistemas socioculturales organizados de acuerdo a roles y estructuras, y caracterizados por tener estabilidad, jerarquía, poder y control. Esto es, los sistemas socioculturales se definen y mantienen por la organización social a través de roles y estructuras sociales. Esta teoría social general, en la cual pensamos que se han basado la mayoría de teorías psicoterapéuticas, ha sido bien descrita por Parsons (1951, 1964) en su aplicación de conceptos cibernéticos a las teorías sociales. Desde esta perspectiva Parsoniana los sistemas se consideran cibernéticamente estratificados. El orden y la estabilidad están jerárquica y teleológicamente controlados desde arriba a fin de satisfacer los requerimientos del sistema total. Para que un sistema mantenga su estabilidad, la relación entre los componentes del sistema y los procesos que se dan dentro de él (y entre los componentes y su contexto) debe ser tal que la estructura del sistema y sus componentes permanezcan invariantes. Así, la homeostasis y la permanencia del sistema son las condiciones predominantes.

Esta visión de los sistemas puede ser equiparada a una “teoría de la cebolla” (Anderson et al. 1986, Goolishian, 1985). Cada sistema es como una capa de la cebolla la cual está envuelta a su vez por otra capa. De esta manera, cada estrato de la “cebolla social” se encuentra subordinado al estrato superior y se ve controlado para permanecer al servicio del mantenimiento del orden social y la estabilidad. Cada estrato de la organización social está al servicio de la eficacia del sistema social supraordenado. Así pues, cada estrato incluye y controla a los estratos subordinados al servicio de sus propios requerimientos —el mantenimiento de la homeostasis del

orden social, la estabilidad y el equilibrio. Desde esta visión, el individuo se halla envuelto por la familia, la familia por el sistema mayor, y este a su vez por la comunidad, etc. Tal restricción impuesta de roles sociales y estructura actúa como un arnés social el cual existe independientemente de las personas, y proporciona el orden que la sociedad denomina cultura y civilización.

Esta perspectiva Parsoniana de los sistemas sociales implica que la conducta problemática, patología o desviación dentro de los componentes del sistema, representa inadecuaciones en la estructura y rol social. Estas inadecuaciones están relacionadas con los procesos de insuficiente socialización procedentes del estrato jerárquico inmediatamente supraordenado al desviante. Así pues, la génesis de los problemas se sitúa en el sistema social supraordenado al que expresa la desviación. Esta desviación se supone que es el resultado de una inadecuada socialización lo cual da lugar a una estructura y roles sociales defectuosos. Por ejemplo, conceptos del campo de la Terapia Familiar como: estructura familiar disfuncional, fronteras generacionales inadecuadas, síntomas funcionales y jerarquías inadecuadamente ordenadas, forman parte de la expresión de esta teoría social fundacional. Así, el objetivo del tratamiento (la unidad de acción social con la que trabajan los terapeutas) viene definido por estructuras y roles sociales. La función de la terapia en esta estructura es la de reparar los defectos sociales (el problema). El lenguaje descriptivo es el propio de un terapeuta experto en diagnóstico y tratamiento a través del conocimiento del sistema social y sus funciones.

La noción del empirismo o realidad objetiva es central para una teoría de tipo social como es la teoría de los sistemas sociales. En el núcleo de esta posición empírica se tiende a una firme adhesión al modelo hipotético-deductivo de explicación, basado en un intento de acercamiento hacia la ley científica externa. De esta forma, los sistemas sociales son definidos objetivamente y existen independientemente del observador. El observador externo debe sólo investigar en qué medida el lenguaje usado para describir el sistema es adecuadamente representacional. El hecho de conocer cómo debería ser un sistema coloca al observador (al terapeuta) en la posición independiente de determinar cómo es el sistema (patología / diagnóstico) y establecer cómo debería ser (normalidad / tratamiento). Todo lo dicho anteriormente según las descripciones objetivas del terapeuta. En el campo de la Terapia Familiar existe una insatisfacción creciente con el hecho de que las ciencias sociales y la psicoterapia estén planteadas en los términos del empirismo lógico propio de las llamadas "ciencias naturales" (Andersen, 1987; Auerswald, 1985, 1987; Bateson et al. 1956; Bogdan, 1984; Cecchin et al. 1986; Dell, 1985, 1981; Doherty, 1986; Hoffman, 1981, 1985; Keeney, 1979, 1983; Méndez et al. 1986; Schwartzman, 1984; Sluzki, 1985; Watzlawick, 1982; Watzlawick et al. 1974).

A lo largo de este artículo ampliaremos la teoría del significado e interpretación como alternativa a la teoría social Parsoniana predominante; y contrastaremos

las implicaciones de dicha alternativa para la teoría y la práctica clínica.

El terreno del significado: Los sistemas humanos entendidos como sistemas lingüísticos.

Desde esta óptica (o línea de argumentación) diferente dentro del campo de la Terapia Familiar, se entienden los sistemas humanos como existentes sólo en el terreno del significado o de la realidad lingüística intersubjetiva. En el terreno del significado, los sistemas sociales son redes de comunicación las cuales se distinguen “en” y “por” el lenguaje. Es decir, existe comunicación de unos con otros y conversación entre unos y otros. Así pues, este terreno del significado es entendido como un terreno lingüístico o conversacional (Bateson, 1971; Bateson et al. 1956, Maturana, 1978; Maturana et al. 1987). “Terreno lingüístico o conversacional” es el término usado para designar la suma de las interacciones comunicacionales que se dan en el lenguaje de los participantes implicados en el diálogo o conversación. Cuando hablamos de lenguaje no focalizamos especialmente en los signos, estructura o estilo; sino que más bien nos referimos al significado lingüísticamente mediatizado y contextualmente relevante que es interactivamente generado a través de palabras y otros actos comunicativos. Este significado generado (comprensión) dentro de un contexto social particular se desarrolla a través del proceso social dinámico del diálogo y la conversación. Vivimos unos con otros, pensamos y trabajamos unos con otros, y nos amamos unos a otros. Todo esto se refleja en el lenguaje.

Nosotros preferimos usar expresiones como “lenguaje” o “estar en el lenguaje” con la finalidad de distinguir este proceso de la actual tradición psicolingüística. En el modelo psicolingüístico significado y comprensión se consideran derivados de la lógica de los signos y de los símbolos, de las estructuras gramaticales y de su uso lógico y además separados de su uso real (Miller, 1981). Desde nuestro punto de vista los humanos deben entenderse como algo más que simples sistemas procesadores de información. Nosotros somos usuarios del lenguaje. Hablamos, oímos, escribimos y utilizamos toda la variedad de expresiones y formas del lenguaje como parte propia del proceso humano de creación y afrontamiento de las realidades en que vivimos. Es a través del lenguaje que somos capaces de mantener un contacto humano significativo entre personas, y es mediante éste que compartimos la realidad. “Estar en el lenguaje” es una operación dinámica y social. No se trata de una actividad puramente lingüística. Wittgenstein (1963) utiliza el concepto de “juego de lenguaje” para connotar este carácter dinámico del mismo. Así mismo, nosotros entendemos el lenguaje como una herramienta humana a la que se le da un uso específico, y que no puede entenderse o tener significado fuera del contexto de dicho uso. Por la expresión “estar en el lenguaje”, nos referimos al proceso de creación social de las realidades intersubjetivas que compartimos de manera temporal unos con otros. Debe quedar claro que este no es un modelo totalmente

adecuado para entender la operación completa del uso que hacemos los humanos del lenguaje. “Estar en el lenguaje” es, con todo, un proceso distintivo de los humanos ya que es a través del lenguaje que somos capaces de formar las comunidades de significado cambiantes a las cuales pertenecemos y que son para nosotros las realidades intersubjetivas en las cuales existimos.

Así pues, podemos definir a los humanos como sistemas generadores de lenguaje, de significado, implicados en una actividad que es a la vez intersubjetiva y recursiva. De esta manera, la construcción del significado y la comprensión, la construcción de los sistemas humanos, es un proceso creativo, dinámico y en constante cambio. Esta visión acerca de la interrelación humana no se basa en una definición de la percepción y cognición que requiera una visión representacional u objetiva de la realidad. Por el contrario, esta posición emergente, tiene como núcleo la creencia que la realidad es una construcción social. Nosotros vivimos y tomamos parte de un mundo que definimos a través de nuestro lenguaje descriptivo en un intercambio social con los otros. Dicho de otro modo, vivimos y actuamos socialmente dentro de un “multiverso” de mundos diferentes de descripciones. Maturana y Varela (1987) parten de la posición que toda acción humana tiene lugar en el lenguaje, y además, cada acto en el lenguaje da lugar a un mundo creado con los otros. Según estos autores nosotros creamos los objetos de nuestros mundos con y a través del lenguaje. En una dirección similar, Bateson (1971) sostiene que las características mentales de un sistema son immanentes a dicho sistema como una totalidad. El conocimiento (significado) no se halla tanto en la mente de las personas como en la interacción. De esta manera Bateson cuestionó el concepto de una realidad objetiva, y también las maneras habituales en que los terapeutas otorgan sentido al mundo. Desafió nuestras observaciones, haciéndonos ver que resulta más familiar y cómodo seleccionar lo que confirma nuestras creencias preexistentes. Bateson (1971) denominó a esta nueva manera de pensar sobre las ideas: “ecología de la mente”, o bien “ecología de las ideas”.

La conceptualización de la realidad como un multiverso de significados, creado en intercambio social dinámico e interacción a través de la conversación, se distancia de preocupaciones sobre asuntos tales como las verdades únicas, y nos acerca hacia un multiverso que incluye una gran diversidad de versiones conflictivas acerca del mundo (Goodman, 1978). Dentro de esta estructura no existen entidades “reales” externas, tan sólo personas que se comunican y generan lenguaje. Existe únicamente un proceso de constante evolución de la realidad del uso del lenguaje. De esta manera, no hay “hechos” que deban ser conocidos, ni sistemas que deban ser “entendidos”, ni tampoco patrones ni regularidades que deban ser “descubiertas”. Este posicionamiento exige dejar de lado la visión de la humanidad como “conocedora” de las esencias de la naturaleza. Esta visión se sustituye por otra correspondiente a una humanidad en continua conversación.

La conversación —el lenguaje y los actos comunicativos— es simplemente

parte del esfuerzo hermenéutico para llegar a un entendimiento con quienes estamos en contacto. Dicho de otro modo, el lenguaje no refleja la naturaleza (Rorty, 1972); sino que crea las naturalezas que nosotros conocemos. El significado y la comprensión no existen previamente a las expresiones del lenguaje. En este contexto, la comprensión no significa que siempre se llegue a entender a la otra persona, sino por el contrario, que sólo somos capaces de entender lo que la otra persona está diciendo a través del diálogo. Esta comprensión siempre se da en un contexto determinado y nunca se mantiene fija a lo largo del tiempo. En este sentido la comprensión siempre es un proceso “en marcha” y nunca llega a estar acabado del todo. Solamente podemos comprender las descripciones y las explicaciones. No podemos entender los acontecimientos porque, desde este punto de vista, nunca existe un acontecimiento único que pueda ser descrito, ni ningún entendimiento llega a abarcar todas las potencialidades infinitas del significado.

En este artículo proponemos desarrollar algunas de las implicaciones teóricas de esta posición para el campo de la terapia.

LOS SISTEMAS DEL LENGUAJE Y LA TERAPIA

El énfasis en este aspecto crea una alternativa a la idea de que los roles sociales y la estructura existen en algún tipo de realidad empírica y reificada. Sitúa el lenguaje y la comunicación como básicas en el comportamiento social. De esta manera, la organización social es más el producto de la comunicación social que un producto de la organización. Esta es una posición distinta de la defendida por Haley (1981) quien establece que sólo un cambio en la jerarquía podrá cambiar la comunicación. A nuestro entender la comunicación y el discurso son los que definen la realidad social y la realidad es un producto del diálogo cambiante. Esta visión es parecida a la de Maturana y Varela (1987) quienes sostienen que no existe intercambio de información (o información transmitida) en la comunicación. Por contra, sostienen que las personas hablan y escuchan según la manera como están estructuradas y no según la organización social en la que están implicadas. En una línea parecida Braten (1984) define los sistemas socioculturales como “sistemas procesadores de significado compuestos por participantes interactuantes que mantienen y transforman su identidad y la de su red social mediante una comprensión más o menos compartida tanto de ellos como del mundo” (p. 193). Más adelante afirma que esta comprensión compartida no es ni objetiva ni subjetiva, sino intersubjetiva, y que genera la complementariedad sujeto-objeto (p. 195). Braten se refiere a esto como un cruce dialógico de perspectivas, las cuales, advierte, pueden quedar reducidas a una perspectiva monológica bajo determinadas condiciones. En una mono-perspectiva cesa el desarrollo de nuevo significado pues de entre todos los posibles conjuntos de ideas se toma uno como el dominante, llegando a hacerse invariante. De todas maneras, se debe ser cauteloso a la hora de identificar directamente una mono-perspectiva con problemas; es decir, no se debe pensar que

una mono-perspectiva será siempre problemática ya que en realidad puede serlo o no.

Los sistemas sociales humanos precisan de la unión lingüística de sus componentes, de manera que puedan funcionar entre ellos como observadores dentro del lenguaje. De este modo los sistemas sociales están en un cambio constante que es producto de las realidades sociales comunicadas y a la vez se basan en las incertidumbres que se dan en el diálogo y el discurso y que proceden de nuestros esfuerzos continuos por llegar a un acuerdo. Dicho de otra forma, el lenguaje es el substrato a través del cual se forman las estructuras y roles sociales.

Cuando aplicamos este concepto a la clínica, a veces es difícil tener presente que los sistemas con que trabajamos existen sólo en nuestras descripciones. A su vez, tales descripciones, sean de la orientación teórica que sean, existen también sólo en el lenguaje. Los sistemas con que nosotros, como terapeutas, trabajamos son los relatos que van desarrollándose a lo largo de la conversación terapéutica. Son el producto de campos lingüísticos que están en interacción. Los sistemas, por tanto, no existen en una realidad social externa o determinada unilateralmente, sino que existen en las interacciones a través del lenguaje y en la narrativa teórica y metafórica de nuestras teorías.

LOS SISTEMAS TERAPEUTICOS COMO SISTEMAS ORGANIZADORES/DESINTEGRADORES DE PROBLEMAS

Al fijar el objetivo del tratamiento como dirigido a sistemas de acción social, definidos por las bases de la interacción comunicativa, se hace necesario mirar más allá de los sistemas predefinidos sobre las bases de la definición social y dirigir nuestra atención hacia los que están en contacto lingüístico activo. El sistema a tratar incluye a todos aquellos que participan de un mismo contexto donde se comparte un lenguaje común para referirse a un problema determinado. Tal sistema puede ser menor que una familia, como una familia, mayor que una familia o incluso formado por individuos que comparten una relación poco habitual. El objetivo del tratamiento son aquellas personas que se encuentran en el contexto problemático, aquellas personas que comparten un determinado lenguaje para referirse a lo que ellos definen como el problema, las personas que constituyen el sistema social. El lenguaje que se usa en el ámbito de un problema es el que distingue al sistema, y no el sistema quien distingue al problema. Dicho de otro modo, no son los sistemas los que crean los problemas, sino que es el hecho de hablar del problema lo que constituye el sistema. Nosotros nos referimos a los sistemas según nuestra definición como sistemas organizadores/desintegradores del problema. En torno al hecho de usar un lenguaje compartido para referirse a los temas que conciernen y alarman a los componentes del sistema se organiza un sistema de acción social.

Debido a su existencia en el lenguaje, los sistemas creadores del problema no tienen en cuenta los límites propios de las estructuras y roles sociales. Desde esta

perspectiva el objeto del tratamiento ya no se define como individual, familiar, sistema mayor, etc. No es que digamos que no vemos en nuestras consultas a individuos o familias. Si no que, cuando lo hacemos, los conceptualizamos en términos de redes de comunicación (con sus participantes relacionados) y de intercambios dialógicos que son los que definen el problema; nunca los conceptualizamos en términos de estructuras sociales predeterminadas. No obstante, con el concepto de sistema organizador del problema no queremos referirnos ni establecer otro tipo de patología objetivizada, sino que queremos significar una definición diferente de los parámetros de los sistemas.

Los problemas son un tipo de significado co-desarrollado que existe en la comunicación dialógica continua. En el diálogo se están generando nuevos significados en constante evolución. Los “problemas” no existen indefinidamente, por tanto, con el tiempo, todos los problemas llegarán a resolverse. Todo problema incluye un mayor o menor número de personas implicadas y lleva consigo un significado continuamente cambiante que depende de quién está en comunicación relevante con quién en un momento dado. Los actores de un sistema-problema cambiarán a través del tiempo, y tal como la conversación va cambiando irá cambiando también la definición del problema que les preocupa. Esto significa que los problemas y los sistemas por ellos organizados no son entidades fijas que perduren a lo largo del tiempo hasta que sean resueltos. Tanto los problemas como los sistemas organizadores del problema cambian tan rápido y a menudo como el resto de relatos alrededor de los cuales organizamos el significado y el intercambio social.

Convivimos en un mundo de narraciones conversacionales, y nos entendemos a nosotros mismos y a los otros a través de historias y auto-descripciones cambiantes. De acuerdo con Wittgenstein (1963), nos gustaría señalar que el significado (las narraciones co-creadas y redes temáticas mediante las cuales organizamos y nos definimos a nosotros mismos y a los otros) se deriva del uso intersubjetivo y comunicativo que se hace del lenguaje. El significado y los problemas no son simples derivados de la estructura formal y la definición. Tal como Hoffman (1985) ha indicado, nosotros ya no pensamos en los problemas como existentes “dentro” de la familia, o en cualquier otra unidad espacial o socialmente definida. Los problemas se hallan en las mentes intersubjetivas de todos quienes están en un intercambio activo de comunicación y así, cambian continuamente.

ALGUNAS IMPLICACIONES PARA LA TEORIA CLINICA

La manera cómo pensamos sobre la terapia es de primordial importancia para nuestra actuación como terapeutas. El conceptualizar a los sistemas humanos como existentes en el terreno lingüístico (el mundo del significado, la comprensión y la narrativa) supone un reto mayor a las teorías y prácticas basadas en la sociología Parsoniana. Muchas de las implicaciones que tienen los conceptos sobre sistemas

de lenguaje para la terapia son bastante contradictorias respecto a las prácticas clínicas basadas en una teoría social según la cual el significado se asigna a la interacción, y en la cual los sistemas y las ideas se objetivan según las bases de la estructura social. Nuestro intento no consiste en dejar de lado o quitar importancia a la Teoría y Terapia Familiar actuales, sino más bien sugerimos que algunos de los conceptos aceptados en la teoría y práctica tradicional reducen nuestras habilidades creativas a la hora de pensar y trabajar eficazmente.

Intentaremos explicar cómo la idea sobre los sistemas humanos como sistemas de lenguaje y significado, puede transferirse al sistema terapéutico alrededor de las nociones interconectadas de: terapia y cambio, rol terapéutico y definición del problema.

Terapia y cambio

El filósofo Gadamer a menudo cita una frase de Hans Lipps (1938) quien establece que todo relato lingüístico encierra un “círculo de lo inexpresado”. Gadamer (1975) llama a esto “la infinitud de lo no dicho”. Esto significa que ningún relato comunicativo ni palabra son completos, claros o unívocos. Todos ellos van acompañados de significados inexpresados y posibles interpretaciones nuevas que requieren articulación y expresión. Con esto no quiere dar por supuesto que el relato lingüístico original sea necesarimanete deficiente, sino más bien, que cualquier acción comunicativa es una fuente infinita de posibles expresiones y significados nuevos. De esta manera, el tema general y el contenido de cualquier diálogo y discurso se hallan abiertos a un cambio evolutivo en el significado. A través de este proceso de investigación en lo “no dicho” se obtiene un conocimiento del sistema. Como afirma Gadamer, la característica de toda conversación dialógica es que los participantes se abren a los otros participantes, aceptando su punto de vista como merecedor de consideración en algún aspecto. Es mediante este proceso que nosotros, en el lenguaje, podemos entrar unos dentro de otros de manera que no estamos entendiendo al individuo en sí, sino a lo que él está diciendo. Es pues esta característica del diálogo la que hace posible y continuo el cambio. Nosotros pensamos que la terapia es un proceso de expansión y expresión de “aquello que no se ha dicho” —esto es, el desarrollo a través del diálogo de nuevos temas y narraciones, y realmente, la creación de nuevas historias. La terapia utiliza y necesita de los infinitos recursos de lo “no dicho todavía” en las narraciones alrededor de las cuales nos organizamos en nuestra conducta hacia los otros. Este recurso se halla en el “círculo de lo no expresado”, y para conseguir un cambio se requiere acción comunicativa, diálogo y discurso.

Tal recurso para el cambio —lo “no dicho todavía”— no se halla “en” el inconsciente ni en ninguna otra estructura psíquica. Tampoco se halla “en” las células o la estructura biológica, ni “en” una estructura social como puede ser la familia. Este recurso está en “el círculo de lo no expresado”. La capacidad para

generar cambio radica en la habilidad que podemos tener para “estar en el lenguaje” unos con los otros, y dentro del lenguaje, desarrollar siempre: temas, narraciones e historias nuevas. A través de este proceso co-creamos y co-desarrollamos las realidades sistémicas alrededor de las cuales obtenemos significados unos de otros, y a través de las cuales reorganizamos continuamente nuestra vida mutua y nuestras auto-descripciones. Como hemos dicho antes, el cambio requiere acción comunicativa, diálogo y discurso. Lo que se requiere para la terapia es el mantenimiento de una conversación de manera que la lógica del contenido de un sistema-problema sea persistentemente explorada a través de preguntas. En el proceso de llevar a cabo esta exploración surgirán otras descripciones y significados que no son etiquetados en el lenguaje como “problema”. Este es el proceso propio del cambio. La terapia es una actividad lingüística en la cual el hecho de mantener una conversación sobre un problema es un proceso de desarrollo de nuevos significados y comprensiones. La meta de la terapia es llegar a participar en una conversación que consiga ir aflojando las rigideces e ir abriéndose a la explicación sincera. A través de la conversación terapéutica los significados y conductas prefijadas (el sentido que la gente otorga a las cosas y a sus acciones) son ampliados, ligeramente variados y cambiados. Este es pues el resultado que se le pide a la terapia.

El paso de la conversación ordinaria a la conversación terapéutica

La conversación y el diálogo siempre se apoyan en un frágil conjunto de condiciones. Estas incluyen aspectos tales como el respeto mutuo y la comprensión, una disposición para escuchar y poner a prueba las opiniones propias y los prejuicios, y una búsqueda mutua de la veracidad de aquello que se está diciendo. El significado que se deriva de la conversación siempre depende de un número determinado de temas que van apareciendo; entre ellos se encuentran:

- El momento en que se da la conversación
- La relación que mantienen los participantes entre ellos
- Lo que cada uno sabe sobre la situación y las intenciones de los otros
- Lo que los participantes esperan conseguir
- Las convenciones sociales y culturales aplicables
- Los siempre cambiantes significados que los participantes anticipan

Debido a esta fluidez, el significado y la comprensión en el diálogo y la conversación suponen siempre una actividad interpretativa que está en continuo flujo y cambio. No existen interpretaciones prefijadas y únicas en cuanto a corrección en un determinado contexto, que sirvan para guiar la conversación. Todo significado, comprensión e interpretación, son inherentemente negociables y tanteables. De igual manera no existen significados fijos que puedan transmitirse en una conversación. Todos los participantes de una conversación aportan mundos totalmente diferentes, y están dando continuamente forma a estos mundos en el proceso del diálogo. Para conseguir este proceso de dar nueva forma se necesita de

la intimidad de la conversación —que permanezcamos en un contacto continuo a través del lenguaje unos con otros. Entendidos de esta forma, el lenguaje y la conversación son siempre una actividad dinámica social, y el significado es siempre, en cierta medida, indeterminado.

La conversación terapéutica básicamente no es distinta de cualquier otra. Esto es, en su núcleo existe el proceso básico de personas que intentan entenderse unas a otras. En una conversación terapéutica, el terapeuta está en contacto continuo con todos los miembros del sistema organizador del problema. Es en esta conversación cambiante, y en la continua exploración de la lógica de las diversas descripciones que se hacen del sistema-problema que co-desarrollamos lo “no dicho todavía”. Los miembros del sistema-problema conectan la lógica de este de diferentes maneras y con diferentes valores, y aunque todos deben tener la oportunidad de desarrollar su discurso y cambiar, cada uno lo debe hacer a su propio ritmo y según su propia manera. En el diálogo nada permanece igual. El cambio en terapia no es otra cosa que el cambio de significado que se deriva del diálogo y la conversación.

Desde el contacto inicial y a lo largo del curso de las entrevistas, el terapeuta debe hacer opciones y tomar decisiones sobre aquello de lo que va a hablar. Lo que se dice no sale simplemente de la nada. El terapeuta, igual que cualquier persona en un intercambio conversacional, siempre está buscando significado y sintetizando creativamente la información, la comprensión, y el significado. En este proceso el terapeuta va obteniendo pistas y utilizando claves que le ofrecen los clientes. ¿De qué modo un terapeuta elige que es lo que va a responder y de qué manera lo va a hacer?, ¿Cómo sabe un terapeuta qué preguntas formular?. A continuación presentamos algunos elementos generales e interrelacionados, básicos para la conversación terapéutica.

1- El terapeuta lleva adelante la investigación dentro de los parámetros del sistema tal como son descritos por los clientes. Esto se debe hacer de manera que dé lugar a una ampliación de alternativas hacia nuevos significados. Estos nuevos significados deben ser tales que respeten a todos los miembros del sistema organizador del problema, incluido el terapeuta. Para conseguir este fin el terapeuta debe permanecer próximo a la comprensión del momento preciso, trabajar dentro de este momento, y poco a poco ir saliéndose de los parámetros. Tal como Bateson (1971) ha indicado, crear un clima familiar al principio permite crear un clima adecuado para introducir con posterioridad la novedad.

2- El terapeuta maneja múltiples y contradictorias ideas simultáneamente. Debe demostrar un interés y entusiasmo equiparable hacia todas las ideas que aparecen. El terapeuta debe tomar en serio cualquier cosa que se diga, y considerar igualmente la plausibilidad de todo lo expuesto. Para conseguir este fin, el terapeuta debe preguntar sin juzgar la “veracidad” o “falsedad” de ningún punto de vista. Estas acciones dan la oportunidad de ir llevando la entrevista hacia un cuestionamiento mutuo de las ideas familiares y así, hacia una ampliación, variación y creación

sintética de nuevas narraciones, interpretaciones y significado.

3- El terapeuta tiende más a un lenguaje cooperativo que no co-operativo. Toma en serio cualquier cosa que se diga sin importar lo sorprendente, trivial o peculiar que pueda ser. En el proceso de preguntar debe mostrar respeto hacia lo dicho y nunca emitir un juicio. Actuar de esta manera posibilita una movilidad lingüística y desplaza la entrevista más hacia una conversación colaborativa que no hacia una confrontación, competición, polarización e inmovilidad.

4- El terapeuta aprende, comprende y conversa en el lenguaje del cliente, pues dicho lenguaje es la metáfora para las experiencias de este. Las palabras, lenguaje, y significados del cliente son aquello que tiene vigencia y está ocurriendo en su vida. Así, en la conversación terapéutica es esencial que el terapeuta vaya obteniendo comprensión a través de la metáfora de la experiencia del cliente.

5- El terapeuta es un oyente respetuoso que no entiende de forma excesivamente rápida. Cuanto más rápidamente entienda a la gente menos oportunidades se dejan para el diálogo y más posibilidades para los malos entendidos. Una comprensión demasiado rápida conlleva el riesgo de bloquear el desarrollo de nuevo significado (nuevo discurso) tanto para el terapeuta como para el cliente.

6- El terapeuta hace preguntas de manera que las respuestas requieran nuevas preguntas. Esto es, el terapeuta desarrolla el arte de hacer preguntas que no se centran en descubrir información y recoger datos. Así, las preguntas no se consideran intervenciones, búsqueda de respuestas pre-seleccionadas, ni corroboración de hipótesis. Las preguntas son las herramientas que tiene el terapeuta en la conversación terapéutica. Tienen que ir dirigidas y basadas en los puntos de vista de los clientes de manera que la conversación se oriente hacia conseguir la máxima producción de: nueva información, comprensión, significado e interpretación. Esto requiere que el terapeuta tome cada cosa en serio, tenga buena memoria, y encuentre la manera de recoger pequeños fragmentos que han aparecido y los refleje más tarde hacia el final de la entrevista o en otras posteriores. Todo esto forma parte del proceso de desarrollo de nuevas conexiones. Es a través de este proceso de mantener múltiples conversaciones simultáneamente por el que a través del tiempo empezarán a emerger nuevas ideas y a encontrarse conexiones de unas con otras. En nuestras preguntas se desarrolla la habilidad de "creación de mundos". Las preguntas de los terapeutas pueden ser consideradas como trampolines de cuestionamiento mutuo y discusión.

7- El terapeuta asume la responsabilidad de crear un contexto conversacional que permita la colaboración mutua en el proceso de definición del problema. No define el problema ni tampoco conduce la conversación hacia una definición del problema que prejudicativamente considere la más útil. Tampoco intenta dirigir la discusión hacia un consenso (o síntesis) de la definición del problema. En lugar de esto el terapeuta facilita una elaboración de las múltiples realidades que existen sobre el problema procurando conseguir al máximo la creación de nuevo significado.

8- El terapeuta mantiene una conversación dialógica con él mismo. Esto significa que debe desarrollar la habilidad de manejar múltiples puntos de vista incluso cuando el otro participante es él mismo. Esto es necesario para que una idea o un grupo de ideas no llegue a monopolizar el pensamiento. Todas las visiones e ideas del terapeuta deben ser tentativas, y están sujetas a cambio a través de la conversación. Dicho de otro modo, el terapeuta está preparado para negociar y cambiar sus puntos de vista igual que cualquier otro miembro del sistema-problema. Esto no significa que el terapeuta no pueda tener pre-concepciones, opiniones y juicios. De hecho las pueden tener y las tienen. En una conversación terapéutica estas son oportunidades para iniciar el diálogo, y deben ser presentadas de tal manera que la conversación sea continuada y no cerrada.

Pensamos que todos estos elementos combinados con los elementos ordinarios de una conversación darán lugar a lo que se llama conversación terapéutica. Se puede decir que una conversación terapéutica es una conversación abierta en la que el foco se dirige a hacer aparecer nueva comprensión de los problemas y los temas presentados. La terapia y la conversación terapéutica requieren un mantenimiento de la conversación de manera que la lógica del contenido del sistema-problema sea explorada de manera persistente a través de las preguntas. En el proceso de llevar a cabo esta exploración aparecerán otros significados y descripciones que ya no serán etiquetados en el lenguaje como un "problema". Dicho de otra manera, el proceso terapéutico consiste en ir elaborando y mantener la conversación hasta que el problema desaparezca. No se trata de que el problema sea elaborado y fijado debido a la intervención terapéutica, sino más bien que el problema, a través del lenguaje y la conversación vaya adquiriendo nuevo significado, interpretación y comprensión. No se puede decir que la conversación terapéutica sea un proceso de encontrar soluciones. No se encuentra la solución, sino que el problema llega a disolverse. Tanto la terapia como la conversación terapéutica son procesos en los que el cambio de lenguaje y de significado de la definición del problema sustituyen a la resolución del problema, y así, a la resolución del sistema organizador del problema.

El rol del terapeuta

La posición y habilidades requeridas del terapeuta desde esta perspectiva de psicoterapia y cambio son dobles: (a) el terapeuta debe ser un observador participante, y (b) el terapeuta es un participante que conduce la conversación.

Observador participante

El sistema-problema se considera como una especie de sistema observador (Foerster, 1981) y todos sus miembros se consideran como observadores participantes. Dado que el terapeuta es miembro del sistema problema y un observador participante, se encuentra en una posición no jerárquica y de igualdad respecto a los otros miembros. Como observador participante, el terapeuta no es considerado un

elemento “meta” del sistema y se convierte en un miembro más del sistema-problema en el momento que empieza a hablar con cualquiera de sus miembros.

Esta posición terapéutica es colaboradora. Es una posición de mutualidad, modestia y respeto hacia la gente y sus ideas. El terapeuta se encuentra “allí” en calidad de aprendiz, cooperador, persona que intenta comprender y que trabaja dentro del sistema de significado del cliente. Las ideas de los clientes, sus historias y relatos son las únicas herramientas disponibles que tenemos para mantenernos tanto los terapeutas como nuestros clientes, flexibles y abiertos al desarrollo de nueva comprensión y significado. Dicho de otra forma, esta postura terapéutica ofrece la posibilidad de llevar la terapia hacia un proceso en el cual todos los participantes (incluido el terapeuta) puedan estar abiertos al cambio sin temor a que su significado e integridad se sientan desafiados.

En esta estructura, el terapeuta no interviene con un mapa exhaustivo de teoría psicológica y social sobre la naturaleza humana y sus dificultades; un mapa en el cual ajustar los datos clínicos y con ellos al cliente. En realidad, son terapeuta y cliente quienes crean dichos mapas juntos -las realidades terapéuticas. Desde el contacto inicial y a través de la relación terapéutica, terapeuta y cliente se encuentran en una relación de colaboración creando descripciones e historias. Es como si las terapias “a través de la palabra”, al igual que ocurre en la vida misma, ofrecieran la posibilidad de desarrollar y explorar nuevas descripciones, temas y argumentos alrededor de los cuales nos organizamos nosotros y nuestra relación con los demás.

Dicho de otra forma, y utilizando la metáfora del espejo de Rorty (1979), el terapeuta no es simplemente un espejo que refleja de forma más precisa representaciones de la realidad para beneficio del cliente. La terapia no es un proceso de pulir el espejo en el cual el terapeuta inspecciona, repara y pule espejos defectuosos de manera que el cliente pueda obtener representaciones más afinadas del mundo psicológico “real”.

Conductor participante de la conversación.

El terapeuta es un artista experto en la conversación, un arquitecto del diálogo cuya principal habilidad consiste en crear y mantener una conversación dialógica. Esto implica el haber de crear un espacio y facilitar una conversación de manera que permanezca en el terreno del diálogo. En tal proceso se maximiza la oportunidad de fomentar la comunicación en vistas al “problema”; aparecen nuevas descripciones, se generan nuevos significados, y en consecuencia se dan nuevas organizaciones sociales alrededor de diferentes narraciones. Este espacio de diálogo puede ser equiparado a la imaginaria “Quinta Provincia” que aparece en la mitología Irlandesa, y según la cual miembros de las cuatro provincias “se encontraban atrapados en telas de araña de conflicto y competición de las cuales parecía no haber salida” y debían encontrarse para resolver tal posición (McCarthy et al. 1988, p.189). A fin de describir esta Quinta Provincia, McCarthy y Byrne (1988) citan a Hederman y Kearney (1982):

“Era un lugar donde incluso las cosas más ordinarias podían verse desde una perspectiva inusual. Debía ser una tierra neutral donde las cosas pudieran separarse de todo tipo de conexiones parciales y prejuicios, y mostrarse a ellas mismas tal como realmente son...Esta provincia, este lugar, este centro no es ningún lugar geográfico ni posición política, sino más bien como una disposición” (pp. 10-11)

Como participante conductor de la conversación el terapeuta es sólo “una parte de un sistema interactivo circular” (Bateson, 1971, p.361). El terapeuta no controla la entrevista influyendo para que la conversación vaya hacia una dirección determinada en el sentido de los contenidos o los resultados. Tampoco no es responsable de la dirección del cambio. Sólo es responsable de crear un espacio en el cual pueda darse una conversación dialógica y de instigar continuamente la conversación en un sentido dialógico. Braten (1984, 1987) describe tal proceso como intersubjetivo. Con esto quiere indicar que se trata de un diálogo en el cual todos los participantes pueden dar lugar a la creatividad y toma de consciencia de unos respecto a los otros.

Así pues, la creación de un espacio y la facilitación de una conversación dialógica son centrales en la posición del terapeuta descrita anteriormente. Tal posición es más que un simple postura de neutralidad. Se trata de una posición de multi-parcialidad, que tiene en cuenta todas las partes y trabaja desde todos los puntos de vista simultáneamente. Como terapeutas todos poseemos valores, sesgos y prejuicios; y todos tenemos opiniones sobre la gente y sobre cómo todos deberíamos o no dirigirnos en la vida. Tales prejuicios simplemente están allí. No podemos ser “tabulas rasas”. Nosotros vemos estos prejuicios como oportunidades. Pensamos que son energía que instiga la curiosidad e impulsa a explorar otras ideas. Ser capaz de mantenerse en una posición multi-parcial requiere que estemos dispuestos a arriesgar opiniones y significados alternativos (Glaserfeld, 1986). Así pues, los terapeutas deben ser capaces de abandonar antiguos significados al igual que lo deben ser nuestros clientes. Solamente arriesgándonos al cambio seremos capaces de entrar en la conversación mutua y el diálogo que permite desarrollar nueva comprensión.

En tal proceso el terapeuta también cambia. Para nosotros, esta disposición a arriesgarse y a experimentar cambios es la esencia de la ética terapéutica. Sostenemos, incluso, que la única persona a la que el terapeuta cambia en su consulta es a sí mismo. Señalamos esta posición para que sirva de contraste con las dos visiones de la ética predominantes. La primera de ellas requiere que el terapeuta tome una postura firme y actúe basándose en su ética. Por ejemplo, la idea de “autorizar” a los clientes es una posición que corresponde a este punto de vista. El segundo punto de vista requiere que la ética del terapeuta quede totalmente protegida y que él actúe como una “tabula rasa” sin tomar posición.

Nosotros, como terapeutas estamos continuamente tomando postura; nunca

estamos libres de valores y siempre nos comportamos siguiendo nuestras ideas. Nuestros prejuicios, de cualquier manera, nunca se imponen a nuestros clientes. Lo que ocurre realmente es que cliente y terapeuta están en un continuo diálogo en el cual manifiestan y ponen en práctica sus ideologías, valores, y puntos de vista. Estar en un diálogo significa intentar comprender a los otros e implicarse a uno mismo en la co-evolución de significado y comprensión. Esto supone una apertura hacia la “verdad”, la lógica y la validez de ideologías, valores y puntos de vista de nuestros clientes, así como nuestra disposición para negociar la validez de las nuestras propias.

Para nosotros, esto es neutralidad, y ésta no significa el no tomar una posición, sino más bien un continuo desarrollo de posturas interpretativas nuevas como resultado de un acto comunicativo dialógico que da lugar a realidades cambiantes. Por lo tanto la conversación terapéutica y este tipo de neutralidad requieren una disposición para cuestionar los prejuicios propios y tomar en serio las llamadas de validación que aparecen de nuestros clientes (Glaserfeld, 1986), y de esta manera, arriesgarse a ver nuestros puntos de vista expuestos, desafiados y cambiados. Lo que debe quedar claro es que la integridad de las personas nunca será desafiada.

Diagnóstico y definición del problema

El uso de diagnóstico y categorías diagnósticas disfruta de una larga historia en el campo de la salud mental. Para mucha gente el diagnóstico es considerado como central para el campo de la psicoterapia. A menudo escuchamos preguntas del tipo: ¿“Cómo tratas la esquizofrenia”?, o ¿“Cómo tratas los casos de abuso sexual”?. La teoría y las hipótesis Parsonianas subyacentes a este tipo de preguntas son que existe algún tipo de problema en algún patrón común asociado con categorías particulares de problemas, relacionados con algún tipo de estructura social. Como clínicos hemos sido entrenados para conocer cómo son tales patrones y estructuras. Hemos sido enseñados a reconocerlos y diagnosticarlos. Pero en nuestra opinión, al final nos quedamos solos con nuestras propias descripciones y explicaciones del problema. Es decir, el terapeuta llega a un diagnóstico, basado en sus observaciones privadas y experiencias sobre la conducta del cliente. Tales observaciones privadas son los llamados criterios objetivos que el terapeuta intenta adaptar a un diagnóstico o mapa normativo. De esta manera, como observador y persona perceptiva que es, el terapeuta parece actuar más bien como “un recipiente pasivo e integrador de la información disponible” (Auerswald, 1986). Desde este ampliamente extendido y tradicional punto de vista, el terapeuta posee un status especial de experto que tiene acceso a la información y conocimiento del cliente (Méndez et al., 1986; Rorty, 1979).

Esta noción de diagnóstico tan familiar lleva implícita la idea de que existe un problema objetivo, y que el terapeuta puede llegar a su descripción objetiva. Esta descripción incluye cuestiones referentes a ¿qué es lo que funciona mal? (por

ejemplo, la utilización de nombres como patología, defecto o déficit); ¿qué es un sistema normal? (persona saludable, familia, o sistema más amplio); y ¿qué tipo de acciones deben llevarse a cabo para curar el problema? (¿qué tipo de estrategias o intervenciones conseguirán llevar el sistema desde lo patológico a lo saludable?). Las descripciones objetivas o diagnósticos según esta perspectiva Parsoniana son lineales e intervencionistas. Esta postura tradicional caracteriza a la mayoría de psicoterapias, ya estén orientadas al individuo, al grupo, a la familia, o al sistema más amplio.

Un ligero cambio desde la estructura social al terreno lingüístico, como una manera de describir y entender problemas, nos aleja de la noción de objetividad empírica y lenguaje representacional. De todas formas, no es fácil olvidar la noción de que existe una realidad externa, de que realmente existen datos que esperan ser descubiertos. Tampoco es fácil abandonar la noción de que nuestros mundos no reflejan ni representan tal realidad. Golann (1987) por ejemplo, se queja de que el actual desplazamiento hacia el relativismo (constructivismo) en la teoría familiar se aleja demasiado rápidamente de la representación de estructura familiar. Parte de esta preocupación parece estar fundamentada en una especie de miedo nihilista. ¿Cómo sabremos que hacer si abandonamos nuestras posturas empíricas y ponemos en cuestión los procesos de diagnóstico familiar?. No podemos eludir la conclusión de que nuestras técnicas diagnósticas tradicionales están basadas en una categorización de comunalidades compartidas entre problemas y estructuras sociales relacionadas. Esta no nos parece una descripción adecuada para trabajar con sistemas que hemos definido como existentes únicamente en las arenas movedizas del lenguaje, significado y narración. Nuestro punto de vista sostiene que cada observación, cada descripción de problema, cada comprensión y cada tratamiento son únicos y exclusivos de las realidades comunicantes en las que participamos. Y estas realidades están en continuo flujo y nunca son las mismas. Uno de los primeros en desafiar las nociones de objetividad y dualismo referentes al diagnóstico en Terapia Familiar fue Bateson (1971). Retó a los terapeutas a abandonar muchas de sus típicas actividades diagnósticas. Otros científicos sociales fuera del campo de Terapia Familiar también han mostrado esta preocupación acerca de las descripciones objetivas y el dualismo (Foerster, 1981; Gergen, 1982, 1985; Glasersfeld, 1986). Gergen (1982), por ejemplo, ofrece una ilustración espléndida del dilema de lo que él llama identificación conductual-diagnóstico. Empieza con el simple dilema: “si veo a mis buenos amigos Ross y Laura acercarse uno hacia el otro en una reunión social, y Ross al acercarse momentáneamente toca el pelo de Laura, ¿qué es lo que yo habré observado precisamente?” A lo largo de una argumentación sobre información en un contexto retrospectivo (la secuencia de acontecimientos que se dan antes de la acción en cuestión) y en un contexto emergente (los acontecimientos relevantes que tienen lugar a continuación de la acción en cuestión), Gergen lleva al lector a una búsqueda de la respuesta desglosada en sucesivos pasos, los cuales

conducen a tres proposiciones: (a) la identificación de cualquier acción dada está sujeta a revisión infinita; (b) el punto de partida para cualquier identificación depende de una red de interpretaciones interdependientes y continuamente modificables; y (c) cualquier acción dada está sujeta a múltiples identificaciones, la superioridad relativa de las cuales es problemática. Jones (1986), en una línea parecida, sugiere que a menudo encontramos aquello que esperamos encontrar en nuestra búsqueda psicológica (nosotros añadiríamos: en nuestra búsqueda diagnóstica). Afirma que tal auto-confirmación es el producto de un procesamiento de la información hecho de manera selectiva, y, lo que es más importante todavía, el resultado de nuestras expectativas que nos llevan a actuar de manera que se confirmen nuestras teorías.

Por ejemplo, no debe sorprendernos que cuando se pide a los terapeutas de familia que representen (con role-play) una familia cualquiera, casi sin excepción alguna inventan una familia que ejemplifique la posición teórica de la Terapia Familiar estructural. ¿Existen realmente estas familias, o son los terapeutas que las crean con sus expectativas teóricas?. Nosotros particularmente nos inclinamos por la última alternativa. Esto, a nuestro parecer, ejemplifica la idea de que las conductas observables en la propia sala de terapia (identificación conductual) no aportan mucha información al terapeuta, ni tampoco es cierto que tener más información sea necesariamente mejor. En consecuencia, estamos obligados a mantener la duda e incertidumbre acerca de lo que nosotros observamos, y a mostrar más interés en los múltiples significados que tienen las experiencias y observaciones de las personas. En nuestra teoría de los sistemas organizadores de problemas, el diagnóstico es poco más que hablar con nuestros clientes sobre los problemas tal como ellos los han identificado.

La mayoría de terapeutas estarían de acuerdo en que los valores y sesgos de los clientes influyen en lo que ellos observan, y que además, sus procesamientos de la información son selectivos. Ahora bien, no tantos suscribirían la idea de que sus expectativas (teorías descriptivas) pueden determinar la conducta del cliente y toda la información que es “supuestamente” descubierta. Nuestra tendencia como terapeutas es infra-valorar la participación activa que tenemos en la confirmación conductual de nuestras hipótesis y diagnósticos predeterminados. Igualmente importante es el hecho de que los clientes aportan sesgos y valores propios que influyen en sus expectativas sobre el terapeuta y la terapia. Es a través de estos sesgos que filtran las acciones de los terapeutas encontrando confirmación de sus propias expectativas. A nuestro parecer, la información que presentan los clientes, así como aquella que se desarrolla en el proceso de terapia, es un producto del intercambio social. Giddens (1977) se refirió a este proceso de confirmación mutua y evolución a través del lenguaje, como la “doble hermenéutica” de las ciencias sociales. La clave de la definición del problema o del diagnóstico no radica en la observación del terapeuta, sino que es más una cuestión de conversación y acuerdo

comunicativo. Esto es, terapeutas y clientes participan conjuntamente en la determinación del diagnóstico o lo que nosotros preferimos llamar, la definición del problema.

El “diagnóstico”, según este punto de vista, es poco más que una conversación continuada con todos los miembros que comparten la misma preocupación. Esta preocupación no lleva necesariamente a un consenso; más bien, raramente se consigue un consenso acerca de la naturaleza del problema. El diagnóstico tiene lugar en una conversación que produce constantemente significado e historias cambiantes y en evolución. En consecuencia, los problemas, sus descripciones, y aquellos que los describen y definen están en un flujo de cambio continuo. Las conversaciones que entablamos, gracias a nuestro esfuerzo por vivir en acuerdo unos con otros, son como historias y relatos de cuento. Son capaces de revisión y re-interpretación infinitas. Los problemas, según esta metáfora lingüística, pueden ser conceptualizados como “fragmentos de significado” en una lucha cuya consistencia cambia continuamente a través del diálogo.

Definición colaborativa del problema

Al habernos alejado de la idea de que los terapeutas poseen un conocimiento experto que les permite diagnosticar la realidad ontológica de un sistema o definir el problema, nos acercamos a una definición colaborativa del problema que empieza con nuestra curiosidad por conocer: ¿por qué se preocupan estas personas?, ¿quien está preocupado?, y ¿quienes son los actores que dan lugar al sistema comunicativo?. Para nosotros, un problema es una dificultad respecto a algo o alguien (acompañada de preocupación o alarma) que tiene una persona e intenta hacer algo para solucionarlo. Un problema sólo existe si hay acción comunicativa —quejas o preocupaciones. Sólo existe si es descrito y entendido por la gente en forma de comunicación alarmada o preocupada entre unos y otros. Es una toma de postura lingüística por parte de alguien. Si no existe queja o preocupación expresada mediante el lenguaje no existe el problema. Es por esto que nosotros empezamos el proceso terapéutico hablando en los términos de la definición que hace el cliente del problema. Queremos conocer todas las versiones de todos los miembros del sistema-problema de acuerdo a lo que ellos piensan que es el problema -sus diagnósticos, sus hipótesis y sus teorías. Al hablar sobre el problema, terapeuta y cliente están construyendo aquellos problemas que serán trabajados en la terapia. No es el terapeuta quien define el problema, ni tampoco dirige la conversación hacia una definición que de forma predeterminada él juzgue que es la más útil. Al tomar parte de la conversación terapéutica, el terapeuta pasa a ser un miembro del sistema-problema, y como tal pasa a ser tan activamente responsable de la co-construcción de la definición del problema y sus soluciones como lo son los clientes.

Nuestra responsabilidad como terapeutas, como participantes que dirigen la conversación terapéutica, radica en la creación de un contexto conversacional que

permita llegar a una definición del problema. Este es un proceso mutuo en el que el terapeuta no es el director. Esta visión es parecida a la que tiene Kelly (1955) respecto al rol del terapeuta, al que considera como una persona que guía al cliente hacia la elaboración de su propia visión del problema. Kelly creía que este era un paso crucial en los intentos del terapeuta por entender el sistema de construcciones del cliente. Es totalmente imposible entender (diagnosticar) a nadie. Lo único a que podemos aspirar es a entender lo que los otros nos dicen de sí mismos. Según Kelly, las construcciones personales son socialmente construidas, mapas orientativos alrededor de los cuales se organizan las conductas. Nuestro punto de vista es que estos “mapas” son intersubjetivos e incluyen al terapeuta.

Las descripciones de los problemas deben permitir que se pueda trabajar con ellas. Con esto no queremos decir que se deba hacer una selección hacia una meta o dirección determinada, sino que el proceso de elaborar la descripción debe tender a la apertura frente a la cerrazón, a la movilización en lugar del inmovilismo. Para poder trabajar con ellas, las definiciones del problema deben ser comprensibles y tener significado para todos los miembros que participan en el sistema. Las descripciones de los problemas deben permitir que se mantengan las posiciones de respeto mutuo. La elaboración de los problemas se debe hacer de manera que cada persona en el sistema-problema (incluido el terapeuta) pueda participar en el significado cambiante. Dicho de otra forma, se debe crear una realidad terapéutica que sea “psicológicamente segura” para todos. Sólo a través de la a veces lenta co-evolución de significado y comprensión se puede conseguir esto. Igualmente, lo que puede ser útil para trabajar para un terapeuta concreto puede perfectamente no serlo para otro.

Problema frente a problemas

Cuando la gente está luchando unos con otros no es de extrañar que tengan opiniones diversas que dan lugar a descripciones diferentes del “problema”. El punto de vista del sistema organizador del problema no implica que exista “un” problema que sea una definición consensuada que refleje una patología objetivada. Los problemas son acontecimientos lingüísticos sobre los cuales existen a menudo interpretaciones conflictivas. Esto tampoco implica que el terapeuta y el cliente trabajen en terapia para llegar a una definición consensuada del problema. Puede haber tantas definiciones del problema diferentes como miembros haya en el sistema organizador del problema.

Las definiciones del problema, al igual que la pertenencia a un sistema, son fluidas. Así, el diagnóstico no consiste en llegar a un acuerdo mutuo sobre qué es el problema. El diagnóstico es la parte inicial del contacto terapéutico donde se identifican los miembros (red comunicativa) del sistema-problema, y empieza un diálogo sobre sus múltiples visiones de cuál es la naturaleza del problema, sus descripciones, y los significados que el problema tiene para ellos. Esto puede

hacerse de muy diversas formas, y a menudo no es necesario que los miembros del sistema-problema estén presentes todos simultáneamente en la sala de terapia. En muchos casos, como en el de los representantes de servicios sociales, la conversación terapéutica tiene lugar fuera de la consulta del terapeuta. Estas decisiones se toman sobre la base de la necesidad de poder mantener la conversación terapéutica para co-desarrollar un nuevo significado. Se van tomando sesión por sesión y en ellas participan tanto el terapeuta como los clientes según se considere quién necesita entablar conversación con quién y cuándo. Estas decisiones clínicas no se basan en teorías predeterminadas referentes a estructuras sociales relevantes para entender y tratar patología. Tampoco se basan en hipótesis predeterminadas que se consideren más útiles para solucionar el problema del cliente.

Desde esta perspectiva, los procesos de diagnóstico tradicionales y las categorías son de escasa utilidad ya que el problema no es otra cosa que lo que las personas implicadas en el sistema de acción comunicativa consideran que es problema. Los problemas no existen en las categorías o comunalidades. Son nuestros clientes quienes determinan qué es el problema y no los terapeutas. Así, el peso del diagnóstico se desplaza del terapeuta al cliente. En otras palabras, el primer paso para una definición colaborativa del problema consiste en captar el punto de vista del cliente. Las etiquetas preestablecidas que se usan a menudo para entender nuestro trabajo no contribuyen a la definición colaborativa del problema, y además, suelen describir y crear problemas con los que no podemos trabajar (por ejemplo, esquizofrenia, delincuencia juvenil, negativismo). Nunca resulta útil crear una definición de problema que impida el desarrollo de nuevo significado o cambio conversacional. La inmovilidad lingüística resultante se convierte únicamente en un monólogo. Cuando se da esta conversación monológica, esto es, cuando una idea o grupo de ideas dominan, la comprensión nueva co-creada, la narración nueva compartida, y el cambio mutuo se hacen cada vez más imposibles.

Resulta fácil encontrarse buscando “verdades”, caer en monólogos que olvidan ciertos puntos de vista o que sostienen otros que ponen en riesgo la movilidad lingüística —ya sean nuestros puntos de vista, los de nuestros clientes, o los de nuestros colegas. Por ejemplo, en nuestra experiencia, los equipos, establecidos para mantener la apertura en terapia, pueden convertir a ésta en un proceso cerrado con sus descripciones. Los equipos que buscan el consenso a menudo arriesgan alternativas minimizadoras tanto de su parte como de sus clientes, y corren el peligro de actuar bajo el supuesto que el equipo conoce las hipótesis o diagnósticos más correctos. En contraposición a este tipo de proceder, Andersen (1987) describe lo que él y sus colegas llaman el “equipo de reflexión”. Consiste en un proceso donde un equipo observa detrás de un espejo unidireccional y luego comparte totalmente sus reflexiones con la familia y el terapeuta como una manera de abrir la conversación y de desarrollar nuevo significado. En la manera como trabaja el equipo de reflexión, el foco se centra más en las historias y el desarrollo de ideas que en la

formulación de hipótesis o diagnósticos. Durante la entrevista, el equipo que está detrás del espejo intercambia su lugar con la familia y el terapeuta. Mediante la conversación el equipo de reflexión comparte sus ideas con la familia y el terapeuta. Posteriormente, familia y terapeuta tienen una conversación acerca de la conversación que han tenido con el equipo. Este procedimiento se repite varias veces durante el curso de una sesión. Los equipos de reflexión y sus clientes desarrollan ideas y nuevos significados unos con otros. Al hacerlo entran en el terreno de la conversación, colaborando unos con otros y participando en el desarrollo de nuevas descripciones, comprensiones y relatos. Un equipo de tal naturaleza abierta, de diálogo, fácilmente evita los esfuerzos diagnósticos, las competiciones, y las maniobras de poder descritas por Hoffman (1987). A la vez permite la oportunidad de definir el problema, y así, permite que la terapia sea un proceso colaborativo, de revisión y variado.

RESUMEN

Hace 35 ó 40 años existía un gran optimismo respecto a la Terapia Familiar que hoy en día parece algo exagerado. El punto de vista dominante de los pioneros era que la Terapia Familiar podía ser el cambio paradigmático que aportaría respuestas definitivas a los problemas de la salud mental con los que se enfrentaban los clínicos. La idea dominante era que la teoría sobre Terapia Familiar estaba desarrollándose tan rápidamente que era sólo cuestión de tiempo el que un duro trabajo e investigación sistemática pudieran generar un cuerpo de ciencia integrado y una aplicación clínica que solucionaran los grandes interrogantes en el campo de la psicoterapia. Hoy en día, los terapeutas y teóricos familiares son más cautos respecto a lo que se va a conseguir durante los próximos 30 años (Mills, 1987; Minuchin et al. 1986; Wynne, 1987). Mientras que el optimismo no se ha perdido del todo, el tono general es más moderado, y existe una considerable explicitación de la necesidad de integración, e incluso se dan algunos contrapuntos escépticos sobre si la Terapia Familiar realmente funciona. Según nuestra opinión, la Terapia Familiar basada en la teoría social que tiene sus raíces en la sociología Parsoniana, presenta limitaciones teóricas y prácticas. La sociología Parsoniana es un modelo teórico muy ligado a un punto de vista objetivo de las ciencias humanas, el cual diferencia claramente el observador del observado. Se trata de un modelo que define la organización social sobre las bases de los roles y estructuras sociales, y que define los problemas (patología) como producto de defectos en la estructura. Nosotros pensamos que sería útil abandonar este modelo de ciencia social y centrarnos más en la hermenéutica y el significado. El modelo propuesto desplaza el mundo de la terapia desde el mundo de las estructuras sociales patológicas al mundo del significado. Tanto el significado como la comprensión son desarrollados por personas en conversación y en sus intentos comunes de entender a otras personas y cosas, las palabras y acciones de los otros. De esta manera, el significado y la comprensión son

considerados intersubjetivos. Este modelo propuesto significa un paso de la ciencia de las estructuras sociales a la semiótica. Es un salto hacia el mundo de la conversación y el diálogo.

Sería una exageración obvia y un error el querer asumir que el reino entero de la conducta y crecimiento humano, la ciencia psicológica, quedan explicados bajo la rúbrica del diálogo y la conversación. No obstante, la actividad psicoterapéutica, la “cura por la palabra”, requiere el diálogo y tiene lugar en la conversación. Tal proceso debe estar basado en la comprensión mutua, el respeto, la disposición para oír y escuchar, y una actitud abierta que se demuestra por la búsqueda de la “corrección” de lo que se dice más que por su “patología”. Esta es la esencia de la conversación terapéutica. Nuestro punto de vista se basa directamente en la proposición, según la cual la quintaesencia de lo que somos y llegaremos a ser es de naturaleza dialógica. La habilidad del terapeuta se basa en, y viene definida por, la capacidad de arriesgarse a participar en el diálogo y la conversación y arriesgarse al cambio. La competencia del terapeuta radica en promover una atmósfera donde todo el mundo tenga la oportunidad de un intercambio dialógico. Cuando se consigue, los clientes demuestran su propia y característica destreza en relación a sus vidas, sus problemas y sus realidades sociales.

Al tomar esta nueva dirección creemos que es útil distinguir nuestro trabajo clínico y los sistemas con los que trabajamos en base a marcadores lingüísticos y comunicativos. Entendemos al ser humano como un sistema generador de significado. Como una red cambiante de ideas interactivas y acciones correlacionadas. De esta manera, la unidad social con la que trabajamos en terapia está constituida por aquellos que comparten un lenguaje sobre lo que para ellos es un problema. Tales sistemas se caracterizan más por acciones comunicativas que por conceptos predefinidos y arbitrarios de estructura social. Nosotros llamamos a estos sistemas organizadores-desintegradores de problemas.

Desde este punto de vista, el proceso de terapia se convierte en la creación de un espacio o contexto que posibilita la comunicación dialógica. En tal espacio de comunicación, los participantes del sistema organizador/desintegrador de problemas se ven implicados en el proceso de desarrollo de nuevos significados y comprensiones —explorar lo no expresado. Desde este punto de vista, la terapia no es más que una oportunidad para explorar nueva conversación, nuevo lenguaje y nuevas realidades, compatibles con nuestra tendencia humana a atribuir significado a nuestra experiencia mutua.

Los sistemas con los que trabajamos pueden entenderse como existentes en el lenguaje y así, los problemas que la gente tiene pueden verse también como existentes en el lenguaje. El objetivo de la terapia es participar en el proceso de desarrollo de intercambio conversacional en el cual se disuelvan los problemas, y de esta manera se disuelvan también los sistemas organizadores del problema.

El camino en nuestra búsqueda para entender y trabajar con sistemas humanos

y los problemas que estos presentan de la manera más eficaz, nos ha llevado a desarrollar estas ideas. Son ideas en evolución, que en este momento concreto, nos parecen plausibles. De todas formas, pensamos que a lo largo del tiempo y a través de nuevas conversaciones estas ideas también se verán modificadas. Nuestro optimismo inicial respecto a la Terapia Familiar ha evolucionado hacia una visión más cauta debido a la acumulación de conocimiento integrado que se ha dado en psicoterapia y que ha demostrado que las cosas son más difíciles de lo que parecían al principio.

Finalmente, queremos recordar que ninguna teoría psicoterapéutica se ha rechazado nunca por aportación de evidencia y datos claros en su contra.

A partir de nuestra práctica inicial con Terapia Familiar en escuelas médicas, institutos privados de Terapia Familiar y agencias públicas, nuestro trabajo con poblaciones difíciles que no responden a las técnicas de tratamiento comunes, nos ha hecho reflexionar sobre la inadecuación de las descripciones teóricas y sobre las limitaciones de nuestra experiencia práctica. Así mismo, este trabajo ha influido sobre nuestra actual teoría clínica en desarrollo, haciendo que pasemos de una conceptualización de los sistemas humanos en términos de sistemas sociales definidos por la organización social (en forma de roles y estructuras) hacia una conceptualización de ellos en términos de sistemas diferenciados por distintivos lingüísticos y comunicativos. De esta manera, a nuestro parecer, la unidad social con la que trabajamos en terapia es un sistema lingüístico que se caracteriza por incluir a aquellos miembros que utilizan un lenguaje común para hablar sobre un problema determinado, y no por conceptos arbitrarios y predeterminados de organización social. Nosotros denominamos al sistema terapéutico "sistema organizador/desintegrador del problema".

Traducción: Mayte Tudela

Nota Editorial: Este artículo apareció en *Family Process* 27: 371-393, 1988, con el título "Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- ANDERSEN, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26: 415-428.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H., PULLIAM, G. & WINDERMAN, L. (1986). The Galveston Family Institute: Some personal and historical perspectives. In D. Efron (ed.), *Journeys: Expansions of the strategic*

- and systemic therapies. New York: Brunner/Mazel.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H. & WINDERMAN, L. (1986). Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5: 1-14.
- AUERSWALD, E.H. (1985). Thinking about thinking in family therapy. *Family Process*, 24: 1-12.
- AUERSWALD, E.H. (1986). Family therapy as a movement: Epistemological barriers to ontological freedom. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5 (4): 14-19.
- AUERSWALD, E.H. (1987). Epistemological confusion in family therapy and research. *Family Process*, 26: 317-330.
- BATESON, G. (1971). The cybernetics of "self": A theory of alcoholism. *Psychiatry* 34: 1-18.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1: 251-264.
- BOGDAN, J.L. (1984). Family organization as an ecology of ideas: An alternative to the reification of family systems. *Family Processes*, 23: 375-388.
- BRATEN, S. (1984). The third position. Beyond artificial and autopoietic reduction. In F. Geyer & J. van der Zouwen (eds.), *Sociocybernetic paradoxes: Observation, control and evolution of self-steering systems*. London: Sage Publications.
- BRATEN, S. (1987). Paradigms of autonomy: Dialogical or monological? In G. Teubner (ed.), *Autopoiesis in law and society*. New York: EUI Publications.
- CECCHIN, G. (1986). Neutrality revisited. Plenary address, annual meeting of the Texas Association for Marriage and Family Therapy, Dallas TX.
- DELL, P.F. (1982). Beyond Homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21: 21-41.
- DELL, P.F. (1982). On the way to clinical epistemology. *Family Process*, 21: 407-414.
- DELL, P.F. (1984). An institute of theory Paper presented at the 42nd annual meeting of the American Association for Marriage and Family Therapy, San Diego CA.
- DELL, P.F. (1985). Understanding Bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11: 1-21.
- DELL, P.F. (1986). On the need for conversation in the family therapy field. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12: 25-29.
- DELL, P.F. & GOOLISHIAN, H. (1981). Order through fluctuation: An evolutionary epistemology for human systems. *Australian Journal of Family Therapy*, 21: 75-184.
- DOHERTHY, W.J. (1986). Quanta, quarks, and families: implications of quantum physics for family research. *Family Process*, 25: 249-264.
- FOERSTER, H. von (1981). *Observing systems*. Seaside CA: Intersystems Publications.
- GADAMER, H. (1975). *Truth and method*. New York: Seabury Press.
- GERGEN, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.
- GERGEN, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40: 266-275.
- GERGEN, K. (1985). Social constructionist theory: Context and implications. In K. Gergen & K. Davis (eds.). *The social construction of the person*. New York: Springer-Verlag.
- GIDDENS, A. *Studies in social and political theory*. New York: Basic Books.
- GLASERSFELD, E. von. (1986). Steps in the construction of "others" and reality: A study in self-regulation. In R. Trappl (ed.9, *Power, autonomy, utopia: New directions toward complex systems*. New York: Plenum Press.
- GOLANN, S. (1987). On description of family therapy. *Family Process*, 26: 331-340.
- GOODMAN, N. (1978). *Ways of worldmaking*. Indianapolis IN: Hackett Publishing Co.
- GOOLISHIAN, H.A. (1985). Beyond family therapy: Some implications from systems theory. Invited address presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Division 43; San Francisco CA.
- GOOLISHIAN, H.A. & ANDERSON, H. (1987). Language systems and therapy: An evolving idea. *Journal of Psychotherapy*, 24: 529-538.
- HALEY, J. (1981). *Reflections on therapy and other essays*. Washington DC: The Family Therapy Institute.
- HARGENS, J. (1987). Beyond beyond: An interview with Harold A. Goolishian. *Journal of systemic Therapy*, 5: 105-111.
- HEDERMAN, M.P. & KEARNEY, R. (eds.). (1982). *The crane bag: book of Irish studies*. Dublin: The Blackwater Press.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. New York:

Basic Books.

- HOFFMAN, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second-order" family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3: 381-396.
- HOFFMAN, L. (1987). Family therapy revisited: A look at some new ideas in the field. (Unpublished manuscript available from author, P.O. Box 400, North Amherst MA 01059)
- JACKSON, D.D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly*, 31 (Suppl., Pt. 1): 79-90.
- JONES, E.E. (1986). Interpreting interpersonal behavior: the effects of expectancies. *Science* 234: 41-46.
- KEENEY, B.P. (1979). Ecosystemic epistemology: an alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18: 117-129.
- KEENEY, B.P. (1983). *Aesthetics of change*. New York: Guilford Press.
- KELLY, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 1 & 2). New York: W.W. Norton.
- KUHN, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- LIPPS, H. (1938). *Untersuchungen zu einer hermeneutischen logik*. Frankfurt: Klosterman.
- MATURANA, H.R. (1978). Biology of language: The epistemology of reality. In G.A. Miller & E. Lenneberg (eds.), *Psychology and biology of language and thought*. New York: Academic Press.
- MATURANA, H.R. & VARELA, F.J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of understanding*. Boston: New Science Library.
- McCARTHY, I.C. & BYRNE, N.O. (1988). Mis-taken love: Conversations on the problem of incest in an Irish context. *Family Process*, 27: 181-199.
- MÉNDEZ, C.L. CODDOU, F. & MATURANA, H.R. (1986). The bringing forth of pathology: An essay to be read aloud by two. Unpublished manuscript.
- MILLS, D. (1987). What do family therapists have to learn from other sciences? *American Family Therapy Association Newsletter*, 30: 23-25.
- MILLER, G.A. (1981). *Language and speech*. San Francisco: Freeman.
- MINUCHIN, S. (1986). Foreword. In L.C. Wynne, S.H. McDaniel, & T.T. Weber (eds.), *Systems consultation: A new perspective for family therapy*. New York: Guilford Press.
- PARSONS, T. (1951). *The social system*. Glencoe IL: Free Press.
- PARSONS, T. (1954). *essays in sociological theory* (rev. ed.). New York: Free Press.
- PARSONS, T. (1960). *Structure and process in modern societies*. New York: Free Press.
- PARSONS, T. (1964). A functional theory of change. In A. Etzioni & E. Etzioni (eds.), *Social change*. New York: Basic Books.
- RORTY, R. (1972). The world well lost. *Journal of Philosophy*, 69: 649-665.
- RORTY, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- SCHWARTZMAN, J. (1984). Family theory and the scientific method. *Family Process*, 23: 223-236.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction* (translated by E.V. Burt). New York: Jason Aronson.
- SLUZKI, C.E. (1985). Families, networks, and other strange shapes. *American Family Therapy Association Newsletter*, 19 (Spring): 1-2.
- SZASZ, T. (1987). Freud under analysis. *Nova*. Television program, Station WGBH, Boston.
- WATZLAWICK, P. (1982). Hermetic pragmaesthetics or unkempt thoughts about an issue of *Family Process*. *Family Process*, 21: 401-403.
- WATZLAWICK, P. (ed.) (1984). *The invented reality*. New York: W.W. Norton.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. & FISCH, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W.W. Norton.
- WITTGENSTEIN, L. (1963). *Philosophical investigations* (translated by G. Anscombe). New York: Macmillan.
- WYNNE, L.C. (1987). AFTA, AAMFT & Family Therapy: Where are they going? *American Family Therapy Association Newsletter*, 30 (Winter): 7-10.



PSICOLOGIA DE LOS CONSTRUCTOS FAMILIARES

Harry G. Procter
Tone Vale Hospital U. K.

Kelly's Personal Construct Theory is gaining an ever-growing acceptance within the field of personality as well as within the field of individual psychotherapy. However, the application of Personal Construct Theory in the field of family therapy has not been fully explored. The present article considers this possibility, elaborating -as an offshoot of the sociability corollary- two new corollaries to adequately cover the group and family context. The implication for the practical application of these corollaries within psychotherapy is also investigated.

A lo largo de la pasada década, la teoría de los constructos personales se ha convertido en algo cada vez más importante. Ha encontrado seguidores entre profesionales relacionados con la psicoterapia y la investigación clínica así como entre los relacionados con cuestiones puramente teóricas. El propósito de este artículo es considerar si la teoría de los constructos tiene algo que aportar a nuestra comprensión de lo que sucede en las familias y en la práctica de la Terapia Familiar.

Esto tiene particular relevancia para nosotros, ya que, extrañamente, la teoría de los constructos, pese a ser una invención americana, ha alcanzado su más amplia popularidad entre los profesionales británicos. La teoría y sus correlatos metodológicos se llevan a cabo actualmente en cursos de formación pensados para todo el espectro de profesionales de la asistencia, así como para los profesionales de la psicología y la sociología. Pese a ser una teoría bastante complicada y elaborada parece haber llamado inmediatamente la atención de los estudiantes, que suelen sentirse, por otra parte, desencantados por la irrelevancia de la mayor parte del material con el que se topan.

La teoría de los constructos fue elaborada por George A. Kelly hacia el final de su vida, publicando su ingente obra en dos volúmenes en el año 1955, constituyendo, con ventaja, la contribución más importante al campo. A pesar de su talla y de la nueva terminología que introduce, es fácilmente legible y en este sentido, Kelly puede, tal vez, ser comparado con Freud en cuanto a claridad de estilo que caracteriza los

escritos de los genuinos innovadores.

La teoría de los constructos y la Terapia Familiar aparecieron más o menos al mismo tiempo. Es interesante especular sobre si ello fue mera coincidencia. Parece improbable. Ambas son expresiones del pragmatismo norteamericano. Reflejan el optimismo de que las cosas pueden cambiar, y la creencia de que la acción que conduce al cambio es de una importancia fundamental. Pese a que ambas parecen haberse desarrollado en la mutua ignorancia respectiva, intentaré demostrar que estas dos disciplinas pueden beneficiarse en gran medida de su interfecundación. Este artículo está pensado para mostrar que el lenguaje de la teoría de los constructos puede contribuir enormemente a la riqueza de nuestra comprensión de los procesos familiares.

Mi práctica como terapeuta familiar ha sido influenciada sobre todo por Minuchin y Haley. Sigo estando convencido de que una concepción de la familia como sistema interactuante que tiende a mantener su estructura mediante procesos homeostáticos es algo fundamental para una Terapia Familiar eficaz. No obstante, la teoría de los constructos, tal como fue concebida inicialmente, se refiere principalmente a fenómenos intrapsíquicos o a lo sumo a relaciones diádicas. Está claro, sin embargo, que es necesario llevar a cabo una extensión sustancial de la teoría en el área de las relaciones multi-personales si pretendemos que sea útil a nuestros propósitos. Espero poder mostrar que eso es posible y que conseguirlo pone al alcance del terapeuta familiar la mayor parte de las contribuciones técnicas y teóricas de la teoría de los constructos.

Resulta habitual en el campo de la Terapia Familiar, o bien ceñirse a una escuela (y en consecuencia sumarse al líder en su rechazo de todas las demás escuelas) o bien dar con una mezcolanza de teorías y técnicas derivadas de las diversas aproximaciones existentes. Probablemente, Haley acierta cuando afirma que en Terapia Familiar existe un cambio discontinuo entre las diferentes alternativas y que, por tanto, cualquier síntesis directa es, lógicamente, imposible. Lo que necesitamos es reunir las distintas aproximaciones en una estructura teórica, que actualmente es exterior y a un gran nivel de abstracción respecto a las varias alternativas presentes en la Terapia Familiar. Espero mostrar que las extensiones de la teoría de los constructos personales señaladas en este artículo (psicología de los constructos familiares) aporta este marco de referencia teórica más abarcador. Su apertura teórica, simultáneamente en cuanto a la forma y al contenido, permite una síntesis sin riesgos en lo referente al rigor y a la precisión teórica.

No son sólo las aproximaciones teóricas las que deberían insertarse en tal marco teórico. Quizá tenga mayor importancia y sea más necesaria una estructura a partir de la que construir intervenciones y estrategias, cosa que ayudaría a tener ideas más claras sobre qué hacer y cuándo, además de facilitar un mayor conocimiento acerca de los efectos de una particular intervención. La misma Terapia de Constructos Personales tiene una amplia gama de técnicas terapéuticas que ofrecer, pero también puede decir cosas acerca de lo que ocurre en un determinado sistema cuando por

ejemplo se hace una intervención de tipo estructural. El autor hace mención de la rejilla de repertorios como una herramienta metodológica muy prometedora para el estudio de familias y del cambio en Terapia Familiar, (Procter 1978), (Ryle 1975).

ASPECTOS TEORICOS DE LA PSICOLOGIA DE LOS CONSTRUCTOS FAMILIARES.

Una breve reseña de la Teoría de los Constructos Personales.

Kelly comienza por señalar su posición epistemológica básica: el mundo existe realmente, y también existen los pensamientos de la gente. No obstante hay una variedad infinita de maneras en que el mundo puede ser construido y siempre hay un modo de revisar tales construcciones. Cada persona tiene un único modo de construir y las personas se parecen unas a otras en la medida en que construyen los eventos de una forma similar.

Kelly ilustra la forma en que opera la gente usando el modelo de un científico. La tarea en que las personas están ocupadas fundamentalmente, es la de anticipar eventos, y sus acciones tienen lugar de acuerdo con tales anticipaciones. Podemos ver los actos como hipótesis que son continuamente validadas o invalidadas por la experiencia. De forma ideal, si son invalidadas, se abandonan y se encuentra una alternativa. Kelly se interesa por subrayar que cualquier psicología debería ser reflexiva, en otras palabras, cualquier aserción referida a las personas debería aplicarse igualmente a las actividades de los mismos psicólogos. Es decir, cualquier miembro de una familia normal, se halla en la misma posición que un terapeuta de familia, es decir, intenta entender las situaciones, y encuentra igual número de impedimentos. Las hipótesis básicas de la Teoría de Constructos y su interés "abierto" en el proceso más que en el contenido, la hacen epistemológicamente compatible con la Teoría de Sistemas.

La idea central de la teoría es el constructo, que fue inicialmente definido como "la manera en que algunas cosas son construidas como semejantes o diferentes de otras" (Kelly, 1955, vol 1, p. 105). El constructo es una dimensión bipolar, por ejemplo: contento-triste, caliente-frío, o norte-sur. Para acercarnos a lo que Kelly quiere expresar, es esencial entender que un constructo es una decisión entre un par de actos alternativos. Está claro en el corolario de elección de Kelly:

"Una persona escoge, para sí misma, aquella alternativa, en un constructo dicotómico, a la que prevé con mayores posibilidades por la extensión y definición de su sistema (de constructos)". (Kelly, 1955, vol. 1, p. 64)

El constructo no es por tanto, simplemente un par de atributos o percepciones. Ni es una dimensión continua, o una escala. Kelly utiliza norte-sur como el ejemplo más claro para ilustrar ese punto. Los objetos en si mismos no pueden ser "norte" o "sur" porque ello depende de donde estemos situados cuando aplicamos la descripción. No hay norte o sur parciales entre Norte y Sur. El constructo es aplicado a los objetos con el objeto de tomar una decisión acerca de cuál es más norte o sur comparado con otro objeto. Cuando uno es definido como norte, el otro es definido

como sur.

Es asimismo importante señalar que las elecciones no son necesariamente conscientes o verbalizadas. Los niños utilizan constructos para hacer sus elecciones, y lo mismo hacen los animales. Esto es importante en Terapia Familiar porque está en la base de la teoría del cambio terapéutico. La mayoría de los actos sociales y elecciones se producen bastante inconscientemente y además, el cambio terapéutico no necesariamente implica consciencia o insight.

Las hipótesis se hacen mediante la concatenación de dos constructos. Así sonreír-sollozar puede asociarse a contento-triste: la hipótesis de que alguien que sonríe está contento puede o no, ser validada. Con el tiempo se desarrolla un entero sistema de constructos que la persona usa para anticipar los eventos y en particular para anticipar la conducta de otras personas. Por tanto cualquier elección acaba estando empapada de implicaciones y reacciones anticipadas (de nuevo, no necesariamente a un nivel consciente). El sistema de constructos se concibe de un modo jerárquico, con los constructos más supraordenados gobernando a los subordinados. Un constructo supraordenado podría ser “cuando fumo” versus “alejarme de los cigarrillos”. Un conjunto entero de implicaciones para la conducta social puede estar subordinado a esos dos polos alternativos. Los sistemas subordinados no necesitan necesariamente ser compatibles entre sí, cosa que lleva a aparentes inconsistencias de la conducta.

Usando esta psicología básica, Kelly ha derivado el sistema intrapsíquico de diagnóstico más radical desde Kraepelin. Los desórdenes psicológicos están clasificados a lo largo de dimensiones de construcción (por ejemplo un sistema de constructos excesivamente restringido en los eventos que puede anticipar) y dimensiones de transición. Ejemplos de este último son la ansiedad (la conciencia de que los eventos se sitúan ampliamente fuera del espectro de conveniencia del sistema) y la amenaza (la conciencia de amplios cambios inminentes en las propias estructuras basilares), en las que las emociones son definidas fenomenológicamente, desde dentro, antes que estar basadas en criterios externos. Tales definiciones suplen y elaboran nuestra comprensión de los síntomas como elementos que mantienen el sistema familiar.

Podemos retomar el ejemplo precedente de fumar con el propósito de elaborar estos puntos. Podríamos observar que el fumador es capaz de percibir que ofrece un cigarro o fuma él mismo siempre que las conversaciones recaigan en determinados temas. En este sentido podemos considerar las funciones de fumar como modos de carácter homeostático, orientadas a mantener la relación dentro de determinado patrón. Desde la perspectiva de la teoría de constructos el fumador tiene un sistema bien elaborado de constructos inscritos bajo el polo “cuando fumo”. Se ha convertido en un experto en relacionar y predecir las relaciones de otros mientras fuma. Cuando se ha salido de los cigarrillos, experimenta ansiedad porque hay muy poca estructura contenida bajo ese polo. Algunos constructos como “masculino”, “yo como generoso”, “yo como participante” pueden haber quedado asociados a “cuando fumo”. Si

la conversación recae en temas que él ve como invalidadores de esas concepciones de sí mismo, experimenta amenaza cuando no está fumando dado que no tiene manera de evitar la invalidación. En consecuencia, le resulta difícil renunciar y reincidir resulta enormemente tentador cuando debe maniobrar para no ceder al hábito.

Si se entienden los problemas psicológicos como el resultado propio de un sistema de constructos que no genera hipótesis que anticipen con éxito los eventos, entonces la psicoterapia puede entenderse como el proceso de ayudar a las personas a realizar tales operaciones con mayor eficacia. Kelly ve la relación terapéutica como análoga a la que se daría entre un estudiante investigador y su supervisor. El estudiante debe realizar el trabajo de primera línea, pero el supervisor lo guía y arregla la situación de manera que el estudiante puede hacer elecciones en un modo más eficaz. Los teóricos de constructos se han autolimitado a trabajar, sobre todo, en terapia individual y de grupo y han evitado el trabajo conjunto con familias. No obstante, es necesaria una extensión de la teoría antes de que pueda convertirse en una herramienta útil para el terapeuta de la familia. La psicología de los Constructos Familiares, una extensión de la teoría de Kelly que abordamos en este artículo, va a ser comentada en los apartados que siguen.

Perfil de la Teoría de los Constructos Familiares.

Muchos escritores del ámbito de la Terapia Familiar han intentado utilizar psicologías intrapsíquicas, y particularmente el psicoanálisis, para conceptualizar los procesos familiares. Laing, por ejemplo, propuso que cada miembro de la familia acarrea una fantasía acerca de todo el sistema de relaciones familiares, la “familia en su cabeza” (Laing, 1969). Los problemas eran considerados como el resultado de “inexactitudes”, desacuerdos, malentendidos que tenían lugar entre las diferentes fantasías de sus miembros. La conclusión lógica es la idea de una espiral infinita de metaperspectivas (Yo creo que tu crees que yo sé...), una posición que puede ser conceptualmente tortuosa y terapéuticamente poco útil.

Necesitamos no caer en la misma trampa al extender la teoría de constructos dado que, como hemos comentado, es epistemológicamente compatible con una, más amplia, perspectiva sistémica. La teoría de Kelly no está restringida a lo intrapsíquico, simplemente no ha sido elaborada todavía en el área de relaciones multi-personales.

En su corolario “social”, Kelly (1963) afirma que, *“En el supuesto de que una persona construya los procesos de construcción de otra, puede entonces jugar un papel en un proceso social que involucra a la otra persona”*. En otras palabras, una persona hace elecciones o se conduce de acuerdo con la manera cómo anticipa lo que el otro le responderá. No es una cuestión de “exactitud” de la percepción lo que estamos considerando. Volviendo a la posición filosófica fundamental, hay muchas maneras de construir el mundo, y ninguna de ellas no es necesariamente más válida que la otra. El corolario “social” muestra de qué manera ideal la teoría de Kelly es apropiada para entender los aspectos complementarios de las relaciones diádicas.

Esto es lo que la teoría había designado como psicoterapia individual.

El problema aparece cuando introducimos más personas y además cuando observamos grupos de personas que viven juntos a lo largo de un extenso período de tiempo, las familias. Dos nuevos corolarios fueron destinados por el autor a ese propósito (Procter, 1978):

El Corolario de Grupo: *“En el supuesto de que una persona pueda construir las relaciones entre los miembros de un grupo, puede tomar parte en el proceso de grupo con ellos”*.

El Corolario Familiar: *“Para un grupo de personas que permanecen juntas a lo largo de un extenso período de tiempo, cada uno puede hacer una elección, dentro de las limitaciones de su sistema, para mantener una construcción común de las relaciones en el grupo”*.

Lo que tiene lugar en las familias es una negociación de la realidad común de la familia o lo que hemos llamado el Sistema de Constructos Familiares. El Sistema de Constructos Familiares es entendido como un análogo exacto a la noción de Kelly, en otras palabras, un conjunto jerárquicamente organizado de constructos familiares usado por los miembros de la familia para hacer anticipaciones y elecciones.

Los constructos familiares proveen a los miembros de “huecos”, alternativas, de manera que no tienen que estar necesariamente de acuerdo. Comparten, no obstante, un conjunto finito de avenidas por las que moverse. El Sistema de Constructos Familiares gobierna las secuencias de elecciones contingentes que constituyen los patrones de interacción de los miembros de la familia. Con los años los miembros de la familia se vuelven altamente sensibles a las reacciones mutuas y se conducen juntos como en una “danza” de mutuas anticipaciones. Cualquier cambio en la anticipación de elecciones de los otros será experimentada como provocadora de ansiedad y amenazante. Pese a todo, tendrá lugar un intento de devolver a la persona a los previsible modos de actuación. Podemos ver cómo la homeostasis opera entre cualquier grupo de personas que vive junto a lo largo de un período de tiempo.

El número finito de alternativas en el Sistema de Constructos Familiares y su naturaleza contingente, explica el fenómeno observado comúnmente por los teóricos de sistemas: la transferencia de los síntomas de enfermedad cuando otro miembro de la familia enferma contemporáneamente con la mejoría del paciente identificado, o cuando surge una tensión grave en un matrimonio en un momento en que desaparecen los síntomas de un hijo o éste se va de la familia. Otro ejemplo claro es el evidente trueque que encontramos cuando uno de los cónyuges está deprimido y el otro es el que lo cuida. Desde un punto de vista sistémico, no importa cuál de ambos ocupa el hueco. Lo que se mantiene es cierto tipo de relación complementaria. Esa es la realidad de la familia: no conocen otra forma de estar juntos.

El concepto de Sistema de Constructos Familiares cubre el mismo terreno teórico que otros conceptos que han sido propuestos, particularmente el de los mitos familiares (Ferreira, 1963, 1965). No obstante existe una diferencia filosófica básica

entre la teorización que subyace al concepto de mito familiar y la que es delimitada en el presente artículo. La idea del mito implica una construcción inexacta, inadecuada o deficiente que necesita ser corregida. Por ejemplo Byng-Hall (1979) opone “falsas creencias” a “profundas verdades” y “realidad” a “fantasía”. El Sistema de Constructos Familiares es entendido más bien como la realidad total de la familia e incluirá alternativas correspondientes al mito y a sus “imágenes repudiadas” contrastantes (Byng-Hall, 1973). El Sistema de Constructos Familiares es una construcción que tienen en el presente y la familia seleccionará material del pasado con el propósito de validarla. La diferencia es sutil pero es suficiente como para generar implicaciones para la teoría y la terapia. El propósito de la terapia es ayudar a la familia a hacer una nueva construcción del presente. Ello llevará a nuevas comprensiones acerca de lo que ocurrió en el pasado. La reformulación del pasado puede perfectamente, por supuesto, ser una fecunda vía de ayudar a la familia a negociar una nueva construcción.

Idealmente la familia ha negociado un Sistema de Constructos Familiares que permite a cada miembro hacer elecciones que son consistentemente elaborativas. Kelly usa el término proposicional para describir constructos cuyos elementos no conllevan implicaciones respecto a los estados de los otros miembros. Los constructos en el Sistema de Constructos Familiares de una familia funcional tienden a ser proposicionales. En otras palabras, las acciones de cada miembro y sus elecciones estarán relativamente incontaminadas por las opiniones y acciones de los otros miembros.

Minuchin (1974) considera que en una familia que funcione bien debe haber fronteras claras que la separan de la red social más amplia y, dentro de la familia, que separen los diferentes subsistemas (por ejemplo los subsistemas marital, parental, fraternal). En términos de constructos familiares la claridad de una frontera depende de la existencia de un conjunto de constructos que discriminen entre los sistemas o subsistemas (incluyendo los individuos) en cada parte del mismo. Los constructos familiares pueden ser clasificados como discriminadores más allá del límite principal de la familia, distinguiendo a un miembro de la familia de personas ajenas, o puede discriminar dentro de ese límite principal. Estos últimos constructos gobiernan las elecciones alternativas que los miembros de la familia hacen o los diferentes roles “ranura” que cada uno tiende a ocupar. Kelly utiliza el término permeabilidad para describir la facilidad con que se admiten nuevos elementos en el rango de la conveniencia de un constructo. En una familia funcional los constructos del Sistema de Constructos Familiares serán relativamente permeables permitiendo el desarrollo y elaboración de nuevas conductas tanto en los miembros de la familia como en la red social exterior y regulando la facilidad con que la familia permite a sus nuevos miembros conectar con la red.

Es importante concebir a la familia y a su Sistema de Constructos Familiares en el contexto del ciclo de la vida familiar. En circunstancias ideales la familia negocia constantemente su Sistema de Constructos Familiares en relación a la conducta que

es apropiada a la edad de cada miembro. Si eso no ocurre, si el Sistema de Constructos Familiares se bloquea en un estadio evolutivo más temprano, la familia experimentará dificultades en el momento que el paso del tiempo les lleve a una transición en el ciclo de vida (por ejemplo nacimientos, hijos que dejan el hogar, matrimonio de un hijo). En ese punto, a menudo emerge la sintomatología, llevando a la familia a un punto de crisis y obligándolos a buscar ayuda. La Terapia Familiar puede ser vista, por tanto, como un proceso a través del cual se ayuda a la familia a negociar un Sistema de Constructos Familiares más apropiado a las edades de sus miembros. Cuando se consigue, la transición se produce espontáneamente; por ejemplo, con el uso de un constructo, que sea suficientemente proposicional, más allá del límite familiar por parte de un adolescente, es decir, de manera que los miembros que quedan pueden funcionar como una unidad relativamente autónoma.

Desórdenes de negociación

En familias disfuncionales, el Sistema de Constructos Familiares puede ser clasificado según evidencien diferentes formas de lo que podríamos denominar desórdenes de negociación. Por ejemplo el Sistema de Constructos Familiares puede haberse convertido en excesivamente constreñido en el rango de eventos que puede anticipar. El Sistema de Constructos Familiares puede no estar del todo elaborado en el área del conflicto marital. Esto puede observarse en una familia en la que el paciente identificado adolescente interviene siempre que ambos padres están a punto de mostrar su desacuerdo, atrayendo el conflicto sobre sí mismo. Alternativamente la familia puede estar definiéndose a sí misma contra figuras contrastantes fuera del límite familiar, de manera que cualquier desacuerdo se convierte en un asunto por el que empiezan a discutir a causa de algún mal vecino o algún psiquiatra que no les ayudó. Estos ejemplos muestran en qué manera los conceptos psicoanalíticos de represión y proyección pueden incluirse dentro del enfoque de los constructos familiares.

Los constructos familiares pueden, por otra parte, estar relacionados de una manera excesivamente “desligada”; en otras palabras, llevan a predicciones divergentes. Una familia como un Sistema de Constructos Familiares “desligado” se caracterizará por una interacción caótica e imprevisible. Esto puede observarse en familias que presentan pacientes identificados como esquizofrénicos.

Este método de análisis aporta precisión a las más bien vagas nociones de aglutinamiento y desligamiento de Minuchin (1974). La aglutinación puede ser entendida al menos de tres maneras diferentes. Puede implicar que los constructos de la familia son constelatorios, en otras palabras, los constructos de la familia fijan los otros estados de pertenencia de sus elementos. Eso es lo opuesto a la propositividad(*proposicionalidad?) y significa que cualquier elección de un miembro de la familia tiene implicaciones inmediatas para la conducta de los otros miembros y viceversa. Por ejemplo, un miembro de la familia no puede recordar un suceso y otro miembro interviene y actúa para este, como banco de memoria. La

aglutinación puede ser el resultado de una falta de constructos en el interior-del-límite del sistema. Esta forma sería similar a la “masa indiferenciada del ego” de Bowen (1978). Finalmente la aglutinación puede ser sencillamente, el resultado de un Sistema de Constructos Familiares apropiado para un nivel más temprano de edad, por ejemplo en una familia donde la paciente anoréxica de 19 años interactúa con sus padres como si tuviera doce. El desligamiento puede ser entendido como una impermeabilidad excesiva de los constructos dentro de los límites del sistema. Nuevas conductas, por ejemplo las parentales en un padre ausente, no se admiten en el estado de ciertos constructos familiares. Alternativamente, puede entenderse como una fragmentación del Sistema de Constructos Familiares, una situación en la que diferentes constructos de subsistemas familiares llevan a predicciones incompatibles. En este contexto el padre puede percibirse como incapaz de ocuparse de sus hijos porque siempre que lo intenta las cosas van de mal en peor.

El Sistema de Constructos Familiares es una construcción genuinamente interpersonal que existe en un nivel de análisis sistémico. Además nos permite insertar varios conceptos intrapsíquicos que aislados tienen sólo una validez parcial en Terapia Familiar. En particular, muchos de los conceptos de la teoría de las relaciones objetales toman una significación más fresca como muestran los ejemplos anteriores de represión y proyección. La proyección o introyección de objetos buenos y malos puede ser entendida como una ocupación alternativa contingente de los “huecos” en el Sistema de Constructos Familiares, como por ejemplo cuando la conducta promiscua en una hija adolescente es encubiertamente impulsada por unos padres que no experimentan estimulación sexual en su propia vida. La psicología de los constructos familiares tiene la ventaja de que no está restringida ni a sistemas naturales ni a relaciones extrafamiliares. Las personas llevan sus realidades negociadas en familia junto con ellas y las usan para construir individuos, y relaciones entre personas con las que entran en contacto. Esto enriquece nuestra comprensión del proceso de transferencia. La teoría original de Kelly puede ser ahora entendida también como una verdad parcial en un marco más amplio.

Teoría del cambio en Terapia Familiar

El proceso de cambio que ocurre durante la Terapia Familiar no es esencialmente diferente del que ocurre con bastante “naturalidad” en las experiencias día-a-día y año-a-año de las familias funcionales. Kelly entendió el cambio terapéutico como un proceso de reconstrucción. Eso involucra un cambio en las concatenaciones entre constructos, con la adición de nuevos constructos, con la elaboración de subsistemas, o con un cambio en el rango de conveniencia que abarca el sistema de constructos. Todos estos conceptos pueden hacerse extensivos a los cambios que ocurren en el sistema de constructos de la familia durante el proceso de negociación. El terapeuta familiar intenta deliberadamente ayudar a la familia a negociar cambios en el Sistema de Constructos Familiares que no han podido darse natural y espontáneamente. La Terapia Familiar consiste además en procurar a los miembros de la familia experiencias que les permitan elaborar y revisar el sistema de constructos familiar.

La psicología de los constructos familiares aporta una vía de superar y

trascender las polémicas entre conductistas y teóricos de sistemas por una parte y teóricos psicoanalíticos y orientados al insight por otra. Los teóricos de dichas escuelas manifiestan que lo que es esencial es que tenga lugar un cambio en la conducta y la estructura de la familia por una parte, o bien conseguir por parte de la familia el insight acerca de su propio funcionamiento como requisito para que pueda darse un cambio en el comportamiento. El autor no ve como una cuestión relevante al proceso de cambio ninguna de tales posiciones, que tendrían como mucho sólo una validez parcial. Lo que es fundamental es que el cambio tenga lugar en la negociación del Sistema de Constructos Familiares. Para clarificar esto en relación a las cuestiones de cambio de comportamiento e insight, es necesario volver a la idea de que el Sistema de Constructos Familiares está jerárquicamente organizado. Los constructos que se sitúan en el extremo de la jerarquía gobiernan secuencias de interacción y elección altamente específicas y concretas en un nivel de "microprocesos". Tales constructos están a su vez gobernados por constructos a un mayor nivel de supraordenación. Los constructos supraordenados tienden a permanecer más estables a lo largo del tiempo y se manifestarán por la redundancias en el proceso de interacción y por los temas que surgen una y otra vez. La relación entre constructos supraordenados y subordinados es dialéctica. Los constructos superordenados guían y gobiernan los subordinados. Los subordinados validan y mantienen a los supraordenados.

Un cambio en el Sistema de Constructos Familiares va unido, probablemente, a un cambio en la conducta y en la estructura de la familia. No obstante, puede no suceder así necesariamente. Una de las posibilidades para la familia, es continuar conduciéndose como antes aunque con tal conducta construida y encuadrada de una nueva manera. De forma semejante, la reconstrucción puede ir acompañada por la adquisición, por parte de la familia, de nuevos insights conscientes, aunque esto, de nuevo, no es necesariamente así. Es una experiencia frecuente en Terapia Familiar estratégica el que se produzcan cambios importantes en familias que son poco o nada conscientes de que ha habido cambios, dejando de un lado el porqué pueden haber ocurrido esos cambios. La conciencia cognitiva del cambio depende de la existencia de un conjunto de constructos psicológicos supraordenados que pueden o no estar presentes en el sistema de constructos de los miembros de la familia. Eso dependerá de su nivel de desarrollo -los niños pequeños probablemente experimentan los cambios sólo a un nivel de sentimientos. Los adultos son probablemente más capaces de ofrecer una construcción verbal.

Más importante que el cómo ocurre un cambio es, tal vez, la cuestión de cómo el cambio se mantiene y la manera en que la nueva configuración se estabiliza. Es posible ayudar a una familia a comportarse de maneras diferentes, pero a no ser que ello vaya acompañado por un cambio en los constructos supraordenados, se producirá un retroceso (homeostasis). Por ejemplo, podemos considerar un padre con un problema de bebida que deje de beber durante un tiempo, (cambio subordinado). Pero a no ser que tenga lugar una revisión en el constructo familiar supraordenado, que lo diferencia a él (por ejemplo, como frío, no parte de la familia) de su mujer e hijos (como opuesto a cálido, parte de la familia), la estabilización no tendrá lugar. Por tanto, un cambio en Terapia Familiar puede ser considerado como de a largo plazo

cuando la revisión ha traspasado bien el Sistema de Constructos Familiares de manera que cada opinión, cada acto y cada memoria haya sido reconstruida. La mayor parte de ese proceso tendrá lugar, por supuesto, espontáneamente una vez que la familia está abierta de nuevo a la negociación, pero la llave para la Terapia Familiar eficaz es ser consciente de que tal proceso puede ocurrir. Sospecho que los conductistas han hecho énfasis en los constructos subordinados y los analistas en los supraordenados. La parcialidad de las teorías de ambos los ha llevado a soslayar los procesos cruciales que tienen lugar entre ambos tipos de constructos.

El objetivo de la Terapia Familiar es ayudar a la gente a vivir en un sistema en el que sus elecciones habituales sean consistentemente adaptativas y los procesos de negociación fluyen de acuerdo con las demandas de la vida cotidiana. Esto debe considerarse en el contexto del ciclo de vida familiar y las expectativas sociales de edad y conducta apropiada. Debe también tenerse en cuenta en el contexto de la red social (incluyendo la sociedad misma) del entorno familiar. Por ejemplo, ninguna Terapia Familiar puede sustituir a una buena escuela para los niños. Finalmente el terapeuta no debe olvidar que él mismo es una parte crucial de la red social. El terapeuta puede desligarse de la familia dejando un nuevo sistema estable y en desarrollo. Esto quiere decir que el constructo de "ayuda" o "terapia" debe quedar dentro de los límites de la familia. Si ese constructo queda fuera, la familia buscará otro terapeuta.

En síntesis: la Psicología de los Constructos Familiares nos provee de un amplio marco teórico que considera la realidad única de la familia como estructurada por el Sistema de Constructos Familiares. Esto no es simplemente una realidad pasiva, percibida, sino una realidad dinámica, activa, que consiste en un sistema jerárquico organizado de constructos o elecciones. Las alternativas están vinculadas mutuamente por implicación y ello permite a cada miembro hacer anticipaciones que pueden ser o no validadas en la práctica. Esta anticipación mutua y esos procesos de validación pueden ser denominados negociación. Idealmente, esto tiene lugar continuamente y de maneras que pueden ser consideradas como funcionales o disfuncionales. El cambio debe entenderse tanto en la negociación natural como en terapia, en relación a la reconstrucción del Sistema de Constructos Familiares. Esta perspectiva trasciende el conflicto entre terapeutas familiares, conductistas y psicodinámicos acerca de la importancia relativa del cambio de conducta y del insight.

La segunda parte de este artículo examinará algunas de las técnicas que se desprenden de la teoría. Ofreceremos ejemplos de cómo la teoría ilustra los mecanismos involucrados en las técnicas derivadas de diferentes escuelas de Terapia Familiar.

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA TERAPÉUTICA

La Terapia Familiar tiene que ver con impulsar a la familia a negociar y revisar su concepción de la realidad y la manera en que habitualmente actúa en relación con su realidad. Se invita a la familia a ver y actuar sobre el mundo en formas nuevas. Se la coloca en situaciones en las que la negociación puede tener lugar y, a través de diversas técnicas, se estimula y anima el proceso de cambio. Antes de discutir estas

técnicas, no obstante, vamos a considerar la posición básica que se toma respecto da la familia y el método general de investigar el Sistema de Constructos Familiares.

Kelly atribuyó gran importancia a la posición terapéutica inicial asumida con respecto a los clientes. El se estaba refiriendo a la terapia individual pero lo que dice puede ser aplicado igualmente a la Terapia Familiar. Es fundamental aceptar al cliente. Kelly define la aceptación como el propósito del terapeuta de utilizar los propios sistemas de construcción del paciente.

Tiene que ver con la disposición a utilizar los propios modos de aproximación del cliente. El terapeuta debería intentar anticipar los acontecimientos en la manera en que el cliente los anticipa. Debería intentar utilizar el vocabulario del cliente. Debería aplicar a las palabras el significado que este les da (Kelly, 1955).

Podemos poner como ejemplo la construcción médica de un síntoma. Un terapeuta raramente debería evitarlo o discutir acerca del mismo. La aceptación completa de éste tiene el efecto de reducir la ansiedad y crear la oportunidad para los miembros de la familia de comenzar a tener en consideración constructos alternativos. Este es un proceso que Kelly denomina circunspección. Tales ideas desarrollan aquello que ocurre durante el proceso de unión-acomodación (Minuchin, 1974). Siempre que Kelly se refería a la aceptación de los constructos personales, nosotros estamos, por descontado, refiriéndonos al sistema de construcción familiar. Ello incluye fluir con, animar y utilizar las secuencias y contingencias del proceso de interacción. Por ejemplo, si un niño interrumpe repetidamente el diálogo de los padres, esa secuencia será apoyada y utilizada antes que bloqueada.

Kelly entra a discutir dos técnicas "paliativas" que pueden ser necesarias inicialmente y durante fases particulares de la terapia. La comprensión, el aliento tienen que ver con ofrecer una construcción supraordenada simplificada de manera que la conducta e ideas del cliente le resulten temporalmente consistentes, aceptables y organizadas. Para ilustrarlo Kelly refiere un ejemplo que nos remonta a un interesante y temprano uso de la paradoja. Devolvió a una muchacha su síntoma diciéndole que "no debería ir demasiado deprisa en desembarazarse de su cojera, porque tales cosas eran difíciles sacárselas de encima de golpe" (Kelly, 1955, vol. 2, p. 656). Otra técnica es reforzar aquello que está involucrado con la validación de las anticipaciones del cliente de manera que pueda permitirse experimentar comodidad y éxito. Kelly enumera las ocasiones en que conviene utilizar o no utilizar tales estrategias.

El concepto de Sistema de Constructos Familiares puede ser usado como guía en la entrevista terapéutica. El proceso de investigar las alternativas de la familia, los constructos intra y extra familiares y la manera en que los constructos de la familia están relacionados entre sí, no es una cuestión meramente diagnóstica. El proceso en sí mismo tiende a estimular la interacción y la negociación.

El método es conceptualmente bastante preciso y claro. Uno busca básicamente semejanzas y contrastes, en qué manera los miembros de la familia y la red social interaccionan en ciertas dimensiones. Estos mismos métodos han sido usados por

otros terapeutas familiares. Laing, por ejemplo, pregunta a quién de la familia se parece el niño. Palazzoli et al. (1978) preguntarían quién en la familia es el más feliz, el siguiente más feliz, el último más feliz, etc. La base dialéctica de los constructos es crucial. Es decir, la semejanza entre personas implica su contraste y viceversa. Esto puede ser usado por el terapeuta con objetivos terapéuticos. Si uno quiere enfatizar una diferencia o frontera puede poner en conexión los polos del constructo. Si uno quiere enfatizar la semejanza busca diferencias. Por ejemplo, si uno quiere intervenir constructivamente en un problema marital es a menudo mucho más efectivo enfatizar los valores del matrimonio que enfatizar la patología.

Habiendo establecido algunos de los límites y las alternativas básicas, el terapeuta sigue adelante investigando el entramado del Sistema de Constructos Familiares. ¿Quién deja salir a la hija por la noche y quién la vuelve a traer a casa? ¿Qué hace el otro progenitor? Estamos averiguando en qué medida las relaciones entre las construcciones son proposicionales, constelatorias, permeables y elásticas, y buscando áreas en las que el Sistema de Constructos Familiares es funcional o disfuncional.

Uno está, por supuesto, particularmente interesado en el proceso, pero el contenido de las construcciones familiares es también muy indicativo. El contenido debe ser continuamente comparado con el proceso de interacción observable, para después poder validarlo o no validarlo. El contenido en sí mismo puede dar importantes claves acerca de bloqueos en el ciclo de la vida familiar y edad evolutiva de las construcciones familiares.

Habiendo hecho algunas hipótesis acerca de cómo funciona el Sistema de Constructos Familiares, tenemos disponibles una serie de técnicas terapéuticas para utilizar con los diversos desórdenes de negociación. Por ejemplo, si el problema con el Sistema de Constructos Familiares es que es considerado como excesivamente desligado, se intentará aglutinar el sistema. En una familia caótica, en la que el Sistema de Constructos Familiares es tan desligado que nada parece ser predecible, el terapeuta focalizará en cuestiones altamente concretas y específicas y dará a la familia tareas muy incisivas y altamente organizadas (aunque muy breves), para realizar entre sesiones. Se intentará ligar y estrechar los actos fragmentados de la familia y ayudarles a reconocer su desligamiento como parte de su creatividad.

Otro ejemplo puede ser una familia con escasos constructos internos respecto a los límites del sistema -todos en la familia son amables y considerados, se ayudan mutuamente. El problema es que tal identidad se mantiene mediante su contraste -la gente que no es de la familia es poco considerada, egoísta y mezquina. Por tanto cuando Julie de 15 años empieza a salir con sus amigos y quiere cruzar los límites del sistema, tiene que adoptar el modelo de la familia que se sitúa en el polo de contraste del constructo. La terapia consiste en elaborar el importante constructo que diferencia a la gente de la familia de la gente de la red social exterior.

Es posible trabajar de esta manera: compartiendo directamente el proceso terapéutico con la familia. Puede ser mejor, tal vez, trabajar indirectamente ayudando

a la familia a elaborar su realidad mediante tareas, historias metáforas, etc. Milton Erickson (Erickson & Rossi, 1979, Haley, 1973) es el maestro de la terapia indirecta.

Finalmente mostramos unos cuantos ejemplos de técnicas terapéuticas que provienen de varias escuelas de Terapia Familiar, con el propósito de señalar la posibilidad de incorporarlas a la psicología de los constructos familiares.

Una técnica importante de la Terapia Familiar es la reformulación, que ofrece una manera alternativa de construir un síntoma o secuencia de interacción. Esto está claramente de acuerdo con la perspectiva del cambio terapéutico de Kelly. Las técnicas de Kelly consisten esencialmente en una serie de métodos de animar al paciente a reformular. El terapeuta familiar debe, sobre todo, ser un buen constructor alternativo y tener la habilidad creativa de generar una variedad infinita de maneras de ver las cosas.

Un buen ejemplo de reformulación, o de sugerencia de nuevo constructo, es la técnica de role-playing de Kelly, terapia de rol fijo. Al cliente se le da, literalmente, un nuevo constructo y se le pide que lo ensaye durante un período de tiempo. En uno de mis casos, un cliente diagnosticado como esquizofrénico paranoide fue tratado con esta técnica. Primero hicimos una evaluación de su forma característica de relacionarse con los otros. Escrutaba penetrantemente a todo el mundo con el propósito de averiguar si estaban contra él. Operaba con un constructo básico: “la gente está contra mí”. Escogimos un constructo alternativo (“la gente es interesante versus no interesante”) que era ortogonal al suyo propio pero que ocupaba el mismo espacio. Escribimos una escena con un personaje en relación a esta idea. Durante diez días aceptó representar un personaje llamado John que se veía a sí mismo como un psicólogo aficionado. Se mostraba penetrante escrutando a los otros porque tenía interés por saber qué es lo que les hacía divertidos. Observaba cuidadosamente a la gente en los autobuses e intentaba averiguar en qué consistía su posible interés. Aportamos algunos ítems adicionales, como por ejemplo interés en la ciencia ficción (estaba leyendo una novela en ese tiempo). El cliente fue capaz de iniciar un proceso fundamental de cambio y empezó a ver todo tipo de situaciones bajo un prisma diferente. Ponemos este ejemplo porque muestra claramente en qué manera se considera el cambio terapéutico en su transcurso. Se acepta un nuevo constructo si puede incluirse en una estructura supraordenada. Llegará a ser una parte más duradera del sistema, si por debajo del mismo se elabora una estructura subordinada. En Terapia Familiar podemos aportar nuevas construcciones a cada miembro de la familia de manera que les permitan, experimentando con nuevas extensiones del rol, crear un nuevo Sistema de Constructos Familiares mutuamente negociado.

Las reformulaciones propuestas son habitualmente positivas. No obstante, ese no es el prerrequisito fundamental. La cuestión importante es que la reformulación puede ser incluida por la estructura supraordenada del cliente que la elaborará. Las definiciones de Kelly sobre los diferentes desórdenes de transición son reformulaciones elaborativas. Por ejemplo la hostilidad se define como el “esfuerzo continuo por extraer evidencias validadoras en favor de un tipo de predicción social que ya ha sido

reconocido como un fracaso” (Kelly, 1955). La pereza puede ser definida como la “percepción de las cosas como incambiables”. Estas son reformulaciones que evitan la trampa del moralismo en el que caen a menudo las construcciones cotidianas del sentido común. Una reformulación negativa que es al mismo, tiempo elaborativa es ejemplificada en un tratamiento paradójico de la depresión (Cade & Southgate, 1979). El terapeuta acepta las lamentaciones del cliente incluso con mayor seriedad que el mismo cliente y sugiere que de hecho no estaba mostrándose pesimista en absoluto. Esto libera al cliente para saltar la barrera al elaborar sus construcciones y para descubrir que ser optimista es de hecho más elaborativo.

La reformulación es también fundamental en la supervisión de terapeutas. Quizás el grueso del trabajo de un grupo de apoyo en Terapia Familiar tiene que ver con ayudar al terapeuta a encontrar reformulaciones elaboradas de la familia.

Las técnicas del terapeuta de familia estructural ayudan a la familia animando a sus miembros a negociar de maneras consideradas por el terapeuta como productivas. Las actuaciones de Minuchin, por ejemplo, consisten en que el terapeuta anima a los componentes de la familia a elaborar activamente la realidad familiar. Mediante la reactuación el terapeuta puede ayudar a la familia a validar nuevas alternativas. Por ejemplo, un esposo no puede nunca compartir su tristeza porque ha aprendido a anticipar la cólera de su mujer o los síntomas de su hijo cuando empieza a sentirse triste. El terapeuta estructural prolongará la interacción de la pareja, bloqueará la interrupción del hijo y les hará posible obtener logros al tratar con cuestiones asociadas con la tristeza. De manera similar, desequilibrar tiene que ver con obligar a un componente de la familia a ocupar otro “hueco” con el propósito de que la elabore. Señalar fronteras anima a desarrollar nuevos constructos intra-límite familiar.

De acuerdo con su perspectiva del hombre como científico, Kelly hace hincapié en asignar tareas y diseñar experimentos, como muestra el ejemplo de la terapia de rol fijo. Una tarea funciona porque aporta una reformulación implícita, cambia los modos familiares de relación y de esa manera genera nueva evidencia para validar e invalidar construcciones. El mismo proceso tiene lugar en la exploración y evaluación del sistema familiar. Una prueba es una hipótesis que generará retroalimentaciones validadoras. La cuestión no es tanto dar una tarea “correcta” como diseñar una que provea respuestas por parte de la familia que permitan al terapeuta discriminar entre sus hipótesis. Un tipo de tarea es la tarea paradójica (Haley, 1963; Palazzoli et al. 1978). Funciona de dos maneras simultáneas. Previene a los miembros de la familia de usar ciertas elecciones habituales y al mismo tiempo valida su realidad. Ello les estimula a buscar nuevas alternativas. Por ejemplo si a una pareja con un problema sexual se le pide que eviten el contacto físico, se les previene de utilizar las usuales tentativas infructuosas para corregir el problema. El no relacionarse sexualmente ha sido validado por el terapeuta y ello les aporta la seguridad que les puede permitir intentar nuevas formas de relacionarse.

El uso de la metáfora de Erickson y Haley (Haley, 1976) puede ser entendido

también en esta perspectiva. Los mismos patrones se harán evidentes cuando una pareja está comiendo, haciendo el amor o limpiando el garaje. Lo que es común en todas las situaciones es la estructura supraordenada. La estructura supraordenada puede ser cambiada trabajando con temas inocuos y evitando que se explicita la resistencia que puede suscitar, por ejemplo, una discusión sobre su vida sexual. En un ejemplo, el constructo de una pareja acerca de su feliz matrimonio era validado diciéndoles que su problema era como un granito de arena en una caja de herramientas. Eran capaces de aceptar que tenían un problema si este era formulado como diminuto. Es posible generar otros constructos usando las posibilidades casi infinitas que permiten las metáforas -cambios de aceite, cambiar las herramientas, etc.

Muchas de las técnicas de los teóricos de las relaciones objetales y de los terapeutas familiares de orientación analítica pueden entenderse como maneras de ayudar a la familia a reconstruir y ampliar el Sistema de Constructos Familiares. Es posible utilizar el material del propio pasado familiar para invalidar sus construcciones y validar realidades nuevas y más funcionales. La interpretación consiste en promover nuevas construcciones habitualmente de nivel supraordenado razonable. El material de escultura y de juego infantil puede ser utilizado para validar la nueva estructura potencial en la medida que sea rico en implicaciones metafóricas.

Se considera que tiene lugar la fragmentación cuando se tienen dos construcciones subordinadas incompatibles. Este proceso es semejante al mecanismo de escisión de Klein por el que los aspectos buenos y malos del mismo objeto no pueden ser aceptados simultáneamente. Podemos entender las estrategias de un terapeuta kleiniano que puede impulsar al cliente a considerar las alternativas incompatibles, primero sucesivamente, para seguidamente animarlo a considerar el aspecto bueno junto con la introducción de algunos elementos malos. El cliente es llevado a revisar su sistema formando un constructo supraordenado que puede contener apropiadamente los polos previamente conflictivos. Típicamente, en una familia uno de sus miembros se verá a sí mismo como malo y a otro miembro como perfecto o viceversa y este constructo familiar aparece y se mantiene homeostáticamente. La técnica precedente puede ser usada en esta situación. Por ejemplo, una pareja en que la mujer se ve a sí misma como totalmente mala y a su marido muy idealizado, puede ser llevada a continuar aportando nuevos ejemplos de esa distinción. Algunas de las acciones de su marido pueden ser etiquetadas como mejores y otras peores aunque todas son, evidentemente, buenas. De la misma manera, algunos de los atributos de ella son malos, y otros enormemente espantosos. El constructo se extiende y elabora gradualmente de manera que se rompe y se suaviza la rígida dicotomía precedente.

Finalmente, podemos mencionar algunas de las técnicas que provienen de las escuelas de terapia experiencial. Las técnicas bioenergéticas y de la gestalt, que focalizan en los sentimientos corporales y construyen el cuerpo como autónomo, muestran un rico conjunto de constructos intra-límite. El masaje puede ser usado como técnica metafórica indirecta en parejas que tienen dificultades en su aislamiento físico.

El propósito de esta sección ha sido demostrar en qué manera la teoría de los constructos puede integrar una amplia variedad de técnicas de Terapia Familiar aparentemente no relacionadas. Más importante aún, puede generar una variedad aparentemente infinita de técnicas adicionales una vez que se haya entendido el marco teórico. Una vez captado el método, el contenido cuida de sí mismo y el terapeuta es libre de actuar de una manera natural y espontánea.

CONCLUSION

Puede argumentarse perfectamente que el lenguaje del marco teórico aquí propuesto es complicado. No obstante, creo que una vez captadas las ideas subyacentes, resulta enormemente simple. La ventaja es tener un marco teórico simple y omníabarcador que pueda al mismo tiempo aportar un conjunto ordenado y extremadamente amplio de enfoques y técnicas capaces de ser entendidas y utilizadas.

La Teoría de los Constructos Personales de Kelly experimenta una aceptación creciente tanto en el ámbito de la psicología de la personalidad, como de la psicoterapia individual. Sin embargo, no se han desarrollado apenas sus implicaciones en el campo de la Terapia Familiar. El artículo considera esta posibilidad y elabora a partir del corolario de socialidad dos nuevos corolarios específicos para cubrir adecuadamente el ámbito grupal y familiar, desarrollando las implicaciones para la práctica terapéutica.

Traducción: Felix Castillo

Nota Editorial: Este artículo apareció en su traducción castellana en *Dictia*, boletín interno de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Agradecemos la cesión del material para su publicación en nuestra Revista

Referencias bibliográficas:

- BANNISTER, D. (ed.) (1970). *Perspectives in Personal Construct Theory*. London: Academic Press.
BANNISTER, D. (ed.) (1977). *New perspectives in Personal Construct Theory*. London: Academic Press.
BANNISTER, D. & FRANSELLA, F. (1971). *Inquiring man*. Harmondsworth: Penguin Books.
BOWEN, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*, New York: Jason Aronson.
BYNG-HALL, J. (1973). Family myths used as defense in conjoint Family Therapy. *British Journal Medical Psychology*, 46, 3.
BYNG-HALL, J. (1979). Re-editing family mythology during Family Therapy. *Journal Family Therapy*, 1, 2, 103-16.

- CADE, B. & SOUTHGATE, P. (1979). Honesty is the best policy. *Journal Family Therapy* 1, 23-32.
- ERICKSON, M.H. & ROSSI, E.L. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York: Irvington.
- FERREIRA, A.J. (1963). Family myth and homeostasis. *Archives of General Psychiatry* 9, 457-63.
- FERREIRA, A.J. (1965). Family myths: the covert rules of the relationship. *Confin. Psychiat.*, 8, 15-20.
- FRANSELLA, F. & BANNISTER, D. (1977). *A manual for repertory grid technique*. London: Academic Press.
- HALEY, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- HALEY, J. (1973). *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- HALEY, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. (2 vol.). New York: Norton.
- KELLY, G.A. (1963). *A theory of personality*. New York: Norton.
- KELLY, G.A. (1969). *Clinical psychology and personality: the selected writings of George Kelly* (ed. B. A. Maher). New York: Wiley.
- LAING, R.D. (1967). Family and individual structure. In P. Lomas (ed.), *The predicament of the family*. London: Hogarth Press.
- LAING, R.D. (1969) Intervention in social situations. Reprinted in Walrond-Skinner, J. (ed) (1981). *Developments in family therapy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families and Family Therapy*. London: Tavistock.
- MINUCHIN, S., MONTALVO, B., GUERNEY, B.G. Jr., ROSMAN, B.L. & SHUMER, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L. & BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge Mass.: Harvard University Press.
- PALAZZOLI, M.S., CECCHIN, G., PRATA, G. & BOSCOLO, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- PROCTER, H.G. (1978). Personal construct theory and the family: a theoretical and methodological study. Unpublished. PhD. Thesis, University of Bristol.
- PROCTER, H.G. (in preparation) *Family realities: an outline of family construct psychology*, London: Routledge & Kegan Paul.
- RYLE, A. (1975). *Frames and cages*. Sussex: Sussex University Press.
- STRINGER, P. & BANNISTER, D. (1979). *Constructs of sociality and individuality*. London: Academic Press.



DEL INDIVIDUO AL SISTEMA: LA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA COMO MARCO INTEGRADOR

Guillem Feixas

Universitat de Barcelona

Clinical phenomena can be conceptualized according to three different levels (individual, interactional, and systemic). Every therapy has its focus of convenience at one of these levels. We propose that constructivist epistemology provides an integrated framework capable of operating at these different levels. Coming out from Kelly's Personal Construct Theory and from Systemic Constructivism, our proposal incorporates a wide set of intervention procedures (making the theory of the problem explicit, the conversational grid, family laddering, circular questioning, zig-zag questioning, several writing methods, the use of ritual, and the use of teams) which are discussed in this paper.

INTRODUCCION

Los modelos tradicionales de personalidad y de psicoterapia se basan en nociones intrapsíquicas e individuales. A pesar de que todos los autores reconocen la relevancia de la interacción social (y particularmente la familiar) para determinar lo que hacemos y cómo nos comportamos, los enfoques tradicionales conceptualizan los problemas humanos o bien en términos de procesos individuales o bien en términos de determinismo ambiental. Incluso los enfoques interaccionistas modernos (p.e., Magnusson y Endler, 1977) que proponen un enfoque interactivo entre persona y situación, no consiguen una visión suficientemente amplia de la interacción social y familiar, y de su peso esencial.

Para describir la evolución de modelos intrapsíquicos a los más globales o sistémicos hemos distinguido tres niveles de conceptualización (ver Tabla 1). De forma más específica podemos afirmar que la psicoterapia inició su andadura centrando su foco en el individuo, un nivel al que llamamos *atomístico*. Este nivel, que se interesa en la dinámica interna de la psique, tiene su ejemplo histórico más paradigmático en el psicoanálisis, desde el que se conciben los síntomas y los problemas humanos en relación a conflictos entre entidades intra-individuales (pulsiones, instancias psíquicas, objetos internos, etc.). En consecuencia, el cambio

resulta de un mejor funcionamiento de la dinámica intrapsíquica. Incluso en el caso de las terapias de pareja, familia o grupo de orientación psicoanalítica su objetivo es el cambio de esta dinámica intrapsíquica.

Tabla 1.
Cuadro Comparativo entre los tres niveles de conceptualización
 (adaptado de Feixas, en prensa a).

Nivel	Foco conceptual	Foco terapéutico	Ejemplos principales
Atomístico	Self. Dinámica interna entre instancias intrapsíquicas, pulsiones, deseos o necesidades.	Individuo	Modelo estructural en Psicoanálisis (Id, Ego, Superego) Estados del Yo en Análisis Transaccional (Padre, Adulto, Niño) Cogniciones en la Terapias Cognitivas (creencias, esquemas, pensamientos, etc)
Molecular	Interacción. Relaciones, vínculos, transacciones, roles	Individuo, pareja, grupo	Relaciones Objetales (proyección, identificación, vinculación, etc.) Transacciones y juegos en Análisis Transaccional Psicodrama Nociones diádicas en el modelo sistémico (simetría, complementariedad, etc.)
Molar	Sistema. Patrones, funciones, y reglas. Creencias y mitos compartidos	Familia, pareja, grupo, red social, institución	Modelo sistémico (escuela estructural, estratégica, y Milán) incluyendo tanto la tendencia constructivista como la pragmática

Posteriormente otros enfoques terapéuticos centran su conceptualización en los procesos interpersonales, esencialmente los diádicos. Llamamos a este nivel *molecular* puesto que concibe los problemas humanos en términos de interacciones entre diádas de individuos y patrones de relación. Históricamente este nivel recibió las aportaciones de Sullivan, Fromm-Reichman, Perls, Moreno, Ackerman, Bolwby y Berne, entre otros. Los conceptos de relación simétrica y complementaria de los inicios del enfoque comunicacional (p.e., Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), así como las teorías psicodramáticas y de rol constituyen también buenos ejemplos del nivel molecular.

Finalmente, el enfoque sistémico introdujo una nueva conceptualización, así como nuevas estrategias para entender y tratar los problemas humanos. Puesto que tales problemas ocurren en contextos sociales, principalmente familiares, el enfo-

que sistémico proporciona un marco teórico *molar* que contempla los problemas en su contexto de acuerdo con las reglas y parámetros del sistema en que se dan, no reducibles a la suma de los procesos intra-individuales o interaccionales. En sus primeras formulaciones (p.e., Haley, 1963; Watzlawick et al, 1967), aún consideradas centrales por muchos terapeutas familiares, el problema era considerado en el contexto de una secuencia de conductas. En tal secuencia interaccional, el síntoma cumple una función sistémica, ya sea en términos de alianzas y coaliciones a menudo trigeracionales (escuela estructural), ya sea en términos de una solución intentada por la familia que juega un papel importante en el mantenimiento del síntoma.

Al considerar los parámetros globales y las funciones del sistema el modelo sistémico puede considerarse el representante del nivel molar. Sin embargo, la postura sistémica entraña también sus riesgos y desventajas. El peso que otorga a conceptos tales como organización homeostática, organización familiar y juegos familiares puede resultar excesivo y, de hecho, ha sido ya cuestionado. Por una parte, ya son bastantes los autores que denuncian que el enfoque sistémico se olvida los aspectos más individuales relacionados con el self. Estos autores han elaborado varias propuestas integradoras acerca de las conexiones entre el nivel familiar y el individual (p.e., Allen, 1988; Caillé, 1989; Doherty, 1989; Nichols, 1987). Por otro lado, aunque también relacionado con el interés por el individuo, varios líderes del movimiento sistémico (p.e., Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Anderson, Goolishian y Winderman, 1986; Hoffman, 1985; 1988; Keeney, 1983; Watzlawick, 1984) han adoptado una postura constructivista abogando así por nociones tales como mitos, premisas y paradigmas familiares.

Es precisamente la adopción de una perspectiva constructivista la que permite establecer conexiones de tipo integrador con otros enfoques constructivistas individuales, como la Teoría de los Constructos Personales (TCP) de Kelly. Pero para abordar el tema del marco integrador, es preciso presentar tanto al constructivismo sistémico como al constructivismo personal y su desarrollo familiar, la teoría de los constructos familiares.

EL CONSTRUCTIVISMO SISTEMICO

En la última década muchos terapeutas sistémicos han ido adoptando progresivamente una perspectiva constructivista que implica un cambio de énfasis importante: de las secuencias de conducta a la co-creación del significado. Si bien en sus inicios el enfoque sistémico de la terapia familiar se centró en la circularidad de las conductas de los distintos miembros de la familia, en la actualidad se pregunta más bien por el significado familiar compartido de dichas conductas.

Sin embargo, el constructivismo no se presenta como una alternativa al modelo sistémico sino como una perspectiva que surge de una reflexión epistemológica que orquesta el uso de muchas de las intervenciones sistémicas. Esta reflexión, iniciada

por el propio Bateson, sugiere que el conocimiento humano no resulta de una representación mental e individual de la realidad sino que es activamente construido por el individuo en un contexto familiar y socio-cultural dado. Los biólogos Maturana, Varela, y el biocibernético von Foerster, han ejercido también una influencia tangible en los terapeutas constructivistas al destacar la naturaleza auto-organizativa de los seres vivos, cuya conducta no resulta directamente de las influencias ambientales (p.e., la conducta de otros miembros de la familia) sino de su interpretación o puntuación.

La influencia constructivista se hizo más visible cuando en el número de Marzo de 1982 de la revista *Family Process* estalló una polémica epistemológica muy intensa. En la actualidad son muchos los autores que se inspiran en el constructivismo para orientar su práctica clínica y su reflexión (ver Feixas, Cunillera y Villegas, 1990; Feixas y Villegas, 1990, para una revisión). La aparición de un número monográfico sobre el tema de la revista *The Family Therapy Networker* (y en especial el artículo de Efran, Lukens y Lukens, 1988) es un claro exponente del interés de los terapeutas sistémicos por el constructivismo. Para mencionar sólo unos ejemplos de las obras de estos autores constructivistas citaremos el libro de Watzlawick "*La realidad inventada*" (1984), y la obra de Keeney "*La estética del cambio*" (1983). Lynn Hoffman, en las palabras que dirigió a los cuatro mil asistentes al Congreso Nacional de la American Association of Marital and Family Therapy (New Orleans, 1988) manifestó que su obra clásica (Hoffman, 1981), considerada por muchos el mejor compendio sobre el enfoque sistémico, estaba ya caducada en el momento de su aparición por no integrar la nueva corriente constructivista. Esta misma autora (Hoffman, 1985; 1988) ha expuesto con detalle la influencia del constructivismo en la terapia sistémica. En síntesis, afirma que el mayor cambio producido ha sido el dejar el énfasis previo en las secuencias conductuales y centrarse en los significados compartidos por la familia. En otras palabras, el atreverse a entrar en la "caja negra" y considerar como tarea central la exploración de premisas, mitos y creencias.

Bateson se interesó particularmente por el estudio de las premisas implícitas que guían la adquisición del conocimiento y de nuestra conducta. El término *premis*a fue introducido por Bateson (1979) como valor de referencia, principio o ideas abstracta que supone una programación a nivel profundo, fuera del alcance de la conciencia, que guía la conducta de la familia o pareja. Estas ideas o programas "llegan a ser nucleares o nodales dentro de las constelaciones de otras ideas" (Bateson, 1979) y por tanto dan cuenta de las conductas problema y de las asociadas al mismo. Por ejemplo, Bateson (1972) describió la premisa del alcohólico como "Yo controlo la bebida" y la conducta de beber como una forma de ponerla a prueba. Cada nuevo intento de controlar la conducta adictiva se convierte en un prueba crucial en la que todo su ser se halla implicado. Sólo cuando el alcohólico "toca fondo" está dispuesto a cuestionar su programa o premisa básica.

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

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

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

“La idea central en que se basa este modelo es que la familia, en el curso de su desarrollo, forja presupuestos básicos y persistentes acerca del mundo en el que vive. Estos presupuestos son compartidos por todos los miembros de la familia, a pesar de los desacuerdos, conflictos y diferencias que existen en la familia. En efecto, el núcleo de la pertenencia de un individuo en su familia es su aceptación, creencia y elaboración creativa de estos presupuestos perdurables”. (p. 1)

Hablamos de *paradigmas familiares* como organizadores centrales de los constructos compartidos, predisposiciones, expectativas, y fantasías acerca de su mundo social”. (p. 2)

Otros autores han seguido esta noción del paradigma familiar. Por ejemplo, en el tema específico de la problemática de los celos y las relaciones extramaritales, Constantine (1986) pone de manifiesto el papel crucial que juega el paradigma que ha construido la pareja acerca de la (in)fidelidad para el tratamiento de estos

problemas clínicos, puesto que el significado de los celos o las relaciones extramaritales depende muy estrechamente de este modelo o paradigma de relación.

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

LA TEORIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES EN LA TERAPIA FAMILIAR

El foco de conveniencia inicial de la Teoría de Constructos Personales (Kelly, 1955; ver Feixas y Villegas, 1990 para una introducción) es el individuo. Partiendo de que su postulado fundamental se refiere a “los procesos de la persona”, y al propio adjetivo “personales” que acompaña casi inseparablemente a los constructos, los corolarios de construcción (los de construcción, experiencia, elección y modulación) y los estructurales (los de dicotomía, organización, fragmentación y ámbito) describen la forma como se crean, estructuran y cambian (o resisten a cambiar) los significados personales. Asimismo, el ciclo de experiencia permite entender la conexión entre acción y significado en el contexto de la evolución continua del sistema de construcción.

Pero Kelly (1955) no sólo elaboró los aspectos intrapsíquicos o atomísticos del sistema personal de construcción, sino que formuló algunas nociones que suponen una transición del individuo a la relación, llegando así al nivel interaccional o molecular. A la vez que afirmó que la persona es única en su forma idiosincrásica de construir el mundo, los humanos compartimos ciertas comunales de acuerdo con nuestros referentes culturales. El lenguaje, por ejemplo, proporciona una base inmensa para la comunalidad a pesar de la variabilidad que puede darse en su uso y en sus distintas connotaciones. Y es basándonos en esta comunalidad que podemos postular modelos de sistemas comunales de construcción, es decir, de significado compartido.

El corolario de socialidad añade una nueva dimensión al aspecto social de la construcción del significado al tratar de la naturaleza de las relaciones. Si una persona es capaz de construir los procesos de construcción de otra puede desarrollar con ella una *relación de rol*, de forma que los procesos de construcción de ambas resultan interconectados de una forma particular y característica de esa relación. Por tanto, en una relación de rol uno llega a ser un agente (in)validador para el otro, quedando así sus ciclos de experiencia conectados, de forma que las conductas de uno (in)validan las construcciones nucleares del otro (una visión muy próxima a la “ecología de ideas” de Bateson y Bogdan).

Los seguidores de la Teoría de Constructos Personales posteriores a Kelly han

desarrollado sus nociones sociales en varios sentidos (algunas de sus contribuciones al ámbito psicosocial se pueden encontrar en Stringer y Bannister, 1979; ver también Feixas, en prensa a). Duck y sus colegas (ver por ejemplo Duck, 1973; 1983; Duck & Condra, 1990) estudiaron los procesos de desarrollo, mantenimiento y disolución de las relaciones interpersonales. En base a estos estudios R. Neimeyer y G. Neimeyer (1985) elaboran una taxonomía de los trastornos de las relaciones, y G. Neimeyer (1985; Neimeyer y Hudson, 1985) ha desarrollado un modelo de las relaciones de pareja. Según este modelo, las personas iniciamos una relación de pareja como una forma de elaborar nuestro sistema de construcción personal, es decir, para la mejora de nuestra capacidad predictiva. Así es que G. Neimeyer (1985) propone que tanto el desarrollo como el mantenimiento (así como los posibles conflictos) de una relación de pareja se subordinan al principio kelliano de la búsqueda del aumento de la capacidad comprensiva y anticipatoria del sistema. De esta forma, también la elección de pareja se rige por la expectativa que tiene el individuo de elaborar su propio sistema al estar en relación con el otro, por lo que tal elección tiene que ver con “los aspectos del self que una persona quiere elaborar” (G. Neimeyer y Hudson, 1985, p. 127).

Harry Procter (1978; 1981; 1985), el más destacado proponente del enfoque conocido como psicología de los constructos familiares (ver también Feixas, 1990a; en prensa b; Feixas y Villegas, 1990; Feixas, Cunillera y Villegas, 1990; Procter y Feixas, en preparación), formula la noción de *constructos familiares* como una ampliación de los constructos personales kellianos. Se trata de constructos compartidos por todos los miembros del sistema familiar, haciendo que una familia construya los acontecimientos de una forma característica. Procter basa su defensa de una realidad familiar compartida en la apreciación de que la familia es el principal (sino el único) agente validador del sistema de constructos en desarrollo del niño. Este hecho ha sido también señalado por Guidano y Liotti (1983) quienes han estudiado el desarrollo de los sistemas de construcción en el contexto de los vínculos afectivos tempranos. Estos autores afirman que “los fragmentos a partir de los cuales se inicia la construcción son casi enteramente dados. (...) al menos durante la infancia, la realidad coincide casi espacialmente con la familia”.

Los constructos familiares de Procter están organizados en el Sistema de Constructos Familiares (SCF) que “rige las elecciones sucesivas y contingentes que constituyen el patrón de interacción de los miembros de la familia” (Procter, 1981, p. 355). De este modo algunos constructos familiares, conocidos como premisas o mitos, juegan un rol supraordinado en la organización del pensamiento y conducta de los miembros de la familia. La idea del Sistema de Constructos Familiares va más allá del énfasis que Kelly da al sistema de constructos individual. En sus escritos, Procter propone un sistema de construcción que tiene una vida propia. El Sistema de Constructos Familiares se desarrolla mediante la negociación (a menudo implícita) entre los miembros de la pareja que lo funda. Esta negociación de una

realidad común familiar incluye visiones acerca del mundo, sobre los miembros actuales y potenciales de la familia, y sobre formas de relación de un miembro con los otros. El origen de un Sistema de Constructos Familiares puede trazarse en la interpretación personal (y negociada) que cada miembro de la pareja tiene de (1) el sistema de constructos de sus familias de origen, y de (2) el sistema de construcción más amplio de orden cultural (o culturales) al cual (o a los cuales) los miembros de la pareja pertenecen.

El modelo del Sistema de Constructos Familiares es capaz de incorporar en términos de procesos de construcción, muchas nociones sistémicas como patrones de interacción, límites, aglutinamiento, alianzas, mitos, etc. (ver Procter, 1981). Desde esta perspectiva los conflictos surgen cuando la realidad construida por la familia no funciona bien para todos. El Sistema de Constructos Familiares se desarrolla a través de la negociación, especialmente en los momentos en que se percibe invalidación. El ciclo vital de la familia puede proveer algunas situaciones de invalidación. Cuando la conducta de algún miembro es inusual o imprevista, ésta puede llegar a invalidar los constructos de otros. Puesto que en estas propuestas innovadoras son inherentes el crecimiento y desarrollo, los esfuerzos de los otros miembros para volver a los viejos caminos son fuentes potenciales de conflicto en el desarrollo de la familia. En estos conflictos a menudo un miembro tiene que hacer una elección entre su crecimiento personal y la adaptación a las expectativas de los otros. Los síntomas frecuentemente son soluciones de compromiso al conflicto cuando otras formas de negociación no conducen a un acuerdo que permitiría un nivel seguro de anticipación mutua. En estos casos a menudo alguien empieza a construir (y etiquetar) la situación, o un segmento conductual de ésta, en términos de problema o patología. Procter (1981) considera estos problemas como “trastornos de negociación” y sugiere que ciertas intervenciones sistémicas y de constructos personales pueden utilizarse para generar una reconstrucción del Sistema de Constructos Familiares que no exija una solución sintomática al conflicto. En un trabajo más reciente, Procter (1985) propone la concepto de *posición* para representar la construcción y la acción de un miembro de la familia en relación a los otros. La utilidad de este concepto para la práctica clínica se describe más adelante.

En síntesis, el enfoque de los constructos familiares es una de las contribuciones constructivistas más sólidas para el entendimiento de la interacción social y familiar. De hecho, este punto de vista ha generado desarrollos metodológicos y terapéuticos que se exponen en próximas secciones. Respecto a las elaboraciones teóricas del modelo, podría mencionarse que Dallos (1990) y Aldridge (Dallos and Aldridge, 1985; 1987; 1988) han estudiado la elección de un miembro de la familia adoptando una determinada posición en relación a la formación de síntomas. Ellos también describen el camino por el que los constructos familiares son transmitidos a través de los Sistema de Constructos Familiares de varias generaciones. También siguiendo la propuesta de Procter, Feixas (1990a) propone un modelo de integración

constructivista en el cual el postulado fundamental y los corolarios de la Teoría de Constructos Personales son presentados en términos de sistemas de constructos multipersonales en lugar de la formulación “personal” original.

UNA VISION INTEGRADORA

Como se describió antes, la Teoría de Constructos Personales y el punto de vista sistémico permanecieron durante muchos años como dos tradiciones distintas. Mientras que la Teoría de Constructos Personales original se centraba en las estructuras y procesos de construcción individual, el punto de vista sistémico veía los problemas en términos de las dinámicas del sistema familiar. Sin embargo, la evolución constructivista del posicionamiento sistémico abrió la puerta a los significados personales. De forma complementaria, la Teoría de Constructos Personales ha realizado una evolución hacia la conceptualización y tratamiento de parejas y familias.

Actualmente la forma en que los terapeutas sistémico-constructivistas enfocan los problemas clínicos es perfectamente compatible con la Teoría de Constructos Personales. Varios de estos rasgos comunes han sido descritos en Feixas (1990b) y pueden resumirse del siguiente modo:

- a) Los sistemas de constructos personales pueden ser descritos en términos de las propiedades cibernéticas de totalidad, feedback, equifinalidad, y jerarquía que caracterizan los sistemas abiertos;
- b) Ambos enfoques reconocen el valor central de la anticipación (o feed-forward) en la organización de la conducta;
- c) Ambos enfoques reconocen el papel de la etiquetación (o diagnóstico) en la creación y mantenimiento de los problemas;
- d) Ambos enfoques aconsejan inisistentemente la comprensión y la utilización del lenguaje y la visión del mundo del cliente, aún cuando se trasmite una visión o construcción alternativa;
- e) Ambos enfoques ven la “resistencia” como una construcción del terapeuta en respuesta a los movimientos de los clientes para conservar su organización sistémica;
- f) Ambos enfoques pueden utilizar las sugerencias pragmáticas como vía para experimentar significados alternativos;
- g) Ambos enfoques ven la terapia como un proceso orientado hacia la reconstrucción de los significados atribuidos a los acontecimientos.

Esta convergencia, sin embargo, no es fortuita, sino que tienen un sólido fundamento en la epistemología constructivista. Ciertamente ambos enfoques, la Teoría de Constructos Personales y el sistémico, comparten el presupuesto de que el conocimiento resulta de un proceso activo de co-construcción más que de la representación directa de la realidad. Puesto que el conocimiento del mundo externo

es construido activamente por el sujeto (observador) en un contexto social dado, la idea de tener un conocimiento verdadero de la realidad se desvanece. Así, la aserción de Kelly (1955) de que la realidad puede ser interpretada de diversas formas es compartida por muchos pensadores constructivistas (p.e., Bateson, 1979; Kenny & Gardner, 1988; Mahoney, 1988; Maturana & Varela, 1980; Von Foerster, 1981; Von Glasersfeld, 1984; Watzlawick, 1984; ver Feixas y Villegas, 1990 para una revisión).

Esta visión integradora constructivista puede ser vista como una aplicación particular del Integracionismo Teórico Progresivo (ITP) (Feixas y Neimeyer, 1991; Neimeyer, 1988; Neimeyer y Feixas, 1990). Esta modalidad de integración en psicoterapia propone: 1) una relación dialéctica entre teoría y práctica para que la una informe a la otra, y (2) la adopción de una posición metateórica o epistemológica capaz de integrar varios desarrollos teóricos compatibles. El intercambio técnico entre los acercamientos es entonces obligado para aquellas posiciones compatibles epistemológicamente. Así, ofreciendo su epistemología común, las aproximaciones sistémica y de constructos personales pueden ser integradas de acuerdo con el ITP, que sirve de marco integrador para el trabajo con parejas y familias. Esta visión integradora permite una presentación conjunta de las contribuciones terapéuticas provenientes tanto de los terapeutas sistémicos como de los de constructos.

CONTRIBUCIONES TERAPEUTICAS DE LA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA

Son muchas las formas de entrevista o tareas que involucran a varios miembros de la familia que nos pueden revelar sus patrones de construcción. Por ejemplo, podríamos utilizar tareas estructuradas, como planear conjuntamente unas vacaciones, o discutir acerca de un tema concreto, y de aquí se podrían extraer constructos familiares, y quizás premisas o mitos. De hecho Reiss (1981) diseñó una serie de tareas familiares para la solución de problemas en la forma de diseños formales de investigación orientados a explicitar los patrones de construcción familiar. Sería excesivo para nuestros propósitos actuales querer abarcar todos estos procedimientos, por lo que a continuación presentamos una selección (para un ulterior desarrollo véase Feixas, 1990a; en prensa a).

Explicitación de la teoría del problema

Conocer las teorías que de forma implícita mantienen los miembros de la familia acerca del problema supone una información muy valiosa para entender las premisas y la construcción que hace la familia del problema. Este aspecto no sólo ha sido mencionado por Procter y Walker (1988) sino que Furman y Ahola (1988) proponen la recuperación de la pregunta "¿Por qué?" en la entrevista sistémica. Precisamente su objetivo es la investigación de las premisas que explican el problema. Se trata de investigar las explicaciones causales que dan los miembros de

la familia o pareja al problema. Así es que proponen preguntar “Y Vd. porqué cree que se da a la bebida?” o bien “Porqué cree que su marido bebe en exceso?”. A menudo las respuestas dan lugar a otras preguntas, a pesar del aparente no saber de los clientes:

Cliente (C): No sé. Precisamente por ello es por lo que venimos aquí.

Terapeuta (T): Yo tampoco lo sé, pero estoy seguro de que todos tenemos nuestras hipótesis. Díganme las suyas y yo les explicaré las mías.

C: Pues yo creo que es porqué está frustrado.

T: ¿Y de qué cree que se ha frustrado? (Furman y Ahola, 1988, p. 400)

Estos autores reconocen las dificultades que ponen a veces los clientes para expresar sus creencias acerca del problema y sugieren preguntas alternativas para mitigar estas dificultades: “¿Vd. cree que este problema es signo de algo?”, “¿Cree que hay alguna razón para que esto ocurra, o bien ocurre sin razón?”, “¿Puede pensar qué razón puede ser esa?”, “Entiendo que no pueda saberlo con certeza, pero ¿cual es su impresión? ¿Puede usar la imaginación para pensar porqué ocurre este problema?”, “Claro que no lo sabe, pero si lo supiera ¿de qué se trataría?”.

En esta investigación de las premisas sobre el problema merecen especial atención las distintas explicaciones que sostienen los miembros de la pareja o familia. En el caso de una pareja (Tomm y Lannamann, 1988) en la que la esposa Liz presentaba síntomas notables de depresión, ésta manifestó el convencimiento de la característica no biológica de su problema. A la pregunta de “¿Quién piensas que cree de forma más firme que tu depresión es biológica?”, Liz contestó casi triunfante: “¡El psiquiatra de Glenn!”. Siguiendo el método del cuestionamiento circular, en su vertiente de comparación/clasificación, el terapeuta pidió una gradación o escala desde las personas que más creían en lo biológico de su problema hasta las que más creían que era social. Resultó que, además del psiquiatra, su esposo Glenn y sus suegros mantenían la explicación biológica mientras que ella y sus padres creían que se trataba de un problema más relacionado con el estrés. Como podemos ver en este ejemplo, la investigación de las premisas sobre el problema puede proporcionar una mapa bien útil sobre el mismo, también interpretable desde esquemas más tradicionales como las alianzas y coaliciones.

La rejilla conversacional

Los terapeutas de constructos utilizan muy a menudo un procedimiento de evaluación constructivista llamado la técnica de rejilla (Kelly, 1955; Fransella y Bannister, 1977; en nuestro medio Rivas y Marco, 1985; Feixas, 1989; ver Cunillera y Feixas, 1990 para su utilización en el contexto familiar). Sin embargo, no voy a presentar este procedimiento como contribución sino su derivado, la rejilla conversacional (Feixas, 1990a). Emulando la rejilla tradicional, esta forma de entrevista consiste en partir de una característica, etiqueta o adjetivo relevante empleado por un miembro de la pareja o familia. Por ejemplo, la pareja puede

considerar a uno de sus miembros como alguien “nervioso”. Las preguntas típicas de la rejilla puede efectuarse a continuación en el contexto negociador de la terapia:

- a) ¿Qué sería el opuesto de “nervioso”?
- b) ¿Quién es el mas “nervioso” de la pareja? ¿Y de las familias de origen?
- c) Después de él, ¿quien es el más “nervioso”? ¿Y después? (seguir así hasta lograr una ordenación de más a menos “nervioso” de todas las figuras relevantes)
- d) ¿Quién sería, pues, un buen ejemplo de “calmado” (opuesto dado por la pareja a “nervioso”)?

En el curso de esta conversación, la pareja probablemente discrepa discute y negocia sus respuestas, lo cual puede sugerir la inclusión de nuevos constructos en el procedimiento de la rejilla conversacional.

- e) Todos aquellos que se consideran “nerviosos” ¿son también “enfermos”? ¿Podéis encontrar algún ejemplo de alguien que sea “nervioso” pero no sea “enfermo”?

Esta forma de entrevista puede tener efectos similares a los del cuestionamiento circular (ver más adelante). Pretende desafiar las redes implicativas que se generan entre los constructos, de manera que si en un sistema rígido de construcción “nervioso” implica “enfermo”, si este sistema se flexibiliza esta vinculación puede aflojarse.

El “escalamiento familiar”

La técnica de escalamiento (Hinkle, 1965) es un método de entrevista diseñado para la obtención de constructos supraordenados en individuos. En otro lugar (Feixas, 1990a) se propone su uso para sistemas multipersonales (parejas, familias, instituciones). Ya Neimeyer (1987) lo ha utilizado en la terapia de pareja, en un caso en el que la conflictividad de la pareja se centraba en la actitud excesivamente intrusiva del marido, en sus ingerencias en cuestiones de la esposa. El terapeuta empezó el escalamiento preguntándole a Ron cual sería, desde su particular punto de vista, el opuesto a “hacer sugerencias”. Respondió que suponía “mantenerse tranquilo”. Entonces el terapeuta preguntó que es lo que preferiría que alguien le hiciera sugerencias o que se mantuviera tranquilo. Respondió sin dudar lo primero. Cuando el terapeuta le preguntó por qué prefería esta alternativa, Ron indicó que ello era muestra de que alguien se interesa por él, mientras que mantenerse tranquilo supone que no le importa el otro. La repetición de este ciclo de entrevista con respecto al constructo “interesarse por alguien” vs. “no importar el otro” mostró que el primer polo lo hacía “sentirse bien”, mientras que el otro lo hacía “sentirse desplazado”. El mismo proceso realizado con la esposa llevó al esquema que presentamos en la Figura 1.

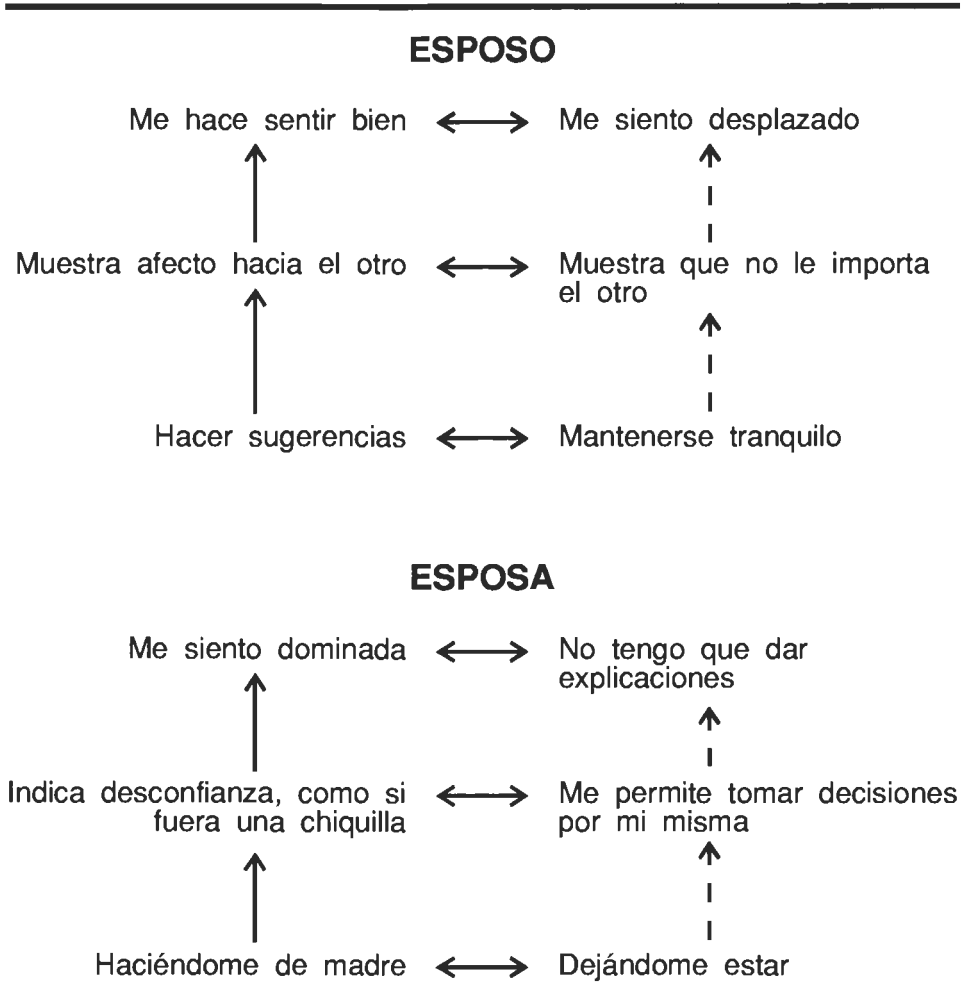


Figura 1. Esquema del escalamiento realizado con los dos miembros de la pareja

El escalamiento a partir de los constructos específicos más ligados a la experiencia hasta los más supraordenados dentro de los sistemas de construcción de cada uno de los miembros, proporciona un mapa de cómo ambos sistemas entran en conflicto. Esta construcción tan marcadamente distinta de la misma secuencia conductual sugiere la necesidad de una negociación para otorgar un significado más homogéneo a los mismos hechos.

A pesar de la utilidad del método de escalamiento para la obtención de

constructos supraordenados en los sistemas personales, su uso dentro del marco de los Sistema de Constructos Familiares supone una modificación técnica. En lugar de partir de constructos personales sería más interesante partir de constructos familiares y dar juego a los cónyuges para que discutan y negocien entre ellos las respuestas que dan al entrevistador que realiza el escalamiento.

El cuestionamiento circular

El cuestionamiento circular se ha convertido en una de las formas más populares de intervención entre los terapeutas familiares sistémicos. Desde su introducción Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata (1980), este método ha visto varias elaboraciones (p.e., Deissler, 1987; Fleuridas, Nelson & Rosenthal, 1986; Penn, 1982; 1985; Tomm, 1985). Las preguntas circulares son las ideadas para revelar las relaciones (diferentes) y las diferencias entre relaciones (Bateson, 1972). Se trata, típicamente, de preguntas triádicas en las cuales uno de los miembros es invitado a describir la relación entre otros dos miembros (muchas veces presentes en la sala de terapia). O bien se pregunta cómo un miembro de la familia reacciona ante el problema y cuáles son las reacciones de otros miembros ante esa reacción. Esta charla acerca de alguien en su presencia permite evidenciar la naturaleza de las relaciones existentes (cómo se construyen mutuamente, y cómo sus relaciones son construidas). En ocasiones se origina una serie de reacciones en la familia que proporcionan valiosa información relacional. El término "circular" hace referencia a la complejidad, a las redes de efectos recíprocos, en oposición a una concepción lineal de causa y efecto. Como Tomm (1985) dice:

"Entender un sistema es entender la coherencia en su organización circular de ideas, sentimientos, acciones, personas, relaciones, grupos, acontecimientos, tradiciones, etc. que son de interés para el terapeuta sistémico. Las preguntas son circulares porque intentan dilucidar tales conexiones organizativas".

Estas preguntas son también circulares porque consienten poner a prueba una hipótesis terapéutica que puede ser verificada al observar las reacciones de la charla sobre alguien (o sobre una relación) en su presencia, y la espiral de reacciones que ello provoca haciendo que la información "circule" de un miembro a otro, y también entre la familia y el terapeuta. Esta estrategia proporciona una ventaja adicional, dada su utilidad para investigar el significado de los miembros que no hablan o están ausentes, preguntando a los otros cómo responderían a una determinada pregunta. Después de dar la respuesta, a veces el miembro que no habla (o ausente) se ve incitado a participar para aclarar algún aspecto o refutar la visión de algún otro miembro. Esto ha proporcionado el acceso a la psicoterapia de pacientes clasificados de catatónicos por la institución psiquiátrica (Procter, 1985; 1987).

Se han descrito muchos tipos de preguntas circulares (p.e., Deissler, 1987; Penn, 1982; Tomm, 1985); y de hecho su variedad es interminable; pero hemos

escogido el sistema propuesto por Fleuridas et al (1986) por su claridad. Este modelo consiste en una serie de cuatro tipos de finalidad (definición del problema, secuencia de interacción, comparación/clasificación, e intervención), tres tiempos (presente, pasado y futuro/hipotético), y tres tipos de investigación (diferencia, desacuerdo, y explicación/significado) (ver Tabla 2 para un ejemplo de cada tipo de pregunta). En nuestra adaptación omitimos el cuarto de los tipos de finalidad la etiquetada como “intervención”, porque consideramos que todas pueden considerarse como intervención según una variedad de factores a considerar.

Tabla 2.
Tipos de preguntas circulares

(adaptado de Feixas y Procter, en prensa b, y de Fleuridas, Nelson & Rosenthal, 1986)

I. DEFINICION DEL PROBLEMA

A. Presente	“¿Cuál es el problema en la familia actualmente?”
Diferencias	“¿Cuando Papá está en casa, el niño come tan poco o come más?”
(Des)acuerdos	“¿Estás de acuerdo con la visión del problema que tiene tu hijo?”
Explicación	“¿Por qué crees que ocurre este problema?”
B. Pasado	“¿Era esto antes un problema?” “¿Cómo empezó a serlo?”
Diferencias	“¿Cómo estaba el problema de Juan antes de que naciera su hermana?”
(Des)acuerdos	“¿Quién concuerda con Papá cuando afirma que esto ya era tema de preocupación mucho antes?”
Explicación	“¿Por qué crees que esto era tan relevante entonces?”
C. Futuro/Hipotéticas	“¿Qué crees que pasará con este problema dentro de cinco años?”
Diferencias	“¿Cómo sería el problema en la familia si Ana encontrara trabajo y se fuera de casa?”
(Des)acuerdos	“¿Si tomaras una decisión, estaría tu madre de acuerdo con ella?”
Explicación	“¿Si esto sucediera, que explicación le darías?”

II. SECUENCIA DE INTERACCION

A. Presente	“¿Cuando Mamá y José se pelean, qué hace Papá?”
Diferencias	“¿Reacciona igual Papá que Mamá cuando suspendes un examen?”
(Des)acuerdos	“¿Quién estaría de acuerdo contigo en que Mamá le chilla a Papá cada vez que llega tarde a casa?”
Explicación	“¿Cómo te explicas la tendencia de Papá a enchufarse en el televisor cada vez que esto pasa?”
B. Pasado	“¿Mamá siempre ha mediado entre tu hermana y Papá?”
Diferencias	“¿Reaccionó Mamá de forma diferente a Papá cuando te pusiste enferma?”
(Des)acuerdos	“¿Estuviste de acuerdo con tus padres cuando decidieron enviar a tu abuela a una residencia?”
Explicación	“¿Cómo te explicas que tu madre dejara el trabajo cuando Papá empezó a beber?”

C. Futuro/Hipotéticas	“¿Si Papá y Mamá no pelerana cómo estaría Marta?”
Diferencias	“¿En qué cambiaría la relación entre tus padres si Mamá volviera a estudiar en la Universidad?”
(Des)acuerdos	“¿Crees que Mamá está de acuerdo en que acabarían divorciándose si ella volviera a la Universidad?”
Explicación	“¿Papá, por qué crees que tu hija y tu esposa están de acuerdo en que os separaríais si Mamá volviera a la Universidad?”

III. COMPARACION/CLASIFICACION

A. Presente	“¿Quién está más convencido de que algo anda mal en su conducta? ¿Y después de él, quién más lo cree?”
Diferencias	“¿Te molesta su conducta de una forma diferente a como le molesta a Mamá?”
(Des)acuerdos	“¿Quién suele estar más en desacuerdo con Papá? ¿Y quién más?”
Explicación	“¿Quién crees que tiene la mejor explicación para este problema?”
B. Pasado	“¿Antes de que María se fuera, quién era el más próximo a Papá? ¿Y después de él, quién lo era más?”
Diferencias	“¿Era Pedro el más próximo a Mamá también antes de que empezara este problema?”
(Des)acuerdos	“¿Estás de acuerdo con Mamá en que tus padres se llevaban mejor antes de que tu te marcharas de casa?”
Explicación	“¿Cómo explicas la proximidad existente entre Papá y Mamá durante ese tiempo?”
C. Futuro/Hipotéticas	“¿Quién será el más próximo a Mamá cuando los chicos crezcan y se vayan de casa?”
Diferencias	“¿Qué cosas harías de forma distinta si tus padres se llevaran bien?”
(Des)acuerdos	“¿Si tu abuela estuviera aquí con quién estaría más de acuerdo?”
Explicación	“¿Y tú, Mamá, por qué Papá piensa que Marta será la más próxima a tí cuando los chicos crezcan?”

Los tipos de finalidad se refieren al área que se desea explorar. La *definición del problema* merece, obviamente, interés para el entrevistador constructivista puesto que su interés principal radica en cómo explica y define la familia en sus propios términos el problema a resolver, es decir, como es organiza el problema la familia. La *secuencia de interacción* (“quien hace qué, cuándo”) es un área tradicional de interés para los terapeutas sistémicos que se centra en los efectos pragmáticos de la interacción familiar, que también revelan los patrones de organización regidos por la estructura de significado de la familia. Las preguntas de *comparación/clasificación* proveen información cualitativa sobre las construcciones de un miembro acerca de los demás, en términos de similitudes y diferencias (ingredientes básicos del proceso de construcción); lo que da idea también de patrones interaccionales entre los miembros de la familia, como por ejemplo

alianzas y coaliciones.

Las preguntas *orientadas en el tiempo* investigan un eje principal de la historia que la familia se explica a sí misma (y al entrevistador). Esto lleva a Penn (1982) a definir preguntas circulares como una búsqueda de información acerca de “las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después de que el problema comenzase” (p. 272). Con ello se esboza el “arco cronológico” o el desarrollo del síntoma en el tiempo. Pero no solamente es importante la historia del problema de la familia. La proyección del sistema de construcción del presente al futuro o a circunstancias hipotéticas proporciona información relevante sobre la organización, y las soluciones posibles que se podrían adoptar. Penn (1985) señala el interés de investigar las anticipaciones o mapas de futuro, y propone el término cibernético de “feed-forward” para exponer el potencial de las preguntas de futuro: “Pragmáticamente, las preguntas de futuro, en combinación con la connotación positiva, promueven el ensayo de nuevas soluciones, sugieren acciones alternativas, promueven el aprendizaje, ayudan a descartar ideas de predestinación, y se centran en el modelo de cambio específico de ese sistema” (p. 299). Tomm (1987) considera estas preguntas como una de las tipos más útiles de preguntas reflexivas, y destaca también las ventajas de su uso:

“Las familias con problemas están a veces tan preocupadas con sus dificultades actuales o con las injusticias del pasado que, de hecho, viven como si no tuvieran futuro. (...) Al hacerles de forma deliberada una larga serie de preguntas de futuro, el terapeuta puede propiciar que los miembros de la familia forjen un cierto futuro para sí mismos”.

Las preguntas sobre diferencias y (des)acuerdos señalan las diferencias y semejanzas entre las distintas visiones de la familia. Estas cuestiones investigan la idea de Procter (1981) de que un Sistema de Constructos Familiares formado por constructos bipolares o dimensiones donde se sitúan los miembros de la familia. Las preguntas de explicación/significado estaban excluidas de la entrevista sistémica en sus formulaciones más antiguas. Ciertamente, el énfasis pragmático previo en las interacciones conductuales excluyen la utilización de la pregunta “por qué” en favor de “para qué”. Sin embargo, como el escrito de Furman y Ahola (1988) ha evidenciado, el interés por la explicación del cliente de su punto de vista ahora ha llegado a ser lo central de cualquier formulación constructivista. La teoría que la familia ha construido alrededor del problema podría contener las posibles claves de su solución. Si el problema es explicado en un sentido que no concede soluciones (p.e., “predeterminación genética”) la teoría tendrá que ser cambiada por otra para producir cualquier cambio.

El potencial de cambio de las preguntas circulares llevó a Selvini et al (1980) a cuestionar si este tipo de entrevista es una herramienta terapéutica tan potente que obvia toda intervención posterior. En una formulación más reciente, Cecchin (1987)

sugiere que “las preguntas circulares socavan el sistema de creencias de la familia” y haciendo esto “crea oportunidades para nuevas historias” (p. 412). Se espera que estas nuevas historias permitan la emergencia de alternativas en las cuales el problema no tenga lugar. Pero para Cecchin (1987) lo que es esencial para el cuestionamiento circular no es el tipo de preguntas sino la actitud desde la que son formuladas. Una actitud de curiosidad hacia el sistema que estamos investigando posibilita el desarrollo de múltiples hipótesis, de una pluralidad de alternativas. Esta postura de curiosidad “está basada en el concepto de que cada sistema tiene una lógica para su interacción. Esta lógica no es ni buena ni mala, ni correcta ni errónea” (Cecchin, 1987, p. 408).

El “nudo del problema” como método de entrevista

Esta forma de entrevista proviene de la concepción de Procter (1985; ver también Feixas, 1990a; en prensa b) según la cual cada miembro de la pareja y familia toma una **posición** dentro del Sistema de Constructos Familiares. Esta posición tiene, esquemáticamente, dos componentes o niveles. El nivel de construcción comprende la interpretación que hace un sujeto acerca de lo que hacen y piensan los otros miembros de la familia (Keeney y Ross, 1985, denomina a este nivel marco de referencia semántico). El segundo nivel, o nivel de acción, responde a las conductas que lleva a cabo el sujeto de acuerdo con sus interpretaciones (marco de referencia político según Keeney y Ross, 1985). Ambos niveles responden consistentemente a la posición que adopta la persona que se manifiesta de una forma global u holista.

Teniendo como esquema de referencia la conexión existente entre las posiciones de los miembros, el terapeuta desarrolla la entrevista de una forma semi-estructurada. Para ello sigue los pasos necesarios para averiguar el nivel de construcción y acción de, por ejemplo, una pareja:

- 1) Inicio por el nivel de acción que es donde habitualmente se sitúa el síntoma o motivo de consulta.
- 2) Cuestionar al cónyuge por la percepción de la conducta problema. Como la ve y las causas que percibe en ella.
- 3) Preguntar por la conducta del cónyuge mientras se da la conducta problema.
- 4) Preguntar por la interpretación que da el paciente identificado de su propia conducta y de la de su cónyuge.

En un ejemplo clínico (ya presentado en Feixas, en prensa b) en el que José solicita terapia de pareja para él y su esposa. Rosa. Se trata de una pareja de edad madura a la que quedan pocos años para la jubilación, y que tienen una hija de 18 años, Lucía, que sufre un retraso mental profundo. La familia de la esposa había emigrado cuando Rosa era tan sólo una adolescente. José, natural de un pequeño pueblo aragonés, inició relaciones con Rosa poco después de emigrar a Barcelona

en busca de trabajo. Rosa empieza señalando que el problema de su insatisfacción como pareja radica en la ausencia casi total de muestras de afecto por parte del esposo. Al expresarse emplea con generosidad multitud de ejemplos en los que José no muestra ni cariño ni protección hacia Rosa en contraste con una actitud que aparece como sobre-protectora con su hija Lucía. Ello resulta especialmente doloroso para Rosa (quien se emociona frecuentemente en el transcurso de las sesiones) ahora que está perdiendo la vista debido a una enfermedad degenerativa irreversible, con lo que tendrá que jubilarse anticipadamente de su empleo como trabajadora de la limpieza en un hospital. Se aprecian crecientes signos de depresión ante la idea de dejar el trabajo y centrar totalmente su vida en un hogar en el que su arisco esposo sólo está disponible para su hija. Mientras su esposa describía sus pesares y puntos de vista José parecía avergonzado, y concentraba sus esfuerzos en discutir acerca de algunos detalles contenidos en los ejemplos que ponía Rosa sobre los desaires recibidos.

Después de una primera presentación, el terapeuta recoge información acerca de las posiciones de José y Rosa siguiendo el esquema antes mencionado. En el párrafo anterior se describe tanto el la conducta de José como su construcción por parte de Rosa. Las acciones que Rosa emprende en coherencia con su construcción son la crítica constante, el reproche, y las “caras largas”. José por su lado se sentía resentido por el hecho de que ella desconfiara de que él la quisiera “después de todos estos años, y las cosas que hemos pasado juntos”. Pero parecía especialmente molesto por el hecho de que, según él, Rosa no entendía el hecho de que Lucía, dadas sus características, dependía totalmente de sus cuidados como padres. Incluso insinuó que si él no se hiciera cargo de su hija, quedaría mal atendida (lo que llevó a Rosa a protestar enérgicamente enumerando todas las cosas que hacía por Lucía). Después de algunas aclaraciones, parece que el problema surge principalmente cuando los tres se hallan juntos y José asume un papel casi exclusivo en el cuidado de Lucía. Ello le aporta a Rosa una clara evidencia de que José prefiere a su hija antes que a ella, lo cual es consistente con su actitud más distante hacía Lucía cuando están los tres. A su vez, esta actitud se convierte en evidencia confirmatoria para la tesis de José de que sino se encarga él de la niña quedará desatendida. Procter (1985) ejemplifica estos “nudos” con el gráfico de la Figura 2.

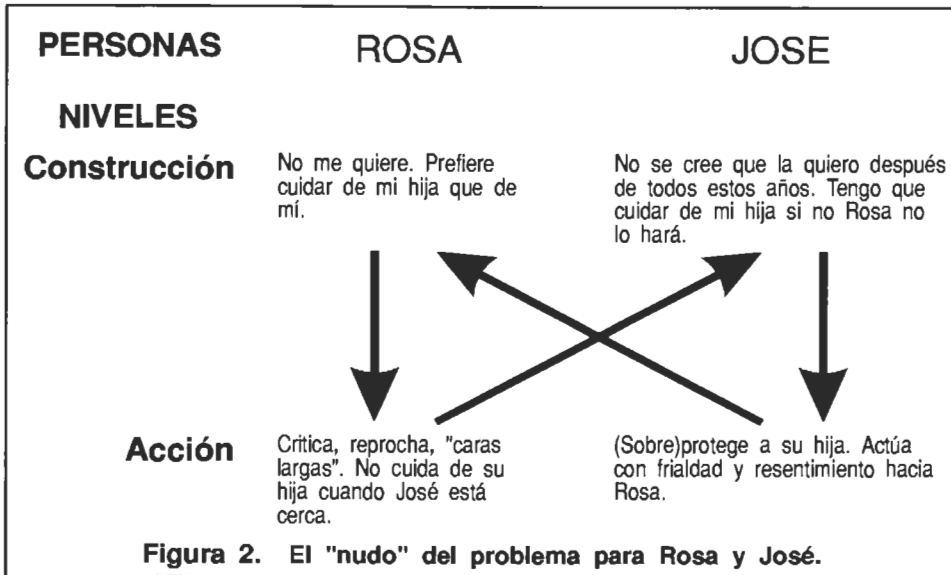


Figura 2. El "nudo" del problema para Rosa y José.

Este esquema podría complementarse con varios niveles de metaperspectivas (p.e., qué cree Rosa que José piensa acerca de Lucía), y a su vez podría incluir los puntos de vista (y acciones) de otras personas que podrían ser relevantes. Pero el aspecto principal a destacar es que al usar este esquema, el terapeuta conduce la entrevista desde la conducta a su significado familiar y viceversa, pasando de un miembro a otro de la familia. Procter (1985) llama a esta forma de cuestionamiento la **entrevista en zig-zag**. Aunque el terapeuta no dispone de una lista de preguntas, mantiene con claridad la distinción entre los dos niveles a investigar (acción y construcción), bajo la hipótesis de que la acción de un miembro influye en la construcción de otro, y también en su conducta, lo que a su vez influye en la construcción de los demás, en un proceso circular y recursivo.

Esta forma de entrevista no sólo goza de gran coherencia teórica y claridad metodológica, sino que resulta sumamente útil como mapa de intervención. En una pareja dada presenta cuatro puntos específicos de actuación terapéutica, de los que el terapeuta puede escoger entre estas opciones:

- (1) promover el cambio directo de la conducta problema;
- (2) sugerir una explicación alternativa a la conducta problema;
- (3) prescribir una conducta distinta por parte del cónyuge; y
- (4) redefinir de forma alternativa la conducta del cónyuge.

Incluso parece lógico que el propio desvelamiento del nudo por medio de este método de entrevista podría resultar suficiente para producir un cambio. Sin embargo, el cambio vía desvelamiento sólo se produce en casos muy leves. La mayoría de parejas se benefician mucho más de una de las intervenciones focalizadas

que hemos propuesto que de un planteamiento concienciador o didáctico.

La entrevista centrada en el nudo del problema presenta una ventaja adicional, además de su concreción y eficacia (por el hecho estar muy focalizada en el problema): Permite la progresiva ampliación del mapa inicial hasta incluir otras figuras relevantes para la pareja (hijos, familias de origen, otros profesionales, vecinos, etc.) cuyas acciones o construcciones pueden jugar un papel también relevante.

Caracterización de la familia o de la pareja

Alexander y Neimeyer (1989) proponen “el boceto de caracterización de la familia”, una interesante adaptación para la práctica con la familia de la técnica de autocaracterización de Kelly. Se pide a la pareja o familia que escriba durante 15 minutos un boceto breve de su familia o pareja, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

“Escriba un breve boceto que caracterice a esta familia. Escríbalo desde la perspectiva de alguien que conoce la familia de cerca y de forma amigable, tal vez mejor que nadie. Escríbalo en tercera persona. Por ejemplo, empiece diciendo, “Conozco a la familia Smith ...”.

Los comentarios individuales resultantes pueden proporcionar una idea de sus áreas de convergencia y divergencia en términos de sus constructos familiares. Esto es una vía para facilitar a los miembros de la familia el hacer explícita la visión de ellos mismos como grupo familiar a través de sus propios escritos y comentarios, con una mínima influencia por parte del terapeuta.

Como con la técnica de autocaracterización original de Kelly (1955), el boceto de la pareja se ha utilizado como base de la terapia del rol fijo en la pareja (Kremsdorf, 1985). Así que además de su potencial de valoración, este procedimiento tiene algunas implicaciones para la intervención terapéutica.

Lista de capítulos de la autobiografía de la pareja

Con el fin de incrementar la perspectiva de un sujeto sobre su propia pareja, G. Neimeyer (1985) sugiere construir una cronología de la relación. Se invita a los miembros de la pareja a escribir por separado una autobiografía de la pareja. Puesto que podría ser demasiado largo, solamente deben escribir el título del capítulo de la autobiografía con un breve resumen de cada capítulo. Estos capítulos pueden utilizarse como elementos de una rejilla donde cada miembro de la pareja puede elicitar constructos. Tanto los títulos de los capítulos concretos como los constructos elicitados proporcionan información importante sobre la construcción de su relación. Al compartir y discutir la visión de cada uno las diferencias y semejanzas pueden aparecer con facilidad. Como G. Neimeyer (1985) afirma “este procedimiento a menudo destaca el hecho de que la relación no tiene necesariamente el

mismo significado para cada miembro de la pareja” (p. 206).

Según nuestro punto de vista, el principal interés de este procedimiento es que provee información sobre las construcciones que cada miembro tiene sobre su pareja. Precisamente, esas construcciones son el resultado de un proceso histórico. La reconstrucción de este proceso en la forma sintética propuesta en el párrafo anterior indica aspectos centrales a trabajar. El desacuerdo en estos puntos puede indicar el énfasis distintivo que cada miembro de la pareja otorga a varios aspectos, y/o las áreas conflictivas de su historia que no han sido bien elaboradas.

Metáforas de la familia o pareja

Las metáforas reciben cada día mayor atención en el campo de la psicoterapia. Pueden ser de utilidad en la articulación de constructos no verbales que de otro modo sería difícil expresar en palabras. La gente utiliza las metáforas con frecuencia cuando habla. Su utilización para apreciar la construcción de la pareja o de la familia parece muy adecuada. Como Neimeyer (en prensa) sugiere “las metáforas pueden ser utilizadas como ventanas abiertas dentro de los sistemas de constructos que los individuos usan para interpretar y anticipar las interacciones familiares. Cada metáfora subraya ciertos rasgos de las expectativas de la familia mientras que al mismo tiempo proyecta algunas sombras en otros aspectos” (p. 7).

Los miembros de la familia pueden verse alentados a compartir sus metáforas sobre la familia. Se les pide que llenen el espacio en blanco de la frase “Las familias son como _____” y pidiéndoles a continuación un breve escrito sobre el significado de su metáfora. Podemos tomar uno de los ejemplos que Neimeyer (en prensa) presenta como una metáfora familiar:

“Las familias son como una *manta*: están allí cuando las necesitas. Te la puedes apartar cuando estás demasiado agobiado y puedes tirar de ella cuando tienes frío. La manta es seguridad, uno sabe que siempre estará allí cuando hay algún problema. Las mantas pueden deshacerse o estropearse pero las mantas bien hechas permanecen siempre intactas”.

La discusión de la metáfora de cada miembro de la familia puede revelar semejanzas y diferencias entre ellos. Esto lo puede utilizar el terapeuta para reforzar la socialidad o entendimiento mutuo de la visión del otro. Al mismo tiempo, hay distintas implicaciones a partir de una misma metáfora familiar. En el ejemplo, la metáfora de “la manta” se puede entender señalando que “como una manta una familia (1) te protege cuando estás más vulnerable, (2) es personal y encaja en los perfiles de cada persona, (3) es portable y puedes llevarla contigo de una habitación a la otra” (Neimeyer, en prensa). Además algunos aspectos de la metáfora pueden ser alterados por otros miembros de la familia o por el terapeuta. Por ejemplo, “las mantas no pueden cambiar pero las familias lo hacen” (Neimeyer, en prensa). En definitiva, las metáforas familiares no sólo sirven para mostrar las construcciones

de los miembros de la familia sobre la familia, sino que también pueden proveernos de una base excelente para la discusión y la elaboración.

El uso de rituales como modificación de premisas

El uso de rituales en la terapia familiar y de pareja fue introducido por Selvini (1974). En pocas palabras, los rituales consisten en tareas complejas dotadas de significado simbólico implícito que implican la ejecución secuencial de múltiples pasos por parte de toda la familia, a menudo con cierto tono ceremonial. Una descripción exhaustiva del uso de rituales en terapia familiar se puede hallar en Imber-Black, Roberts y Whiting (1988), por lo que me centraré en la descripción de la modalidad específica propuesta por Selvini et al (1978), desarrollada posteriormente por Boscolo y Cecchin (Boscolo et al, 1987).

Esta aplicación de la prescripción de ritual puede considerarse un procedimiento legítimamente constructivista. Supone que el equipo terapéutico ha investigado previamente las explicaciones existentes en el contexto familiar y de los profesionales implicados (Goolishian y Winderman, 1988), y con el ritual se propone la experimentación de explicaciones alternativas pre-existentes en la familia. Por tanto, el terapeuta conserva una posición de neutralidad (Selvini et al, 1980) en el sentido específico de no decantarse por ninguna de las interpretaciones que la familia ofrece. Por otro lado, mediante este ritual la familia pone a prueba de forma delimitada sus hipótesis contradictorias, lo cual proporciona la experiencia necesaria con cada una para plantearse su revisión.

En esencia, el uso del ritual desarrollado por Boscolo y Cecchin consiste en pedir a la familia que actúe de acuerdo con la explicación A durante los lunes, miércoles y viernes, y de acuerdo con la explicación B, los martes, jueves y sábados. El domingo se deja para que cada uno interprete la situación a su gusto. Este procedimiento transmite de forma implícita (o hipnótica) la idea de que más de una interpretación de los hechos es posible y aceptable para el terapeuta. Que quizá no tiene necesariamente que existir "la" explicación correcta. Al igual que con otras técnicas constructivistas que se describen más adelante, cuando el propósito de transmitir este mensaje sobre la posibilidad de aceptar significados alternativos para la conducta problema se consigue, y la familia acepta esta posibilidad epistemológica, se hace más factible la flexibilidad y la alteración de visiones previamente inamovibles acerca del problema. Por lo general, muchas familias no llevan a cabo rigurosamente el ritual, pero es simplemente esta posibilidad la que provoca un cambio en su forma de pensar. Finalmente, gracias a esta flexibilización epistemológica, aparece por parte de la familia una tercera alternativa que parece más viable. En este proceso el terapeuta, en lugar de tomar un rol decisivo o proporcionar una explicación concreta, juega un papel más bien de facilitador y cuestionador.

En el caso de la pareja con problemas de depresión por parte de la esposa

(Tomm y Lannamann, 1988) comentado anteriormente, el equipo presentó a la pareja el siguiente mensaje:

“Nuestra respuesta es que no sabemos lo que causa su depresión... Podéis leer algunos libros y artículos que dicen que la depresión está causada por trastornos bioquímicos en el cerebro. Otros libros os dirán que está causada por sentimientos de pérdida, baja autoestima, o relaciones sociales problemáticas.... Y aún si existiera un estudio definitivo, nunca sabrías si se aplica a vuestro caso. Por lo tanto, pensamos que lo que sería más útil es experimentar un poco.... Lo que nos gustaría sugeriros es que alternéis los días que penséis que se trata de un problema biológico con los que creáis que es un problema predominantemente psicológico, y que registréis la valoración global de vuestra experiencia cada día.”

Una vez introducida con detalle la prescripción, hasta llegar a aspectos más ritualizados sobre cómo hacer tareas específicas de acuerdo cada una de las interpretaciones alternativas, Glenn parecía contento con la idea, mientras que Liz dijo que le parecía un juego de niños. El terapeuta se despidió y los convocó para una próxima sesión. Los días que siguieron a esta sesión fueron muy problemáticos. Glenn entró en la mayor depresión de su vida y fue Liz (la que inicialmente presentaba síntomas depresivos) quien tuvo que encargarse de él. En síntesis, la terapia continuó por unas pocas sesiones en las que también se discutieron con bastante profundidad los problemas de Glenn y otros proyectos de la pareja. Los dos participaron activamente en la construcción de alternativas para su futuro, y en el seguimiento a los seis meses la recuperación de ambos era casi total.

La pareja y el equipo: Modalidades de intervención

El uso del equipo terapéutico en la terapia de familia y de pareja es algo ya muy integrado en la práctica sistémica. Lo que los terapeutas de orientación constructivista han aportado son pequeñas modificaciones o alteraciones que son especialmente congruentes con la actitud terapéutica derivada del constructivismo.

Steve De Shazer (p.e., 1982) ha propuesto un modo de interacción entre el equipo y la pareja o familia que se inspira directamente en la noción de que ambos subsistemas forman parte de un todo, de que no es lícito separar al observador de lo observado. Ambos subsistemas interactúan de forma que crean una nueva pauta, así es que el equipo terapéutico es más participante que observador. La propuesta de Shazer (1982) se articula alrededor de los conceptos de cooperancia e isomorfismo. **Cooperancia** es la modalidad particular de cooperar que tiene el subsistema familia o pareja con el subsistema terapéutico. La forma en que responden las preguntas, realizan o no la tareas son indicadores de su modalidad de cooperación. De Shazer sugiere que toda actitud e intervención del equipo terapéutico se haga en función del estilo particular de cooperancia de la pareja o familia. Así pues, las intervenciones

deben ser **isomórficas**. Es decir, los elementos que componen los mensajes del equipo deben guardar correspondencia con los elementos que componen la descripción de la familia y sus pautas de cooperación. Más que ir a cambiarla de forma directa, se trata de “mezclar” la pauta de la familia con la del equipo de forma que se produzca un híbrido a la vez similar y distinto del anterior, que se cree un nuevo contexto en el que se sitúen las conductas y percepciones anteriores. Para que esta “mezcla” sea posible los elementos del equipo deben ser compatibles o corresponder con los de la pareja o familia. A la vez debe contener un elemento de diferencia (un ruido significativo en términos de Keeney y Ross, 1985).

En uno de los ejemplos expuestos por De Shazer (1982), la pareja presenta una vaguedad asombrosa ya en la primera sesión. No es posible, a pesar de sus múltiples esfuerzos, que el terapeuta pueda hacer concretar a la pareja el motivo de consulta o las metas terapéuticas, más allá de “mejorar la comunicación” y “sentirse mejor”. La actuación predominante del equipo, una vez observada de forma recurrente esta pauta confusa o vaga de la pareja, fue isomórfica. Acabada la primera sesión el equipo, tras la deliberación de la pausa, les pidió simplemente que observaran lo que pasaba cuando se sentían o se comunicaban mal, sin indicar el tipo de registro a utilizar, ni ningún otro aspecto concreto. En la segunda sesión informaron que la terapia les había ayudado a darse cuenta de hasta que punto se sentían mal (sin que fuera posible concretar más), y el equipo les pidió que apuntaran el momento en que se empezaban a sentir incómodos y que luego hicieran algo distinto (sin concretar tampoco la alternativa). En la tercera sesión la pareja manifestó sentirse mucho mejor gracias a que el equipo les había ayudado a escoger entre “buenos y malos sentimientos” (!?). El equipo los felicitó y siguió actuando con la misma pauta en lo relativo a prevención de recaídas. La pareja y el equipo decidieron dar por terminada la terapia en la cuarta sesión dada la mejoría obtenida.

Como el mismo De Shazer (1982) reconoce, en estos casos es muy difícil aclarar cuál fue el aspecto específico que facilitó la mejora. La explicación del funcionamiento de los mensajes confusos se basa en las técnicas de Milton Erickson. Se trata básicamente de modificar el contexto con el fin de crear una falta de puntos de referencia, de forma que muchas expresiones hay que entenderlas por el contexto. La pareja necesita, entonces, focalizarse o encontrar algún sentido a lo que el equipo le está transmitiendo. Así es que o bien otorga ella por sí misma un patrón de significado propio al mensaje terapéutico, o bien se rebela y pide más claridad y menos vaguedad. Ambas posibilidades pueden considerarse terapéuticas al tender a la aparición de una nueva pauta de significado concreto.

Un proceder terapéutico que puede suscitar cambios también fundamentales en el sistema de construcción es el **equipo reflexivo**. Propuesto por Andersen (1987), su interés fundamental radica en su capacidad para posicionar al cliente (familia o individuo) en un rol de observador(es) con respecto al equipo terapéutico. En este movimiento hacia la auto-observación radican sus potencialidades terapéu-

ticas para la creación de nuevos ejes de construcción.

En términos prácticos, el equipo reflexivo supone una innovación en relación a los equipos terapéuticos que observan al terapeuta y cliente durante el transcurso de la sesión mediante un espejo unidireccional. Habitualmente este tipo de equipos, característicos del enfoque sistémico de terapia familiar, se comunican ocasionalmente con el terapeuta mediante un interfono, y durante una (o más pausas) en las que se reúnen privadamente para elaborar un mensaje terapéutico para la familia. En la innovación del equipo reflexivo, en este período de pausa, la familia y el terapeuta observan al equipo mientras discute a través del espejo, cuya unidireccionalidad ha cambiado ahora de sentido. Los miembros del equipo conversan acerca de sus impresiones sobre el caso, sus visiones alternativas y sugerencias. Esta conversación se desarrolla toda en una forma hipotética, provisional y condicional en la que se sustituyen las prescripciones y paradojas por mensajes en forma especulativa tales como "Se me ha ocurrido que ..." o "Seguramente lo que voy a decir no es apropiado pero ...".

"El equipo reflexivo tiene que tener en cuenta que su tarea es crear ideas, aunque algunas de esas ideas puedan no ser interesantes para la familia ... la familia seleccionará las que encajan bien." (Andersen, 1987).

Un aspecto destacado de este tipo de equipos es su transparencia. En efecto, el equipo comparte sus opiniones con la familia sin haber planificado previamente sus mensajes (no pueden discutir nada entre ellos excepto en la pausa en la que familia y terapeuta les están observando). Esta transparencia contrasta con el funcionamiento de equipos terapéuticos que planifican su estrategia sin el cliente.

CONCLUSION

Es posible agrupar la mayoría de los modelos psicoterapéuticos en función del lugar donde centran sus esfuerzos teóricos y de intervención, tanto si se trata de la dinámica intrapsíquica (nivel atomístico), como de la interacción entre individuos (nivel molecular), o del sistema (nivel molar). En su práctica cotidiana el terapeuta tiene que optar por ubicarse dentro de un nivel determinado o cambiar de modelo terapéutico para acceder a un nivel distinto. Aunque algunos modelos reconocen mejor que otros la utilidad de explorar los distintos niveles, es difícil que posean suficiente poder teórico y de intervención para poder ser utilizados cómodamente en todos ellos. Dado este panorama, el clínico se ve envuelto en una especie de dilema de alternativas entre los distintos modelos y niveles, que resuelve muy a menudo con el pasaje ecléctico de un nivel a otro, cambiando casi forzosamente de modelo terapéutico.

La perspectiva constructivista se presenta como una opción epistemológicamente definida, que permite integrar en un marco común la conceptualización y la intervención terapéutica, tanto a nivel individual como a

nivel del sistema. Fruto de las aportaciones de los terapeutas de constructos, por un lado, y de los constructivistas sistémicos, por otro, el modelo propuesto en este artículo no sólo posee un poder explicativo, sino que recoge un buen número de técnicas de intervención, utilizables, tanto a nivel individual como familiar.

Esta propuesta parece especialmente apropiada en una época en que el tema de la integración está en pleno auge. En particular, la integración de enfoques individuales y familiares de la psicoterapia, ha sido objeto de numerosas obras en los últimos años. En la revisión de algunas de estas propuestas, Doherty (1989) concluye recomendando a los terapeutas familiares que atiendan en mayor medida al individuo a la hora de conceptualizar el problema y efectuar sus intervenciones. De forma similar, nosotros quisiéramos concluir reclamando la atención de los terapeutas individuales con respecto a los patrones familiares de construcción y su rol determinante en los procesos de cambio humano. Esperemos que el marco integrador introducido en este artículo ayude tanto a los terapeutas familiares como a los individuales a seguir ambas recomendaciones.

Los fenómenos clínicos pueden conceptualizarse desde tres niveles distintos (individual, interaccional y sistémico). Cada modelo psicoterapéutico tiene su foco principal de aplicación en uno de estos niveles. Entendemos que la epistemología constructivista proporciona un marco integrador, capaz de operar en estos distintos niveles. Nuestra propuesta se basa en la Teoría de los Constructos Personales de Kelly y en el Constructivismo Sistémico, e incorpora una gran diversidad de procedimientos de intervención terapéutica, que se presentan en este artículo: explicitación de la teoría del problema, la rejilla conversacional, el "escalamiento familiar", el cuestionamiento circular, el "nudo" del problema y la entrevista en "zig-zg", el uso de los equipos terapéuticos, el de rituales y el de varias tareas escritas.

NOTA DEL AUTOR: Este artículo basa algunas de sus secciones en dos trabajos anteriores del autor. El primero se titula "La perspectiva constructivista en la terapia de pareja" y se halla en J. L. Ruiz de Munain y otros (Ed.), *Terapia de pareja (Actas de las 10as. Jornadas Nacionales de Terapia de Familia)*, 1989, pp. 1-29 (San Sebastián, Asociación Vasca de Terapia de Familia). El segundo, realizado con la colaboración de Harry G. Procter (a quien agradezco su consentimiento) se titula "Constructivist assessment of couples and families" y se halla en G. Neimeyer (Ed.), *Constructivist assessment* (London: Sage), en prensa.

Referencias Bibliográficas:

- ALEXANDER, P., & NEIMEYER, G. J. (1989). Constructivism and family therapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 111-121.
- ALLEN, D. M. (1988). *Unifying individual and family therapies*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ANDERSEN, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and metaglogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H., & WINDERMAN, L. (1986). Problem determined systems: Toward transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5 (4), 1-14.
- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Dutton.
- BOGDAN, J. (1984). Family organization as an ecology of ideas. *Family Process*, 23, 375-388
- BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L. & PENN, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- CAILLÉ, P. (1989). L'individu dans le système. *Thérapie Familiale*, 10, 205-219.
- CECCHIN, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- CONSTANTINE, L. (1986). Jealousy and extramarital sexual relations. In N. S. Jacobson y A. S. Gurman (eds.), *Clinical handbook of marital therapy*. New York: Guilford.
- CUNILLERA, C. & FEIXAS, G. (1990). Acuerdos y desacuerdos en el sistema de constructos familiares. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 13, 35-44.
- DALLOS, R. (1990). *Family belief systems: Therapy and change*. Milton Keynes, U.K.: Open University Press.
- DALLOS, R. & ALDRIDGE, D. (1985). Change: How do we recognize it? *Journal of Family Therapy*, 8, 45-49
- DALLOS, R. & ALDRIDGE, D. (1987). Handing it on: Family constructs, symptoms and choice. *Journal of Family Therapy*, 9, 39-41
- DALLOS, R. & ALDRIDGE, D. (1988). Choice of pathology and systems of construing. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 7 (1), 27-41.
- DEISSLER, K. (1987). *Recursive creation of information: Circular questioning as information generation*. Marburg: InFam.
- DE SHAZER, S. (1982). *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. New York: Guilford. (Traducción castellana en Ed. Paidós, 1987)
- DOHERTY, W. J. (1989). Oil and vinegar or oil and water? The quest for mutuality in individual and family therapies. *Journal of Family Psychology*, 2, 386-395.
- DUCK, S. W. (1973). *Personal relationships and personal constructs*, London: Wiley.
- DUCK, S. W. (1983). Sociality and cognition in personal construct theory. In J. Mancuso and J. Adams-Webber (Ed.), *Applications of personal construct theory*. Toronto: Academic.
- DUCK, S. W. & CONDRA, M. (1990). To be or not to be: Anticipation, persuasion, and retrospection in personal relationships. In G. J. Neimeyer y R. A. Neimeyer (eds.), *Advances in personal construct psychology (vol. 1)*. Greenwich, CT: JAI.
- EFRAN, J., LUKENS, R. & LUKENS M. (1988, September-October). Constructivism: What's in it for you? *The Family Therapy Networker*, pp. 27-35.
- FEIXAS, G. (1989). La técnica de rejilla: Introducción y estudio de un caso. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 82-89.
- FEIXAS, G. (1990a). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integrative psychotherapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 4-35.
- FEIXAS, G. (1990b). Personal construct theory and the systemic therapies: Parallel or convergent trends? *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 1-20.
- FEIXAS, G. (in press a). Personal construct approaches to family therapy. In R. Neimeyer y G. Neimeyer (eds), *Advances in personal construct theory (vol. 2)*. Greenwich, CT: Jai Press.
- FEIXAS, G. (in press b). Personal constructs in systemic practice. In R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (eds.), *Constructivism in Psychotherapy*.
- FEIXAS, G., CUNILLERA, C. & VILLEGAS, M. (1990). Evaluación familiar constructivista: Las vertientes

- epistemológica, teórica y metodológica de un modelo integrador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35, 487-506.
- FEIXAS, G. & NEIMEYER, R. (1991). La perspectiva constructivista: Un marco integrador para la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 30, 7-33.
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- FLEURIDAS, C., NELSON, T. & ROSENTHAL, D. (1986). The evolution of circular questions: Training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 113-127.
- FRANSELLA, F. & BANNISTER, D. (1977). *A manual for repertory grid technique*. London: Academic.
- FURMAN, B. & AHOLA, T. (1988). The return of the question "Why": Advantages of exploring pre-existing explanations. *Family Process*, 27, 395-409.
- GOOLISHIAN, H. & ANDERSON, H. (1990). Understanding the therapeutic process: From individuals and families to systems in language. In F. Kaslow (ed.), *Voices in family psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- GOOLISHIAN, H. & WINDERMAN, L. (1988). Constructivism, autopoiesis and problem determined systems. *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 130-143.
- GUIDANO, V. F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- HALEY, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune y Stratton. (traducción castellana en Ed. Toray, 1966)
- HINKLE, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of implications*. Unpublished doctoral dissertation, Ohio State University.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books. (Hay traducción castellana en F. C. E., México, 1988)
- HOFFMAN, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second-order" family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3, 381-396.
- HOFFMAN, L. (1988). A constructivist position for family therapy. *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 110-129.
- IMBER-BLACK, E., ROBERTS, J. & WHITING, R. (1988). *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton. (traducción castellana en Ed. Paidós, 1991)
- KEENEY, B. (1983). *The aesthetics of change*. New York: Guilford. (traducción castellana en Ed. Paidós, 1987)
- KEENEY, B. & ROSS, J. (1985). *Mind in therapy: Constructing systemic family therapies*. New York: Basic Books. (Traducción castellana en Ed. Amorrortu, 1987).
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 Vols.). New York: Norton.
- KENNY, V. & GARDNER, G. (1988). Constructions of self-organising systems. *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 1-24.
- KREMSDORF, R. (1985). An extension of fixed-role therapy with a couple. En F. Epting y A. W. Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology*. Lincoln, NE: University of Nebraska.
- MAGNUSSON, D. YENDLER, N. S. (Eds.), (1977). *Personality at the crossroads: Current issues in interactional psychology*. Hillsdale, NJ: LEA.
- MAHONEY, M. J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1980). *Autopoiesis and cognition*. Boston: Riedel.
- MINUCHIN, S. & FISHMAN, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (traducción castellana Ed. Paidós, 1984)
- NEIMEYER, G. J. (1985). Personal constructs and the counseling of couples. In F. Epting y A. Landfield (eds.), *Anticipating personal construct psychology*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- NEIMEYER, G. (en prensa). Innovative techniques in personal construct marital and family therapy: A practical precis. In H. Procter & G. Feixas (eds.), *Personal meanings in systemic therapy: Constructivism in action*.
- NEIMEYER, G. J. & HUDSON, J. E. (1985). Couples constructs: Personal systems in marital satisfaction. In D. Bannister (Ed.), *Issues and approaches in personal construct psychology*. London: Academic Press.
- NEIMEYER, R. A. (1987). Personal construct therapy. In W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper and Row.
- NEIMEYER, R. A. (1988). Integrative directions in personal construct therapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 283-297.
- NEIMEYER, R. A. & FEIXAS, G. (1990). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9, 4-20.
- NEIMEYER, R. & NEIMEYER, G. (1985). Disturbed relationships: A personal construct view. In E. Button

- (Ed.), *Personal construct theory and mental health*. Beckenham, Kent: Croom Helm.
- NICHOLS, M. P. (1987). *The self in the system: Expanding the limits of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- PENN, P. (1982). Circular questioning. *Family Process*, 21, 267-280.
- PENN, P. (1985). Feed-forward: Future questions, future maps. *Family Process*, 24, 299-310.
- PROCTER, H. G. (1978). *Personal construct theory and the family: A theoretical and methodological study*. Unpublished Ph.D. Thesis, University of Bristol, UK.
- PROCTER, H. G. (1981). Family construct psychology: An approach to understanding and treating families. In S. Walrond-Skinner (Ed.), *Developments in family therapy*. London: Routledge.
- PROCTER, H. G. (1985). A personal construct approach to family therapy and systems intervention. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- PROCTER, H. (1987). Change in the family construct system: Therapy of a mute and withdrawn schizophrenic patient. En R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer. (traducción castellana en DDB, 1989).
- PROCTER, H. G. & FEIXAS, G. (eds.) (en preparación.). *Personal meanings in systemic therapy: Constructivism in action*.
- PROCTER, H. Y WALKER, G. (1988). Brief therapy. En E. Street y W. Dryden (Eds.), *Family therapy in Britain*. London: Harper y Row.
- REISS, D. (1981). *The family's construction of reality*. London: Harvard University Press.
- RIVAS, F. & MARCO, R. (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1974). *Self starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Chaucer.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1975). *Paradosso e contrapadosso*. Milano: Feltrinelli. (Hay traducción castellana en Ed. Paidós, 1989)
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality. *Family Process*, 19, 3-12.
- SLUZKI, C. E. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas familiares*, 1, 53-59.
- STRINGER, P. & BANNISTER, D. (Eds.) (1979). *Constructs of sociality and individuality*. London: Academic.
- TOMM, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell y R. Draper (eds.), *Applications of systemic family therapy: The Milan model*. New York: Grune y Stratton.
- TOMM, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questions as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167-183.
- TOMM, K. Y LANNAMANN, J. (1988, Sept.-Oct.). Questions as interventions. *Family Therapy Networker*, pp. 38-41.
- VON FOERSTER, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications.
- VON GLASERSFELD, E. (1984). On radical constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality*. New York: Norton. (traducción castellana en Gedisa, 1989)
- WATZLA WICK, P. (Ed.) (1984). *The invented reality*. New York: Norton. (traducción castellana en Gedisa, 1989)
- WATZLA WICK, P., BEAVIN, J. & JACKSON, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.



TEORIA GENERAL DE SISTEMAS Y PSICOLOGIA HUMANISTA: UNA APROXIMACION

Stanley Krippner
Saybrook Institute

Suzanne R. Engelman
University of California

James Rutenber
Emory University

Dennis L. Granger
Saybrook Institute

Humanistic Psychology arose in reaction to the restrictive paradigms of behaviorism and orthodox psychoanalysis. However, Humanistic Psychology has yet to provide a consistent philosophical and methodological framework for the development and evaluation of models, methods, research, theories and therapies. Additionally, there exists no commonly shared structure for the translation and communication of intuitive recognitions and clinical findings. General Systems Theory offers a comprehensive methodology, rooted in the natural sciences, which may be applied to clarify and communicate many aspects of Humanistic Psychology. This paper demonstrates the common philosophical perspectives of General Systems Theory in terms of the challenges to Humanistic Psychology, and presents the concerns expressed by Humanistic Psychologists regarding the use of General Systems Theory.

No es pura coincidencia que, tanto la Teoría General de Sistemas (TGS) como la Psicología Humanista surgieran como protesta a los modelos reduccionistas, lineales y mecanicistas que tanto caracterizan a la ciencia occidental. Los fundadores de la Teoría General de Sistemas y la Psicología Humanista conciben sus respectivas disciplinas como formas significativas de protesta, desarrollando importantes argumentos para la validación de estas nuevas perspectivas. Las perspectivas filosóficas comunes entre la Teoría General de Sistemas y la Psicología Humanista son cada vez más evidentes. A pesar de que la Teoría General de Sistemas tenga firmes raíces en las ciencias naturales, su literatura revela un fuerte pensamiento humanístico y en contracorriente (Checkland, 1981). Gray (1973), por ejemplo, subraya el aspecto humanista de la Teoría General de Sistemas, que focalizaría su “atención en los sistemas vivientes, en las características del ser humano como un sistema complejo y vivo, y en las características del sistema de creación simbólica humana, sus sistemas sociales, ciencia, tecnología, religión y arte” (p. 169). Tal vez sorprenda a algunas personas comprobar que los teóricos y metodólogos de los sistemas generales están

preocupados por muchos de los problemas explorados por los psicólogos humanistas (Boulding, 1980).

El presente artículo examina la relación existente entre la Teoría General de Sistemas y la Psicología Humanista para así demostrar la similitud de sus perspectivas filosóficas y apuntar que la Teoría de Sistemas puede proporcionar a la Psicología Humanista paradigmas fundamentados científicamente. Tal vez convenga señalar que esta revisión de la Teoría General de Sistemas y de la Psicología Humanista quiere ser un tributo a Gregory Bateson cuyo trabajo se desarrolla entre ambas disciplinas (Bateson, 1951, 1972, 1979; McAndrews & Bateson, 1981). Dada la naturaleza sintética de sus tentativas teóricas, Bateson nunca fue reconocido como un miembro de pleno derecho de ninguna de ambas disciplinas, a pesar de su gran contribución.

LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS: UNA REVISION SELECTIVA

Es obvia la imposibilidad de definir claramente la Teoría General de Sistemas en unos escasos párrafos y también innecesario a la vista de los buenos trabajos sobre esta materia (von Bertalanffy, 1967, 1968; Gray et al., 1969, 1973; Laszlo, 1969; Miller, 1978; White & Wilson, 1969). Básicamente, la Teoría General de Sistemas es un intento de desarrollar generalizaciones útiles sobre los sistemas (Bowler, 1981), y se basa en la idea de que todos los sistemas, desde las partículas subatómicas al sistema solar y más allá, tienen en común características fundamentales. Ello proporciona una estructura teórica y metodológica para la comprensión de los sistemas vivientes, desde las células hasta la cultura humana. Cada sistema abarca a otros sistemas de niveles inferiores de complejidad y, a su vez, es incluido en sistemas más complejos.

Como todas las disciplinas científicas, la Teoría General de Sistemas trata de dar sentido a la paradoja, la diversidad y la complejidad. Sin embargo, su énfasis se concentra más en el paradigma organísmico que no el reduccionista (Toates, 1980). El enfoque organísmico trata de incluir todas las interacciones importantes, y así las explicaciones o modelos más sencillos pueden ser de interés en muchas ocasiones. El concepto de sistema es fundamental para la Teoría General de Sistemas y relevante para la Psicología Humanista, en particular por lo que se refiere a sistemas “abiertos” o “cerrados”. Por otra parte, la Teoría General de Sistemas reconoce los límites de los sistemas, los niveles de complejidad y las jerarquías organizativas (Bertalanffy, 1966; Zeleny, 1981). Conceptos de particular interés para la Psicología Humanista y de los que hablaremos más adelante son: sistemas, cerrados y abiertos; estructuras jerárquicas; feedback; y tendencia de los sistemas a la autoorganización en estructuras más complejas, p.e., crecimiento y “propiedades emergentes”.

SISTEMAS

Expuesto de forma simple, un sistema puede ser cualquier complejo de elementos en mutua interacción (Allport, 1960), y los límites que definen un sistema

dependerán de la actividad que se describa. Los límites definen regiones de función organizada y representan una barrera para determinados cambios con el ambiente en tanto que facilitan otras determinadas transacciones. Un sistema biológico tiene un límite natural —en el ser humano este límite sería la piel. Otros sistemas, tales como la comunidad, poseen límites “inventados” abiertos a un conjunto mayor de definiciones, tales como las descripciones geográficas, económicas o étnicas de tales límites. Podemos por ejemplo, describir un ser humano como un sistema, lo mismo que una familia, una cultura o un aspecto concreto del ser humano, como el cerebro, también podrían ser descritos como sistemas. En cada uno de estos niveles, aparece un proceso de interacción que nosotros describimos como sistema. Los sistemas vivientes están compuestos de átomos, que forman moléculas, que forman células, que forman tejidos, que forman órganos, que forman individuos. Los individuos pueden formar grupos, que pueden formar organizaciones, y así hasta naciones y complejos supranacionales como las Naciones Unidas.

El punto central del concepto de sistema es darse cuenta de que el sistema, como la persona, está formado de subsistemas (órganos) y, a su vez, también forma parte, o es subsistema, de sistemas mayores, como la familia, etc... Koestler (1978) emplea el término “holón” para referirse a cada entidad del sistema. Esto es, un holón—como se dice de Jano— puede mirar de ambos modos a la totalidad y a las partes, simultáneamente. El concepto del sistema puede dotar a la Psicología Humanista de una estructura dentro de la cual puede describir y comunicar su comprensión de las relaciones interactivas humanas y los procesos internos.

SISTEMAS ABIERTOS/CERRADOS

El concepto de la Teoría General de Sistemas sobre sistemas abiertos/cerrados hace referencia a la relativa permeabilidad de los límites del sistema. Es decir, un sistema abierto tiene unos límites que permiten el intercambio activo de materia, energía e información a través de esos límites. El sistema cerrado, por otra parte, está constreñido por límites impermeables y no participa en interacciones con su ambiente. De particular interés para la Psicología Humanista es saber si se concibe el ser humano como un sistema abierto o cerrado. La perspectiva de la Teoría General de Sistemas es que una persona está en interacción constante con algún aspecto de su ambiente además de con otras personas. La compleja naturaleza interactiva del individuo pide una evaluación multicausal de su experiencia y comportamiento. Las perspectivas reduccionistas, por otra parte, tratan generalmente de determinar explicaciones unicasales, exclusivas para estas interacciones humanas y los logros, valores e intenciones que se desarrollan a partir de estas interacciones.

El concepto de sistema abierto es importante para el paradigma organísmico, ya que echa luz sobre la naturaleza de los sistemas vivientes, su termodinámica, comportamiento y evolución. El modelo de sistema abierto se extiende desde la búsqueda del equilibrio a los paradigmas homeostáticos de los conductistas y realza importantes “actividades primarias” de los sistemas no explicadas por los modelos

de estímulo-respuesta o cerrados (von Bertalanffy, 1967). En oposición al conductismo, Bowler (1981) señala que la Teoría General de Sistemas, como la Psicología Humanista insiste en que los sistemas vivientes “no pueden abstraerse de sus ambientes sin interrumpir por ello mucho de lo que es esencial para su comprensión como tales sistemas vivientes” (p. 31). Para sobrevivir, los sistemas vivientes deben estar en interacción constante con su ambiente, y muchos de los subsistemas y procesos de un organismo existen para posibilitar esta interacción vital. Por esta razón von Bertalanffy (1968) señaló que tales sistemas deben entenderse como “sistemas abiertos”, con relaciones directas y propositivas con el ambiente. El concepto de sistema abierto de la Teoría General de Sistemas describe de forma lógica el punto de vista de la Psicología Humanista sobre la persona, una persona en interacción con su ambiente, una persona con valores, intenciones y propósitos.

Al describir un sistema cerrado, Allport (1960) señala que el sistema cerrado no admite nada fuera de sí mismo, no mantiene transacciones con su ambiente y es incapaz de restablecerse. Yendo más allá, los paradigmas reduccionistas de la persona que emplean modelos de sistemas cerrados se concentran en las funciones del consumo de la energía y con frecuencia describen la vida como un proceso de movimiento hacia la entropía o la desorganización. Esta interpretación de la segunda ley de la termodinámica sólo es una explicación parcial del comportamiento de los sistemas vivos.

ESTRUCTURAS JERARQUICAS

Un sistema no puede describirse si no es como una totalidad no sumativa. Describir una parte del sistema es describir un subsistema de un sistema, no el sistema en sí mismo. No puede describirse un sistema sin tener en cuenta las interacciones que tiene con sistemas laterales ni con otros sistemas superiores de los cuales el sistema descrito forma parte. La Teoría General de Sistemas organiza los sistemas en niveles de jerarquías interactivas que no pueden reducirse a partes aisladas sin alterar, al hacerlo, sus patrones. De forma similar, la imagen de ser humano de la Psicología Humanista es la de un sistema interactivo, un sistema compuesto por muchos subsistemas interactivos, un sistema en interacción con otros individuos, y un sistema en interacción con los grupos sociales y el ambiente. En cada nivel, sea un individuo, un órgano, un grupo social o una nación, aparecen nuevos problemas y consideraciones para la Psicología Humanista. La estructura de estos diferentes niveles forma una organización jerárquica generadora de niveles inferiores de organización para formar nuevos patrones de complejidad creciente y exhibir nuevas propiedades que exigen nuevos enfoques para su comprensión.

LA COMPLEJIDAD CRECIENTE

La tendencia de los sistemas a la auto-organización en niveles más complejos de organización es una idea central en el pensamiento de la Teoría General de Sistemas y un aspecto importante de la Psicología Humanista. Los seres humanos,

como cualquier otro organismo, pueden desarrollar crecientes y más complejos grados de organización en el curso de sus vidas, a pesar del obvio gasto de entropía generado fuera de los límites del organismo. Allen (1970), por ejemplo, describe el organismo humano como un sistema abierto, moviéndose alrededor de distintos marcos comportamentales mientras se mantiene a sí mismo en continuo intercambio con su ambiente. Esta propiedad de “esforzarse por alcanzar algo externo” refleja un grado de organización más elevado del que puede explicarse por las simples teorías de reducción del impulso del conductismo o del psicoanálisis. Muchos modelos conductistas no tienen en cuenta las importantes transacciones que se ha comprobado mantiene el comportamiento humano con el ambiente ni tampoco la creciente complejidad de estas transacciones y su diferenciación con el paso del tiempo.

En contraste con el punto de vista reduccionista del conductismo o del psicoanálisis, la Teoría General de Sistemas reconoce y describe de forma expresa la evolución de niveles de complejidad más elevados y las propiedades que aparecen con la formación de nuevos niveles de organización. Miller (1978), por ejemplo, distingue 19 subsistemas críticos que un organismo vivo puede poseer para el procesamiento de la materia, la energía y la información. El subsistema más esencial de éstos es el de los “decisores” que reciben la información y ejercen control sobre otros subsistemas. En el hombre estos “decisores” han alcanzado un considerable grado de complejidad y la Psicología Humanista sostiene que las descripciones del ser humano deben reflejar el reconocimiento de estos niveles elevados de complejidad, desde la formación de grupos sociales hasta el desarrollo de valores, creencias o propósitos.

FEEDBACK

El concepto de feedback, para la Teoría General de Sistemas, se centra en los procesos de comunicación. Es decir, el feedback es el proceso mediante el que un sistema se mantiene informado sobre su progreso en la consecución de un logro u objetivo, permitiendo así las correcciones de la actividad para lograr alcanzar el objetivo. El feedback negativo, en el que una muestra trastocada de outputs se emplea para alterar el input, tiende a la estabilización del output, estado constante u homeostático. El feedback positivo, donde una muestra no trastocada altera el input, tiende a llevar al sistema hacia una forma inestable o “móvil”, incrementando la desviación respecto de la norma. (Nosotros hablamos aquí de feedback positivo como el que produce una desviación creciente respecto al objetivo inicial y no necesariamente en el sentido de refuerzo). Desde un punto de vista mecánico o electrónico, por ejemplo, normalmente lo que se intenta es estabilizar una función y, a partir de aquí, el feedback negativo es el método a escoger; el feedback positivo, salvo en aplicaciones más específicas, no es tan común. Desde el punto de vista de la Psicología Humanista, el feedback positivo, en el sentido de que se incrementa el output o la desviación, adquiere una nueva significación. El feedback positivo, en el reino de lo humano, es autocatalítico, aumentando las desviaciones a partir de un

logro inicial pasado por regiones de inestabilidad hasta que se alcanza un nuevo nivel de estabilidad y complejidad, según Jantsch (1980) una “ruptura simétrica”. Una perturbación inicial, más que inhibir, tiende a llevar al sistema hacia nuevos dominios de la experiencia.

Desde la perspectiva de la Psicología Humanista, el feedback y las formas de comunicación que sirven como feedback son consideraciones importantes a la hora de describir la relación del individuo con otros y de explorar las motivaciones, crecimiento, valores, etc.. Dentro de cada persona, la comunicación y, desde ella, el feedback, pueden aparecer en distintos niveles —hormonal, propioceptivo, visual, verbal, etc.— y cada nivel tiene una responsabilidad directa sobre el estado y desarrollo del individuo sin que deba ser juzgado, *a priori*, como irrelevante.

UTILIZACION DE LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS COMO UN MODELO ADECUADO PARA LA PSICOLOGIA HUMANISTA

Teniendo presente todo lo dicho hasta ahora, nos gustaría hablar brevemente sobre algunos de los factores presentados a la hora de considerar la Teoría General de Sistemas como un modelo para la Psicología Humanista.

Orígenes filosóficos comunes

Como ya se ha dicho anteriormente, tanto la Teoría General de Sistemas como la Psicología Humanista se han constituido, al menos en parte, como reacción a los puntos de vista reduccionistas precedentes y también como intento de reorganizar el pensamiento para mejor reflejar la complejidad de los contenidos tratados. Además la expansión de los paradigmas tradicionales en la Psicología Humanista no surgen únicamente como reacción al conductismo, sino también como la comprensión de que nuestros sentidos e intuición proporcionan un mayor insight del que se reconoce a través, exclusivamente, de los paradigmas mecanicistas científicos. Von Bertalanffy (1969) cree que es necesario un enfoque más amplio para entender “la creciente complejidad del mundo moderno”. De manera similar, Maslow (1965) considera el tema del reduccionismo de la siguiente forma:

“Esta hipótesis particular sobre el mundo, el reduccionismo, tiene derecho a revolotear en el plano del sentido común pero sólo por motivo de una conveniencia demostrada. Cuando ya no conviene o se convierte en un estorbo, debe eliminarse. Resulta peligroso ver en el mundo lo que hemos puesto en él más que lo que de hecho hay. Permítaseme decir que estas matemáticas atomísticas o lógicas son, en cierto modo, una teoría sobre el mundo; y cualquier descripción de éste en los términos de esta teoría debería ser rechazada por los psicólogos por no adecuarse a sus propósitos. Resulta claramente necesario para los pensadores metodológicos proceder a la creación de sistemas lógicos y matemáticos que sean más adecuados a la naturaleza de la ciencia moderna”.

Gray y Rizzo (1973), entre otros, tienen conocimiento de las limitaciones señaladas por Maslow y predicen que la Teoría General de Sistemas proporcionará

una valiosa alternativa, en psiquiatría, a los paradigmas mecanicistas formando las bases para el desarrollo teórico en la psiquiatría que eliminará anacronismos tales como la búsqueda de explicaciones unicasales del desorden o la búsqueda de una terapia a través de enfoques aislados o estrechos. De acuerdo con Gray (1973), la Teoría General de Sistemas es el fundamento para un enfoque que reconozca a la enfermedad y a la terapia como problemas que implican diferenciaciones en el sistema, en su organización, en su integración y desarrollo.

Sensibilidad hacia los principios humanistas

La Teoría General de Sistemas no es, a pesar de las críticas de que ha sido objeto, una forma elaborada de paradigma mecanicista y, por ello, insensible a los conceptos humanistas. Tal vez sería adecuado decir que la sensibilidad demostrada por algunos de los paradigmas científicos se sustenta menos en los aspectos formales del sistema en sí que en la forma cómo se aplica. La Teoría General de Sistemas posee la flexibilidad inherente para resultar de utilidad en la descripción de los procesos y funciones de los dispositivos mecánicos y electrónicos, a la vez que proporciona una estructura y lenguaje para la descripción y entendimiento de muchos de los frágiles e íntimos problemas humanos. Si la persona que aplica la Teoría General de Sistemas a los problemas singulares del ser humano es sensible a los temas humanistas, el resultado deberá ser igualmente sensible.

Por ejemplo, las analogías entre dos sistemas, como el humano y el de una máquina, deben efectuarse con cierta cautela... Si el sistema humano es reducido por la analogía a las expresiones o procesos más simples, se perderán los ingredientes esenciales que hacen a un sistema humano. Siempre pueden encontrarse similitudes y diferencias entre los sistemas, y algunas comparaciones hacen poco más que perfilar paralelismos significativos. Sin embargo, fenómenos muy diferentes pueden manifestar características similares y estas pueden emplearse como una ayuda para la comprensión sin tener que “reducir” un fenómeno a otro. Para utilizar la estructura teórica y herramientas metodológicas de la Teoría General de Sistemas e incrementar así el conocimiento sobre los sistemas humanos y desarrollar técnicas apropiadas de psicoterapia, la Psicología Humanista necesitaría desarrollar términos y conceptos más apropiados para el tratamiento de los problemas humanos y no adoptar directamente aquellas conceptualizaciones de la Teoría General de Sistemas que son más apropiadas para funciones mecanicistas.

Modelos y simbolización

Tal vez para muchos psicólogos humanistas los aspectos más conocidos de la Teoría General de Sistemas sean las metodologías que implican la simbolización, la elaboración de los modelos, las formulaciones matemáticas y las simulaciones por ordenador. Sin embargo, los críticos muestran con frecuencia tales técnicas, como ejemplos de un inapropiado reduccionismo. Por ejemplo, las formulaciones matemáticas se han demostrado eficientes en la ingeniería, la fisiología y la ecología

(Ruttenber, 1979), a pesar de que sus aplicaciones a la Psicología Humanista todavía permanecen sin explorar. No obstante, se ha establecido que las técnicas de simbolización son de una utilidad incuestionable para la Psicología Humanista (La Violette, 1981). Aunque debe tenerse presente que cuanto más cercana se halla una teoría a un modelo matemático, más difícil resulta de aplicar a situaciones humanas concretas.

En la Teoría General de Sistemas, el modelado y la simbología han alcanzado un alto grado de sofisticación, ofreciendo al psicólogo humanista un método adecuado para describir los elementos fisiológicos, psicológicos y sociales de la investigación psicológica y la psicoterapia. El uso de la modelización y la simbología no es algo nuevo en el estudio del hombre; Lilly (1967), por ejemplo emplea analogías y modelos programados en la descripción de la dinámica de los sistemas de creencias. También Tart (1975) proporciona ejemplos de simbolización de la psicodinámica de los estados de consciencia alterados y la técnica de la modelización de la energía ha sido utilizada por Ruttenber (1979) para describir los procesos biológicos que pueden estar implicados en los fenómenos psicoenergéticos. De manera adicional, Jantsch (1980) emplea el concepto de “neguentropía en la entrada” (inputting negentropy) para describir cómo los sistemas pueden contribuir a su propia organización. Hampden-Turner (1981) emplea los modelos para traducir los conceptos esenciales de gran parte de las teorías de la psicología moderna, y Bronfenbrenner (1979) demuestra la utilidad y carácter de un enfoque basado en sistemas para la génesis de hipótesis de trabajo en la psicología. Por otra parte, Bateson (1979) emplea modelos de tipo gráfico y verbal para representar las relaciones comunicativas de feedback tanto dentro de la mente como entre organismos.

Con el objetivo de proveer un número de técnicas de modelización, la Teoría General de Sistemas ofrece unas líneas generales para el desarrollo y crítica de la composición de un modelo. El reconocimiento de los niveles de organización de un sistema permite la comprensión de diferentes aspectos de la psicodinámica de un individuo, así como la manera por la que la persona es uno de los varios elementos de una estructura social. Nord (1977) ilustra este punto de forma muy clara en sus observaciones acerca de los psicólogos contemporáneos y su falta de atención a las consideraciones sociales:

“Muchos psicólogos han tendido a pasar por alto el hecho de que el hombre es un ser social (Glass, 1971). En consecuencia, muchos modelos actuales subrayan casi con exclusividad el crecimiento individual. No obstante, Marx señaló la necesidad de un sistema social en el que todos sus miembros pudieran desarrollarse juntos. Para él, un sistema social apropiado resultaba ser una condición necesaria para el desarrollo humano. Desde esta perspectiva, una psicología humanista que no preste atención a las características del sistema más macrosocial se halla gravemente limitada”.

Finalmente, la perspectiva holista de la Teoría General de Sistemas puede resultar útil para la evaluación de estrategias de investigación. Por ejemplo, Churchman

(1979) se manifiesta en contra del método de laboratorio como forma exclusiva de investigación en las ciencias humanas, dado que la propuesta del laboratorio es la de aislar al investigador del resto del mundo y, en particular, de la impredecible naturaleza del ser humano. Pero el laboratorio puede limitar las relaciones entre el investigador y su ambiente. Rychlak (1977), por ejemplo, describe cómo la investigación psicológica puede ser, a la vez, rigurosa y humanista si en las investigaciones de laboratorio se emplean principios holistas.

Las cuestiones planteadas en contra de la utilización de la Teoría General de Sistemas en la Psicología Humanista son señalizaciones válidas y están basadas en los problemas de reintroducir ciertas inadecuaciones presentes en ciertas perspectivas del hombre a las que se opone la Psicología Humanista. Von Bertalanffy (1981) ha presentado también los argumentos contrarios a la Teoría General de Sistemas, algunos de los cuales sostenibles, pero señala que “son obvias las limitaciones de la teoría y de sus aplicaciones en su estado actual, a pesar de que los principios parecen estar perfectamente sanos según se puede deducir de sus aplicaciones a diferentes campos”. En la aplicación a la Psicología Humanista de diferentes metodologías de la Teoría General de Sistemas, así como en el uso de técnicas de modelado, incumbe al usuario asegurar que el modelo se emplea teniendo presente el aspecto humano del problema y que tales modelos no deben confundirse con la realidad. Incluso con las desventajas que ya hemos señalado, la estructura teórica de la Teoría General de Sistemas, junto con sus sofisticadas metodologías, ofrece a la Psicología Humanista herramientas potencialmente útiles para el desarrollo de técnicas terapéuticas específicas y concretas.

APLICACIONES DE LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS A LA PSICOLOGIA HUMANISTA

En la presentación llevada a cabo, hemos intentado demostrar la raíz filosófica común de la Teoría General de Sistemas y de la Psicología Humanista con el propósito de abogar por la utilidad de la Teoría General de Sistemas en la comprensión del ser humano desde la perspectiva de la Psicología Humanista. Los retos a los que se enfrenta la Psicología Humanista en este punto son numerosos, siendo puntos de particular interés los referentes a las áreas sobre la interacción mente/cuerpo, y la dinámica del crecimiento. Ambas áreas son consideraciones oportunas y reflejan el tipo de problema que consideramos especialmente provechoso para la aplicación de la Teoría General de Sistemas a los problemas de la Psicología Humanista y a la psicoterapia humanista.

Paradigmas sobre la interacción mente/cuerpo

Aunque en los primeros tiempos de la Psicología Humanista no se puso de relieve, el énfasis en la unidad de los procesos mentales y físicos del organismo humano se ha convertido en algo fundamental para muchos de los enfoques contemporáneos. La necesidad de suplantarse la dicotomía mente/cuerpo por una

postura más holista que reconozca las interacciones entre niveles es algo también importante para el paradigma organísmico de la Teoría General de Sistemas. Lotka (1956), precursor de la moderna teoría de sistemas, fue quizá el primero en señalar este punto. Con referencia a las inadecuaciones científicas del dualismo entre mente y materia, von Bertalanffy (1967) observa:

“La psicopatología confirma el entretendido de ambas partes de la experiencia, cuerpo y mente, función fisiológica y conciencia. Cualquier ataque brutal físico y químico —drogas, electroshocks, neurocirugía— influye de forma poderosa en la “mente”. El tratamiento mental, como el verbal suministrado por el psicoterapeuta, puede influir profundamente en el funcionamiento fisiológico del cuerpo incluidas las disfunciones y las psiconeurosis... Esta función fisiológica en el comportamiento y la neurofisiología, de un lado, y la función psicológica en las partes conscientes e inconscientes de otro, se empiezan a parecer cada vez más en especial en sus “aspectos estructurales”. No existe un límite definido entre la función corporal, el inconsciente y la mente consciente. En último término, deben ser la misma cosa”.

Von Bertalanffy (1966) adopta de esta manera el punto de vista, de base fenomenológica, de que la experiencia directa sugiere un continuum entre lo subjetivo y lo objetivo, enfatizando que la mente debe abarcar lo inconsciente, lo consciente y los fenómenos simbólicos de influencia cultural. El enfoque teórico de los sistemas sobre las interacciones entre mente y cuerpo ya se han demostrado útiles en medicina psicosomática, la fisiología y la psicopatología (Von Bertalanffy, 1968, 1969). Quizá la aplicación más provechosa de la Teoría General de Sistemas a la integración de los conceptos entre cuerpo y mente vendrá del uso de modelos que combinen los procesos biológicos con aquellos de la psique dentro de un enfoque entre-niveles frente al hombre y los problemas humanos.

Desde la perspectiva de la Teoría General de Sistemas, cuerpo y mente son términos conjuntos para los procesos interactivos que incorporan muchos subsistemas que necesitan ser considerados durante el proceso terapéutico. Las terapias que se centran fundamentalmente en los aspectos limitados de un problema, como el estrés, pueden tener éxito en algún sentido, pero podrían sacar provecho de un enfoque multinivel que reconociera y tratara la naturaleza multicausal del problema. Básicamente se precisa más investigación para equipar a la Psicología Humanista con un conjunto de técnicas multiniveles apropiadas a la variedad de áreas problemáticas tipos de clientes. La Teoría General de Sistemas puede proporcionar la estructura teórica así como metodologías útiles para el desarrollo de aplicaciones específicas que impliquen el cliente en un sistema de terapia orientada centrada en la multiplicidad de variables influyentes en la vida del cliente y que emplea la naturaleza interactiva de la relación entre terapeuta y cliente.

Una gran área de dificultad y para la que se requiere más investigación es la relativa a la elaboración de modelos amplios del proceso del estrés y la clarificación de la contribución relativa de variables como las creencias, actitudes, conocimiento corporal, compulsividad, dieta, ejercicio, sentimientos interpersonales, estatus so-

cial, etc... A partir de estos modelos de los procesos del estrés, se pueden desarrollar técnicas terapéuticas específicas y dirigir la investigación a la determinación de su efectividad, demostrando cuáles son los métodos más eficaces en la interacción terapeuta-cliente para reducir el estrés.

La dinámica del crecimiento en un sistema abierto

El paradigma del crecimiento aparece como uno de los conceptos más empleados en la Psicología Humanista. Su popularidad es a menudo atribuida a la reacción en contra de los modelos de estímulo-respuesta conductistas que subraya el equilibrio como el logro fundamental del organismo humano. Las facetas teóricas y prácticas de las terapias humanistas sugieren tanto una variedad en las conceptualizaciones de crecimiento como un amplio espectro de situaciones en las que es apropiado el crecimiento (Farson, 1978). Los modelos sobre los procesos de crecimiento de distintos psicólogos humanistas adquieren formas distintas: ciclos en transición (Progoff, 1970): el paso lineal a través de estados de actualización o desarrollo psicosocial (Hampden-Turner, 1970; Maslow, 1970); un progresivo autoconocimiento hacia un estado final (Chaundhuri, 1975); y un proceso de adaptación que tiende a niveles más elevados (Buhler & Allen, 1972).

Buhler (1971) observa que la creatividad, más que cualquier otro comportamiento humano, muestra que la persona es un sistema abierto con determinadas libertades de operación y potencial de crecimiento. La creatividad expresa lo que Buhler considera el tema teórico central de la Psicología Humanista: que los seres humanos son mediadores activos de su propia existencia. Por otra parte, poner énfasis en el crecimiento del individuo hasta el punto de excluir las relaciones sociales puede limitar las posibilidades de éxito de la terapia (Nord, 1977). La importancia de los paradigmas sobre el crecimiento es incuestionable dentro de la Psicología Humanista, sin embargo, no se ha formulado un enfoque claro sobre la evaluación y definición del proceso. Es decir, los terapeutas de orientación humanista aún han de traducir el reconocimiento intuitivo del proceso de crecimiento en teorías bien formuladas para la evaluación del éxito terapéutico, comunicándose con otros y desarrollando nuevas técnicas terapéuticas.

La Teoría General de Sistemas puede clarificar algunas de estas cuestiones ilustrando la diversidad de procesos de crecimiento exhibidos por los sistemas culturales y biológicos. Las propiedades de los sistemas generales del proceso de crecimiento podrían, de este modo, servir de forma análoga a la Psicología Humanista. El paradigma del sistema abierto proporciona la firmeza para que todos los sistemas generales puedan formarse una idea de la dinámica del crecimiento. El crecimiento puede asumir una variedad de patrones con puntuaciones de cambio que resulten de incrementos estables o esporádicos o de incrementos que alcancen una meseta estable. El crecimiento logístico, el exponencial, el asintótico y el estado fijo (que puede incluir un comportamiento oscilatorio) son términos del sistema empleados para describir estos fenómenos (Odum, 1973; Odum & Odum, 1976). Estos

procesos fortalecen de forma considerable los paradigmas sobre la homeostásis y el equilibrio, paradigmas que han sido incorporados a numerosas teorías psicológicas (von Bertalanffy, 1968).

La aplicación de la teoría de la evolución a la dinámica de la evolución a la dinámica de los sistemas abiertos amplía también el ámbito de aplicación de estos paradigmas sobre el crecimiento. La evolución de la complejidad (a menudo descrita como la progresión a través de distintos grados de complejidad) puede, de esta forma, ser diferenciada de la adaptación -punto de confusión en numerosos campos (Buhler & Allen, 1972). Von Bertalanffy (1967) aclara este punto:

“Debo confesar que no veo ni la más leve evidencia de que la evolución en el sentido de progresión desde niveles menos complejos del organismo hasta otros de mayor complejidad tenga nada que ver con la adaptación, las ventajas selectivas, la reproducción o cualquier otra acepción que el concepto darwiniano pueda sugerir. La adaptación al ambiente es posible en cualquier nivel de organización”.

Von Bertalanffy (1967) describe esta relación en apariencia paradójica entre el flujo continuo de procesos ordenados y la dinámica de diferenciación como *anamorfosis*. Como señala Gray (1969), la teoría de la anamorfosis ha aclarado los procesos de crecimiento, cambio, desarrollo y creatividad. También cree que el origen de la anamorfosis es uno de los mayores problemas para la investigación futura. Von Bertalanffy (1969) resume todos estos aspectos y los integra en teorías psicológicas:

“El desarrollo psicofisiológico no se agota por el condicionamiento, acumulación de huellas de la experiencia pasada y su contrapartida neurofisiológica. Antes bien, el desarrollo —ontogenético, cultural, microgenético— proviene de estados indiferenciados o sincréticos hacia estados cada vez más diferenciados. Esto se puede observar en la percepción, los conceptos, el lenguaje y demás. La diferenciación normal implica una organización progresiva dentro de una totalidad o sistema integrados. En la regresión se pierde esta integración, resultando una escisión de la personalidad, los complejos, la función del ego, etc...”.

La perspectiva de la Teoría General de Sistemas sobre el crecimiento personal facilita también la comparación de estos procesos con fenómenos similares en distintos niveles de complejidad, incluyendo no únicamente el crecimiento orgánico descrito por von Bertalanffy sino también la sucesión en ecosistemas (Odum, 1971), la evolución de la cultura (White, 1959), la evolución de las especies (Jantsch, 1980a, 1980b) e incluso el origen de la vida (Broad, 1975). Las propiedades comunes a todos estos procesos pueden servir de ayuda al terapeuta humanista en la comprensión y evaluación del crecimiento personal del cliente.

Desarrollo y equifinalidad

La equifinalidad es un caso particular a considerar. La equifinalidad reconoce que el mismo estado final puede surgir a partir de condiciones iniciales diferentes o puede lograrse de formas distintas (von Bertalanffy, 1967). Gray (1973) resume el

empleo de la propiedad de los sistemas de la equifinalidad en psiquiatría:

“Del concepto de equifinalidad resultan de particular importancia para la psiquiatría cuatro derivaciones. La primera es el reconocimiento de los estados psicopatológicos como equifinales y, por ello, resistentes al cambio. La segunda es el reconocimiento de que el estado inicial no tiene tanta importancia como se creyó antiguamente, por ejemplo en los primeros tiempos del psicoanálisis. La tercera cuestión a comprender es que lo que determina los niveles equifinales son los parámetros del sistema, de modo que la investigación en psicoterapia debe centrarse en la forma cómo se pueden cambiar los parámetros. La cuarta es el reconocimiento de que los cambios en los niveles equifinales han de ser necesariamente concomitantes al crecimiento y desarrollo, lo que no puede llevarse a cabo sin sufrimiento e introspección”.

Otro fenómeno asociado al crecimiento, y aclarado por la perspectiva general de sistemas es el que se refiere a la relación entre crecimiento y enfermedad. Von Bertalanffy (1968) caracteriza la enfermedad mental como una perturbación en las funciones del sistema. La regresión que con frecuencia acompaña al estado psicótico no es un retorno a las formas pasadas e infantiles de comportamiento, sino una dediferenciación y descentralización de la personalidad.

“La dediferenciación significa que no hay una pérdida de las funciones, sino la reaparición de estados primitivos (sincretismo, sinestesia, pensamiento paleológico, etc...). La descentralización se corresponde, en último término, a la desencefalización funcional del esquizofrénico” (Arieti, 1955).

Los procesos y dinámica del crecimiento, cambio, creatividad, amorfosis, diferenciación, dediferenciación y las relaciones entre todos estos procesos con la enfermedad física y los desórdenes mentales precisan de una investigación cuidadosa a través de un estudio estructurado. En particular, se requiere elaborar modelos para los procesos de cambio y desarrollo, destacando las similitudes y las diferencias, si las hay, entre estos procesos. También se precisan modelos para describir cómo las personas se adaptan al cambio y cómo este proceso difiere de la progresión a través de distintos niveles de complejidad. La relación entre el flujo de procesos ordenados y la diferenciación —anamorfosis— también precisa de una investigación más profunda. Todos estos procesos y sus dinámicas están íntimamente relacionados y puede haber procesos muy distintos o muy parecidos que difieran sólo en el nombre y en la perspectiva del observador. Todos estos procesos y sus interrelaciones son materias oportunas para investigar, y la Teoría General de Sistemas parece ofrecer la estructura teórica para la comprensión de estos procesos complejos y multinivelares. Los métodos de modelación de la Teoría General de Sistemas parecen particularmente apropiados para describir este conocimiento y ayudar en los enfoques terapéuticos prácticos.

CONCLUSION

En este artículo hemos perfilado los intereses comunes a la Teoría General de Sistemas y la Psicología Humanista. También hemos presentado áreas específicas de la Psicología Humanista que podrían beneficiarse de la incorporación de la teoría y la metodología de la Teoría General de Sistemas. Obviamente todo esto depende de la voluntad de los psicólogos humanistas de tomar en consideración ideas y técnicas que provienen de las ciencias naturales. Muchos de los primeros psicólogos humanistas se resistieron de forma incomprensible a la idea de que la Teoría General de Sistemas podía ser de interés para la Psicología Humanista. No obstante, esto no debe resultar sorprendente si se tiene en cuenta la resistencia a introducir la Teoría General de Sistemas en el campo de la psiquiatría (Gray et al. 1969), aun a pesar de que Bateson (1951) argumentó de forma convincente sobre la importancia de la teoría de la comunicación, la Gestalt y la teoría y metodología de la ciencia en la psiquiatría.

A pesar de que nuestro foco de atención han sido las contribuciones virtuales de la Teoría General de Sistemas a la Psicología Humanista, creemos que el proceso inverso también es posible. El énfasis que la Psicología Humanista pone en el desarrollo intuitivo y en la elaboración de la terapia, la consideración crítica de la tendencia reduccionista en las ciencias, y la seguridad en el potencial del ser humano representan retos para la Teoría General de Sistemas. Pueden dar lugar a contribuciones sustanciales en el desarrollo de técnicas conceptualmente nuevas, nuevos enfoques filosóficos, investigación y metodologías. Es decir, la sinergia entre la Teoría General de Sistemas y la Psicología Humanista puede contribuir a que ambas avancen.

Von Bertalanffy (1967) reconoció el potencial generativo de esta forma de relación, con frecuencia olvidada de las ciencias y las humanidades:

“El análisis debe proceder a dos niveles: la ‘fenomenología’, que es la experiencia directa, acompañada de la percepción de los objetos externos, sentimientos, pensamientos, deseos, etc...; y los “constructos conceptuales”, la reconstrucción de la experiencia directa en sistemas de símbolos, culminando en la ciencia; debe entenderse que no hay ninguna hendidura entre concepto y percepto, sino que ambos niveles se integran e interactúan entre sí”.

Vamos a sugerir ahora que la Psicología Humanista, y quizá también la Teoría General de Sistemas, se pueden beneficiar de una relación interactiva. En el momento presente, la Psicología Humanista carece de un paradigma científico comúnmente aceptado que le proporcione una estructura teórica con la que desarrollar modelos de evaluación, métodos, investigación, teoría y terapias. De igual modo, carece también de un campo o lenguaje lo suficientemente efectivos y eficientes con los que poder comunicar sus resultados. Creemos que la Teoría General de Sistemas puede precisamente prestar este servicio a la Psicología Humanista, con el conocimiento de modelos, generalizaciones, simbolizaciones, etc... que son estrategias útiles que no se confunden con la realidad en sí misma y no empiezan y acaban en sí mismas sino que son un medio de llegar a un fin.

Por último es especialmente importante para la Psicología Humanista la investigación futura. La estructura meta-teórica de la Teoría General de Sistemas puede proporcionar las bases para descubrir problemas soterrados y ver los antiguos problemas desde una perspectiva distinta. Al mismo tiempo, las metodologías empleadas en la Teoría General de Sistemas pueden ser instrumentos útiles para la Psicología Humanista en la investigación. La investigación basada en los principios de la Teoría General de Sistemas es necesaria, sobre todo, en problemas actuales tales como el estrés, las enfermedades psicosomáticas, el desarrollo, etc... y puede servir de ayuda para aclarar la naturaleza multicausal de estas áreas problemáticas y llevar a nuevas formas terapéuticas que den énfasis a las intervenciones terapéuticas multiniveles.

La Psicología Humanista aparece como reacción a los paradigmas restrictivos del Conductismo y el Psicoanálisis. Sin embargo, la Psicología Humanista no ha generado todavía un marco conceptual y metodológico consistente para el desarrollo y evaluación de modelos, métodos, investigación, teorías y terapias. Además no existe una estructura suficientemente común para la traducción y la comunicación de los hallazgos clínicos y de sus intuiciones conceptuales. La Teoría General de Sistemas ofrece una metodología amplia, basada en las ciencias naturales, que puede servir para clarificar y comunicar muchos de los aspectos de la Psicología Humanista. Este artículo señala las perspectivas filosóficas comunes de la Teoría General de Sistemas en términos de alternativas a la Psicología Humanista e indica las aportaciones de la Psicología Humanista que pueden relacionarse con la Teoría General de Sistemas.

Traducción: Pilar Medina

Nota Editorial: El presente artículo apareció en *Systems Research*, 2, 105-115 (1985) con el título "Toward the application of General Systems Theory in Humanistic Psychology". El texto que presentamos representa una versión ligeramente reducida del original por razones de actualidad y de espacio. Agradecemos a los autores el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ALEXANDER, M.F. (1969). *The resurrection of the body*. New York: Delta.
- ALLEN, M. (1970). The human organism as an open system. *Interpersonal Development*, 1, 65-76.
- ALLPORT, G. (1960). The open system in personality theory. *Journal Abnormal Social Psychology*, 61, 301-310.
- ARIETI, S. (1955). *Interpretation of schizophrenia*. New York: Brunner.
- BATESON, G. (1951). The convergence of science and psychiatry. En J. Ruesch & G. Bateson (eds.), *Communication: the social matrix of psychiatry*. New York: Norton.

- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature: a necessary unity*. New York: Bantam.
- BENSON, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Avon.
- BENSON, H. (1979). *The mind/body effect*. New York: Simon & Schuster.
- von BERTALANFFY, L. (1966). Mind and body re-examined. *Journal of Human Psychology*, 6, 133-138.
- von BERTALANFFY, L. (1967). *Robots, men and minds: Psychology in the modern world*. New York: Braziller.
- von BERTALANFFY, L. (1968). The world of science and the world of value. En E. J. Shoben, Jr. & S. Goldberg (eds.), *Problems in contemporary education*. Glenview, Ill: Scott, Foresman.
- von BERTALANFFY, L. (1969). General systems theory and psychiatry -an overview. En W. Gray, F. Duhl & D. Rizzo (eds.), *General systems theory and psychiatry*. Boston: Little Brown.
- von BERTALANFFY, L. (1981). General system theory -a critical review. En J. Beishon & G. Peters (eds.), *System behavior*, 3^a ed. London: Harper & Row.
- BOULDING, K. (1980). *Socio dynamics*. New York: Sage.
- BOWLER, T.D. (1975). *General systems thinking: Its scope and applicability*. New York: Elsevier/North Holland.
- BRODA, E. (1975). *The evolution of bioenergetic process*. New York: Pergamon.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- BROWN, B. (1980). *Supermind*. New York: Harper & Row.
- BUGENTAL, J.F.T. (1964). The third force in psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 4, 19-26.
- BUHLER, C. (1971). Basic theoretical concepts of humanistic psychology. *American Psychology*, 26, 378-386.
- BUHLER, C. & ALLEN, M. (1972). *Introduction to humanistic psychology*. Monterey, California: Brooks/Cole.
- CHAUNDHURI, H. (1975). Psychology: humanistic and transpersonal. *Journal of Humanistic Psychology*, 15, 7-15.
- CHECKLAND, P. (1981). *Systems thinking, systems practice*. New York: Wiley.
- CHURCHMAN, C.W. (1979). *The systems approach and its enemies*. New York: Basic Books.
- FARSON, R. (1978). The technology of humanism. *Journal of Humanistic Psychology*, 18, 5-35.
- FELDENKRAIS, M. (1972). *Awareness through movement*. New York: Harper & Row.
- FRIEDMAN, M. & ROSEMAN, R. (1974). *Type a behavior and your heart*. Greenwich, Connecticut: Fawcett.
- GLASS, J.F. (1971). The humanistic challenge to sociology. *Journal of Humanistic Psychology*, 11, 170-183.
- GRAY, W. (1969). History and development of general systems theory. En W. Gray, F. Duhl & N.D. Rizzo (eds), *General systems theory and psychiatry*. Boston: Little Brown.
- GRAY, W., DUHL, F. & RIZZO, N.D. (eds.) (1969). *General systems theory and psychiatry*. Boston: Little Brown.
- GRAY, W. & RIZZO, N.D. (1973). *Unity through diversity*. New York: Braziller.
- HAMPDEN-TURNER, C. (1970). *Radical man*. Cambridge, Mass.: Schenkman.
- HAMPDEN-TURNER, C. (1981). *Maps of the mind*. New York: Macmillan.
- HASTINGS, A., FADIMAN, J. & GORDON, J. (eds.) (1980). *Health for the whole person*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- HUXLEY, A. (1956). *Haven and Hell*. London: Chatto & Windus.
- JANTSCH, E. (1980). *The self-organizing universe: scientific and human implications of the emerging paradigm of evolution*. New York: Pergamon.
- JANTSCH, E. (ed.) (1980). *The evolutionary vision: toward a unifying paradigm of physical, biological and sociological evolution, vol 6*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- KAMIYA, J. & KAMIYA, J.G. (1980). Biofeedback. En A. Hastings, J. Faidman & J. Gordon (eds.), *Health for the whole person*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- KOESTLER, A. (1978). *Janus: asumming up*. New York: Random House.
- KOBAS, S. (1979). Stressful events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personal and Social Psychology*, 37, 1-11.
- LASZLO, E. (1969). *Systems, structures and experience: toward a scientific theory of mind*. New York: Gordon & Breach.
- LA VIOLETTE, P. (ed.) (1981). *A system view of man*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- LILLY, J.C. (1967). *Programming and metaprogramming in the human biocomputer*. New York: Julian Press.
- LOTKA, A.J. (1956). *Elements of mathematical biology*. New York: Dover.
- LOWEN, A. (1967). *The betrayal of the body*. New York: Collier Books.
- LOWEN, A. (1975). *Bioenergetics*. Baltimore: Penguin Books.
- McANDREWS, R. (1981). Gregory Bateson: bricoleur and metatheorist. *Humanistic Psychology Institute Review*, 3, 69-81.

- MASLOW, A.H. (1965). Humanistic psychology and transcendent experiences. *Journal of Human Psychology*, 5, 219-227.
- MASLOW, H.A. (1970). *Motivation and personality*, 2^a ed. New York: Harper & Row.
- MILLER, J.G. (1978). *Living systems*. New York: McGraw-Hill.
- NORD, W. (1977). A marxist critique of humanistic psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 17, 75-83.
- NUERNBERGER, P. (1981). *Freedom from stress*. Himalayan International Institute of Yoga Science, Honesladale, Pennsylvania.
- ODUM, E.P. (1971). *Fundamentals of ecology*. Philadelphia: W.B. Sanders.
- ODUM, H.T. (1973). Energy circuit language and energy transformation in asymptotic growth. En W. Gray and N.D. Rizzo (eds.), *Unity through diversity*. New York: Gordon & Breach.
- ODUM, H.T. & ODUM, E.C. (1976). *Energy basis for man and nature*. New York: McGraw-Hill.
- PELLETIER, K. (1977). *Mind as slayer*. New York: Delta Books.
- PROGROFF, I. (1970). Toward a depth humanistic psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 10, 121-130.
- ROGERS, C.R. (1965). Some questions and challenges facing humanistic psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 5, 1-5.
- ROLF, I. (1977). *Rolfing: The integration of human structures*. Santa Monica, California: Dennis-Landman.
- RUTTENBER, A.J. (1979). Urban areas as energy flow systems. Unpublished doctoral dissertation. Atlanta, Georgia: Emory University.
- RUTTENBER, A.J. (1979). Introduction to the general system basis of psychoenergetics. E. S. Krippner (ed.), *Psychoenergetic systems*. New York: Gordon & Breach.
- RYCHLAK, J.F. (1977). *The psychology of rigorous humanism*. New York: Wiley-Interscience.
- SELYE, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- SMITH, M.B. (1978). Humanism and behaviorism in psychology: theorie and practice. *Journal of Humanistic Psychology*, 18, 27-36.
- TART, C.T. (1975). *States of consciousness*. New York: Dutton.
- TOATES, F.M. (1980). *Animal behavior: a systems approach*. Chichester: Wiley.
- WHITE, L.A. (1959). *The evolution of culture*. New York: McGraw-Hill.
- WHITE, L.L. & WILSON, D. (1969). *Hierarchical systems*. New York: American Elsevier.
- ZELENY, M. (1981). *Autopoiesis: a theory of living organization*, vol 3. New York: American Elsevier.





UNIVERSITAT DE BARCELONA

CURSO POSTGRADO EN TERAPIA COGNITIVO/SOCIAL

- * El Curso de Postgrado TERAPIA COGNITIVO/SOCIAL constituye un primer intento de crear un programa de carácter interuniversitario de alcance internacional con vistas a la unificación de criterios para la formación postgrado de Psicoterapeutas, cuya actividad profesional pueda ser reconocida oficialmente en el ámbito de la Comunidad Europea. En estos momentos existe ya un protocolo de preacuerdo con la Scuola di Specializzazione Clinica de la Universidad de Roma y están en trámite otros convenios semejantes con las universidades de Lovaina, Braga, Heidelberg y Porto.
- * El curso tiene una duración de dos años (42 créditos), que se distribuyen en los períodos comprendidos entre enero y junio del bienio 1992-1993. Casi el 50% de estos créditos corresponden a Seminarios Monográficos, impartidos quincenalmente en fines de semana y desarrollados por algunos de los autores y profesionales más destacados en el campo de la psicoterapia de prestigio internacional. La organización del programa en créditos permite un intercambio flexible con los programas de otros cursos postgrado, orientada a promover la movilidad de profesores y estudiantes dentro del espíritu del Programa ERASMUS.
- * El precio de la matrícula completa por curso y año es de 150.000 pts. Existe la posibilidad de matricularse parcialmente por asignaturas o seminarios monográficos de libre elección. En este caso el precio es de 10.000 pts. por crédito. Cumplidos los requisitos administrativos y académicos necesarios, la Universidad de Barcelona otorga el título de Postgrado en TERAPIA COGNITIVO/SOCIAL.
- * El período de matriculación para el curso completo se cierra el 20 de diciembre de 1991. Las solicitudes de plaza son atendidas por riguroso orden de inscripción. Para información más detallada (plan de estudios, cuadro docente, calendario de actividades, requisitos de preinscripción, etc.) dirigirse a:

Srta. Adela Fusté
CURSO POSTGRADO TERAPIA COGNITIVO/SOCIAL
Departamento de Personalidad
Facultad de Psicología
Universidad de Barcelona
C./ Adolf Florensa s/n
08028 - Barcelona
Tel. (93). 333.34.10

INTERVENCION EN GRUPOS SOCIALES

José Navarro Góngora
Universidad de Salamanca

In this paper Social Network Interventions is outlined. The point of departure is the concept of Social Support and its relationship with mental health; the studies of both topics constitute the empirical foundation of Network Interventions. The concept of network and its characteristics is analyzed and, finally, both different types of network interventions and different taxonomies of classification of these interventions, are studied.

Key words: social support, social network and social network interventions.

1. LAS INTERVENCIONES EN REDES SOCIALES. UNA APROXIMACION HISTORICA Y CONCEPTUAL

Que sepamos nadie ha escrito todavía la historia de las intervenciones en redes sociales. Es una historia reciente de no hace más de 30 años. A través de la literatura tanto clínica como experimental puede, no obstante, ensayarse su reconstrucción:

- El fracaso con los pacientes esquizofrénicos: Speck (1974) cuenta en su introducción al libro *Redes familiares* que preocupado por el 20% de pacientes esquizofrénicos que no se recuperaban con Terapia Familiar (a la sazón el tipo de intervención con el que venía trabajando) en 1.966 reúne por primera vez la red de un paciente psicótico, después de haber estado ensayando diversas combinaciones de otros significativos en el tratamiento de estos pacientes. Alguien debería escribir sobre el papel de la esquizofrenia en el avance de la Psicoterapia.

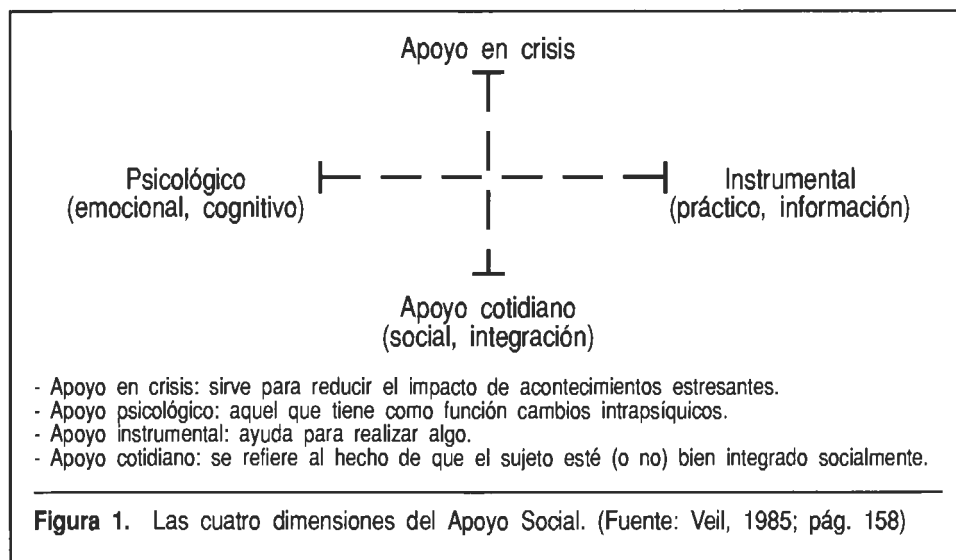
- La influencia del movimiento de Salud Mental Comunitaria: en 1963 el presidente Kennedy firma el Acta de creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria como parte de su Programa de Erradicación de la Pobreza, se inician así los planteamientos comunitarios en Salud Mental en los que se enfatiza el papel activo que la sociedad tiene que tener en la prevención y tratamiento de los problemas de salud en general y de salud mental en particular. La filosofía del movimiento fue la de participación. Las subsiguientes crisis económicas mundiales descubrieron que la participación social ahorra dinero en inversiones de servicios sociales y se avinieron a seguir desarrollando modelos de intervención que abaratara los costes de la asistencia. Pronto se descubrió la forma de operativizar, desde el

punto de vista de la intervención, la red social.

- Los estudios epidemiológicos comenzaron a evidenciar el papel que desempeñaba la sociedad en los trastornos mentales. Pronto se empezó a estudiar el entorno social más inmediato de los pacientes (la red social) y a definir qué aspectos de la red influían de manera positiva o negativa en el problema. De esta manera se desembocó en el concepto de Apoyo Social (AS) y se empezaron a estudiar sus relaciones con los problemas mentales y físicos.

Veil (1985), ha señalado que resulta difícil establecer si el Apoyo Social se refiere a una transacción entre personas, a un estado mental, a una propiedad o a un tipo de relaciones sociales. Propone que éste concepto debería responder a tres preguntas básicas: qué es lo que se otorga, quién lo otorga y cómo se mide lo que se otorga. Su respuesta distingue entre las siguientes acepciones de Apoyo Social:

1. Tipo de apoyo: con cuatro dimensiones que esquematiza de acuerdo con la Figura 1.



2. Fuente de apoyo: resulta útil distinguir entre fuentes naturales de apoyo (aquellas personas cuya función inmediata no es la de ofrecer apoyo), y fuentes institucionales, cuya función es precisamente la de ofrecer algún tipo de servicio.

3. Evaluación del apoyo: cuando el investigador se enfrenta al tema de la medición puede optar por dos criterios: objetivos (frecuencia de contactos, número de amigos, ausencia/presencia de un tipo de transacción, etc.) o subjetivos (estimaciones tanto de la cantidad del apoyo recibido o esperado, como de su adecuación).

La opción por uno u otro criterio afecta profundamente los resultados de las investigaciones.

Resulta arriesgado tratar de resumir la literatura sobre las relaciones entre Apoyo Social y Salud Mental, no obstante ha sido la constatación de esa influencia la que justifica crear intervenciones cuyo objetivo sea modificar (o movilizar) la red social. Las conclusiones a las que llega una revisión clásica del campo realizada por Barrera (1986) puede servirnos para presentar de forma concisa, pero esperamos que comprensiva, esas relaciones entre apoyo social y Salud Mental:

1. Sufrir estrés puede dar como resultado una movilización del apoyo, bien mediante su ofrecimiento espontáneo por parte de la red social, bien mediante el incremento de las necesidades de afiliación de la persona estresada.

2. El Apoyo Social se relaciona negativamente con acontecimientos estresantes, lo que puede interpretarse como que previene su aparición. Así, y tomando el mismo ejemplo que ofrece Barrera, un programa de Vigilancia Vecinal de un barrio (que expresa el Apoyo Social existente entre sus habitantes) puede hacer que sus vecinos estén menos expuestos a acontecimientos estresantes (delincuencia).

La relación negativa entre Apoyo Social y estrés, se interpreta, igualmente, suponiendo que el estrés puede deteriorar la capacidad de los sujetos para percibir el apoyo como disponible. Son varios los mecanismos que explicarían cómo el malestar psicológico causa distorsiones en la percepción del Apoyo Social:

- estados, como la depresión, pueden ocasionar errores en la percepción de la disponibilidad y adecuación del Apoyo Social

- sujetos con claros síntomas de problemas psicológicos suelen llegar a ser rechazados

- características personales de quienes padecen trastornos psicológicos, como la carencia de habilidades de relación, o la gravedad del trastorno, pueden derivar en redes sociales muy pequeñas.

3. Bajo ciertas condiciones la oferta de Apoyo Social exagera los síntomas (por ejemplo, cuando la ayuda se ofrece de forma humillante u ofensiva).

2. EL CONCEPTO DE RED SOCIAL

La red social es el conjunto de individuos que prestan Apoyo Social. Se ha definido como:

“un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia”. (Speck en M. Elkaïm, 1989).

Otras definiciones especifican quiénes pertenecen o no a la red social: grupo de personas compuesto por el paciente identificado, su familia inmediata, su familia extensa y todas aquellas relaciones sociales que brindan algún apoyo, tales como vecinos, compañeros de trabajo y amigos. Los profesionales que ofrecen servicios también se incluyen en la red (Halevy-Martin et al., 1984).

El denominador común de las definiciones que hemos hallado parece claro: se trata de un conjunto de personas, cuyos límites aparecen difusos, que guardan con respecto de otra un tipo de relación (precisamente lo que definimos como apoyo social) cuya naturaleza tampoco aparece excesivamente clara. Desde un punto de vista clínico, que es el que adoptamos aquí, no es tan importante definir los límites como llegar a especificar qué segmentos de la red social son importantes en qué momentos y en relación a qué problemas, así como definir qué características de las redes tienen qué tipo de influencias en los sujetos que pertenecen a ellas.

Desde épocas muy tempranas pareció natural abordar el tema de los límites de la red utilizando un doble criterio: distancia afectiva y posibilidad de contacto. Así, por ejemplo, Mueller (1980) distinguía entre:

- red de primer orden: conexiones directas que un sujeto tiene con otros y conexiones que ligan a esos sujetos entre sí. Pertenecen a este círculo la familia nuclear, los parientes políticos y otros familiares, los vecinos y los compañeros de trabajo. Mansell Pattison (1976), llamaba a la red primaria sistema psicosocial íntimo, afirmando que se caracteriza por:

- a) un alto grado de interacción cara a cara
- b) un alto grado de intercambio instrumental
- c) relaciones simétricas y recíprocas.

La red primaria (o el sistema psicosocial íntimo), constituye la matriz fundamental en la que el sujeto existe y actúa.

- Red de segundo orden: compuesta por personas que no se conocen, pero a las que se puede llegar a través de la red primaria.

- Red extensa: son las conexiones a las que se accede a través de la red secundaria. La red extensa se compone de relaciones que unen la red secundaria con la población general.

Con ser intuitiva la propuesta de Mueller (1980), sigue siendo poco operativa desde el punto de vista de la intervención terapéutica en Salud Mental. La Figura 2 recoge otra de las alternativas utilizadas, la de Mansell Pattison (1977). Los criterios, en este caso, siguen siendo los mismos: cercanía

SUJETO	1. ZONA PERSONAL	2. ZONA INTIMA	3. ZONA EFECTIVA	4. ZONA NOMINAL	5. ZONA EXTENSA
--------	------------------	----------------	------------------	-----------------	-----------------

- 1. ZONA PERSONAL: familia nuclear más amigos muy íntimos.
 - 2. ZONA INTIMA: amigos íntimos.
 - 3. ZONA EFECTIVA: conocidos con los que se mantienen ciertos contactos, son menos valorados que los de la zona íntima y los reemplazan cuando alguno de ellos desaparece
 - 4. ZONA NOMINAL: personas conocidas con las que se mantiene poco trato y que ocupan un lugar estratégico en la sociedad (médico, sacerdote, funcionario, etc.).
 - 5. ZONA EXTENSA: oferta de asociaciones sociales e Instituciones que una sociedad se ofrece a sí misma.
-

Figura 2. Sistemas psicosociales. (Fuente: Mansell Pattison, 1977; pág. 29)

afectiva y posibilidades de contacto (o conocimiento). Este esquema ya puede utilizarse en la toma de decisiones sobre qué zonas sociales han de participar en la terapia, ya que definen de forma más precisa las características afectivas y de contacto (y, en cierta manera, instrumentales) de cada una de las zonas, ofreciendo, por lo tanto, una idea no sólo sobre su disponibilidad, sino también sobre cómo puede ayudar esa zona concreta en un problema concreto.

El punto de vista de Erickson (1984), está estrictamente ligado a los problemas de Salud Mental. Entiende que la red:

“otorga la matriz social y de comunicación para el proceso de culturización y el Apoyo Social para afrontar diferentes tipos de situaciones y problemas”. (Erickson, 1984; pag. 187).

Erickson introduce dos nuevas variables: ser matriz de comunicación y la de ofrecer modelos de afrontamiento de problemas, basando su utilización de la red social en estas dos variables. En concreto, propone que se distingan tres niveles y tres subclases (terminología del autor):

Niveles:

- Red personal extensa: se trata de una estimación del tamaño de la red. Incluye todas aquellas personas que el sujeto puede nombrar como familiares, amigos, vecinos, profesionales y conocidos.

- Red personal disponible: mide el número de personas que, de hecho, interactúan con el sujeto.

- Red personal efectiva: es una medida del número de personas y de su grado de implicación cuando responden o afrontan el problema de un sujeto.

Subclases:

- red de acción temprana: la componen personas (de 0 a 9, pero normalmente 3-4) que interactúan con un sujeto ya sintomático, pero antes de que se declare la crisis. Son las que le remiten al sistema asistencial. Si están disponibles componen la red personal efectiva y su función (además de la de remitir) es la de tomar parte en la definición del problema, sugerir medidas que alivien la situación, ofrecer un apoyo moral, informativo e instrumental.

- Red de acción en crisis: son aquellas personas que están instrumentalmente implicadas en la entrada de un paciente en el tratamiento, se incluyen trabajadores sociales, policías, etc. Operan en situaciones de transición (en el momento de pasar a ser paciente), siendo, por lo tanto, su existencia efímera. Suelen tener una función de control social.

- Red de tratamiento: pertenecen a ella quienes interactúan con el sujeto una vez está en tratamiento. El clínico puede utilizarla como fuente de recursos para la terapia.

Las distintas alternativas analizadas dibujan dos grandes categorías de redes sociales cuyo uso diferencial está hoy sujeto a discusión: el sistema de apoyo natural (personas con las que uno mantiene algún tipo de relación) y los sistemas artificiales

(grupos sociales que están a disposición del sujeto ofreciendo algún tipo de prestación, siempre que el sujeto lo requiera).

Además de atender a cómo se estructura la red social se ha escrito bastante sobre sus características. Dos tipos de clasificaciones han hecho fortuna. La primera distingue entre:

- Características estructurales:
 - tamaño (número de personas);
 - conectividad (ratio número de relaciones observadas / número de relaciones posibles);
 - flujo (series de patrones de relaciones o/y paralelismo de series de patrones dentro de la red);
 - composición (número y naturaleza de las relaciones contenidas en la red, pueden ser singulares —el vínculo se define por un sólo tipo de relación— o múltiples —el vínculo se define por diferentes tipos de relaciones).
- Características funcionales:
 - funciones instrumentales: frecuencia, cantidad y calidad de la asistencia ofrecida, requerida o retirada
 - funciones emocionales: frecuencia, cantidad y calidad del intercambio emocional (positivo o negativo)
 - reciprocidad: cualidad e intensidad de la obligación incurrida o adquirida de dar o recibir intercambios instrumentales o afectivos
 - establecimiento de normas o reglas mediante las cuales se validan (o se imponen) conductas o creencias (Hurd et al., 1981).

La segunda distingue entre:

- Características estructurales de la red: aluden a las relaciones (o patrones de relaciones) que vinculan a unas personas con otras. Incluyen variables como: tipo de anclaje en la red, tamaño o amplitud, densidad, grado de conexión, estructura central versus estructura en racimos. Este tipo de características definen las posibilidades teóricas que tiene una persona de transaccionar dentro de una red.
- Características interaccionales: definen la naturaleza del vínculo con la red. Se trata de variables como multiplicidad y contenido transaccional del vínculo, reciprocidad, intensidad, duración, frecuencia de contactos, etc. Todas ellas se toman como indicadores de la posible importancia de las relaciones (Llamas et al., 1981).

Como se comprueba ambas taxonomías guardan puntos de relación, aunque la de Hurd et al. (1981), parece la más completa.

3. MODALIDADES DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON REDES SOCIALES.

La intervención en redes supone una primera respuesta a una de las ideas más antiguas de la Psicoterapia: la sociedad juega, probablemente, un papel destacado

en la génesis y desarrollo del trastorno mental. Si esto es así, resulta importante poder intervenir en esa sociedad para que cese su influencia negativa. Aunque resulte dudoso afirmar que la intervención en redes tenga éste único origen, lo cierto es que ofrece una serie de soluciones (por supuesto, no las únicas posibles) al problema de cómo intervenir en el grupo social:

- Aporta una conceptualización sobre qué es la sociedad para el sujeto, delimitando de forma precisa el área social sobre la que intervenir (o utilizar) (ver, por ejemplo, la Figura 2). Aporta instrumentos que sirven para medir ciertas variables importantes de la red y que ayudan a la toma de decisiones sobre cómo y para qué utilizarla.

- Igualmente la discusión del epígrafe 2 sobre las características estructurales y funcionales, puede suministrar la base conceptual de lo que constituyen los elementos de evaluación (diagnóstico) de la red. Hemos utilizado la expresión “puede”, porque esta división de propiedades parece responder más a necesidades de investigación que de intervención, como a continuación veremos, aunque ambas necesidades tengan puntos de contacto.

- Finalmente, y sobre todo, las modalidades de intervención en red suministran un conjunto de recursos técnicos para poder intervenir. La forma de manejar esas técnicas, sus indicaciones y contraindicaciones, así como su eficacia, han sido, igualmente, descritas a pesar de que ciertos temas estén sujetos a discusión y en otros siga habiendo una cantidad insuficiente de evidencia experimental.

Resta, a continuación describir cómo, de hecho, se están llevando a cabo tales intervenciones. El Cuadro 1 suministra una visión sinóptica de algunas.

Cuadro 1. Distintas modalidades de Intervención en y con redes sociales

Auersweld, 1971

- *Denominación de la intervención:* Intervención en Sistemas Ecológicos.
- *Participantes:* (de la Figura 2) personas de las zonas: 1, 2, 3 y 5), familia nuclear y extensa disponible, amigos significativos y representantes de los Servicios Sociales con los que la familia mantiene algún contacto. Acuden entre 10-15 participantes.
- *Fases del proceso:* no se especifican.
- *Estrategia de intervención:* basada en modelos de solución de problemas. Suscripción de contratos para la solución de problemas concretos; énfasis en mejorar las relaciones con los Servicios Sociales.
- *Orientación* (*): conductual-cognitiva.
- *Indicaciones:* cuando la red del paciente o de la Institución está estallando.

Speck y Attneave, 1974; Rueveni, 1979

- *Denominación de la intervención:* Asamblea de Red.
- *Participantes:* (de la Figura 2) personas de las 5 zonas, con un mínimo de 20 y un óptimo entre 50-80 personas.
- *Fases del proceso:* entrevista de evaluación previa a la asamblea con la familia nuclear, retribalización, polarización, movilización, depresión, apertura hacia la acción

autónoma, agotamiento y entusiasmo.

- *Estrategia de intervención*: desencadenamiento del efecto red; promoción de comisiones encargadas de la solución de problemas específicos; técnicas basadas en el manejo de procesos inconscientes.
- *Orientación*: dinámica.
- *Indicaciones*: sólo para problemas muy graves en los que otros medios más simples hayan fracasado.

Curtis, 1974

- *Denominación de la intervención*: Solución Generalizada de Problemas.
- *Participantes*: (de la Figura 2) personas de las zonas 1 y 5, familia nuclear y profesionales de Servicios Sociales. Grupos de 3-4 personas.
- *Fases del proceso*: reunión de la red, definición del problema, identificación y generación de recursos para el cambio, contrato para el cambio, evaluación del contrato y finalización.
- *Estrategia de intervención*: utilización y coordinación de todos los recursos sociales disponibles (profesionales y para-profesionales).
- *Orientación*: Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones*: no se citan.

Garrison, 1976

- *Denominación de la intervención*: Sesión de Red.
- *Participantes*: (de la Figura 2) personas de las zonas: 1, 2, 3 y 5, todas aquellas personas con una alta significación emocional para la familia nuclear; entre 5 y 20, con un óptimo de 12 personas.
- *Fases del proceso*: recopilación informal de datos, lista de quejas, transformación de las quejas en metas para el cambio, desarrollo de un único modelo de toma de decisiones, "reciclaje" si fuera necesario.
- *Estrategia de la intervención*: instalar al grupo en un funcionamiento consciente capaz de negociar relaciones contractuales.
- *Orientación*: técnicas de asesoramiento y de Modificación de Conducta.
- *Indicaciones*: situaciones problemáticas de todo tipo previo acuerdo.

Attneave, 1976

- *Denominación de la intervención*: Terapia de la Red Comunitaria.
- *Participantes*: (de la Figura 2) personas de las zonas: 1 y 5, familia nuclear y representantes de los Servicios Sociales. - *Fases del proceso*: no se especifican.
- *Estrategia de la intervención*: mejorar las relaciones de la familia con los Servicios Sociales, poner al paciente en contacto con aquellos servicios que necesite o demande.
- *Indicaciones*: no se especifican.

Cohen y Sokolovsky, 1978

- *Denominación de la intervención*: Construcción de Redes.
- *Participantes*: (de la Figura 2) zonas 1 y 5, paciente y la nueva red en la que se va insertar. No se especifica número de participantes de la entrevista.
- *Fases del proceso*: no se especifican.
- *Estrategia de la intervención*: aumentar (o crear totalmente) el número de personas que componen una red.
- *Orientación*: Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones*: pacientes con una fuerte privación social.

Erickson, 1984

- *Denominación de la intervención:* Redes de Vecinos Naturales y Redes de Vecinos Entrenados.
- *Participantes:* (de la figura 2) zona 5, grupos sociales y Servicios Sociales.
- *Fases del proceso:* localización de individuos de una población que sean considerados especialmente útiles, estrechar los lazos entre ellos y con los servicios sociales, (eventualmente) entrenarles en habilidades de consejo y de remisión a Servicios Sociales.
- *Estrategia de la intervención:* funcionar como una red de acción temprana, reducir el número de demandas a los servicios sociales.
- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* formación de redes de acción temprana.

Schoenfeld, 1984 y 1988

- *Denominación de la intervención:* Terapia de Redes.
- *Participantes:* (las 5 zonas de la Figura 2). De 15 a 60 personas.
- *Fases del proceso:* sesión previa de evaluación, convocatoria de la red, re-conexión de la red, cambio del locus de responsabilidad.
- *Estrategia de intervención:* educativa (informar a la red de los problemas del adolescentes y de estrategias de afrontamiento adecuadas), pragmática (responsabilizar y organizar la red en relación con los problemas del paciente y de sus familia), preventiva (identificar los recursos de la red).
- *Orientación:* metodología propia de la Terapia de Redes -intervenciones psicosociales-, (creación de comisiones encargadas de solucionar los problemas).
- *Indicaciones:* problemas graves en los que los medios más tradicionales hayan fracasado.

Wells y Singer, 1985

- *Denominación de la intervención:* Desarrollo de las redes de ancianos institucionalizados
- *Participantes:* (de la Figura 2) las zonas 1, 2, 3 y 5, ancianos, familia nuclear y extensa, los Servicios Sociales y grupos sociales en general. Se entiende que en el programa intervienen todos los ancianos de una residencia.
- *Fases del proceso:* desarrollo de las relaciones entre la red de ancianos institucionalizados, creación de nuevas redes con nuevos cometidos, creación de redes de residentes/profesionales de la Institución, desarrollo de la red residentes/familia extensa, creación de redes de residentes/grupos sociales externos a la Institución.
- *Estrategia:* intervenciones psicosociales y educativas.
- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* ancianos institucionalizados.

Hutchison et al., 1986

- *Denominación de la intervención:* Creación de Redes Multidimensionales para Familias sin Hogar.
- *Participantes:* (de la Figura 2) zonas 1 y 5, familias y Servicios Sociales.
- *Fases del proceso:* estadio crítico, estadio de estabilización, estadio de re-ubicación y seguimiento.
- *Estrategia de la intervención:* creación de relaciones familia sin hogar/familia extensa, mejora de la relación familias/Servicios Sociales, desarrollo de redes entre los distintos Servicios Sociales.

- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* familias sin hogar.

Tracy y Whittaker, 1987

1)

- *Denominación de la intervención:* Programas de Apoyo Familiar.
- *Participantes:* familias con diversidad de problemas. No se especifica número.
- *Fases del proceso:* no se especifica.
- *Estrategia de la intervención:* ofrecer apoyo emocional (visitas domiciliarias de apoyo), material (cuidado pediátrico) y de información (escuela de padres) de forma temprana, así como ligar a las familias a otras fuentes formales e informales de apoyo.
- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* familias con problemas diversos.

2)

- *Denominación de la intervención:* Ayudas de la Red.
- *Participantes:* (de la Figura 2) las zonas 1, 2, 3 y 5, familia nuclear, extensa y grupos sociales no-profesionales.
- *Fases del proceso:* evaluación de la red, reclutamiento de la red, entrenamiento de miembros de la red, asignación de tareas y actividades.
- *Estrategia de la intervención:* apoyar y servir como fuente de recursos para familias.
- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* problemas infantiles y como complemento a otros servicios prestados por Instituciones.

(*) El encuadramiento de las distintos tipos de intervención dentro de escuelas tradicionales no es más que aproximada, tiene, únicamente, un sentido propedéutico.

Cuadro 1. Distintas modalidades de Intervención en y con redes sociales

3.1. Tipos de intervenciones de redes:

Erickson (1984), ha elegido una fórmula simple para agrupar los distintos tipos de intervenciones, distingue entre aquellas que:

A) Crean una red (aumentando el número de sus miembros): se utiliza esta modalidad cuando el paciente se encuentra profundamente deprivado de vínculos sociales o cuando éstos son especialmente perjudiciales.

Situaciones tan diversas como las de emigración, excarcelación, divorcio, enfermedad crónica, ancianidad, etc., conllevan, entre otras cosas, una falta de relaciones sociales. En estos casos la intervención de red se organiza a partir de la zona extensa (zona 5, ver figura 2) que es la que, por lo menos en las sociedades occidentales, siempre existe. Su finalidad doble corresponde a su doble composición (en grupos sociales e Instituciones): completar (a través de los grupos sociales) las otras cuatro zonas utilizando personas conocidas en la zona extensa y/o mejorar la eficacia en la utilización de los servicios que ofrecen las Instituciones. En el cuadro 1 hemos recogido intervenciones que tienen ambas finalidades: por ejemplo la de Cohen y Sokolovsky (1978), sirven para completar la red, su denominación,

“Construcción de Redes”, lo indica claramente. Se trata, en este caso, de proveer al paciente de una red sustitutoria con la que desarrollar las relaciones. En unas ocasiones esta red toma la figura de una familia de acogida, en otras es un hospital de día, o un hogar protegido en el que viven pacientes crónicos (o agudos en reinserción). Dentro de estos nuevos ambientes los pacientes aprenden estrategias de relación menos perjudiciales de las que hasta entonces utilizaban.

El objetivo de Attneave (1976), (“Terapia de la Red Comunitaria”), es el de mejorar la eficacia de la familia en su trato con las Instituciones mediante la cuidadosa selección de las más apropiadas para cumplimentar sus problemas. El “terapeuta”, en este caso, tiene que tener un conocimiento exhaustivo de los recursos sociales de su medio y orientar a la familia hacia esos recursos, su función es, por lo tanto, mediadora.

B) Potencian la red (aumentando la eficacia de la que ya tiene el paciente): en estos casos el paciente dispone de una red que, por la razón que sea, no se ha activado lo suficiente como para ayudarlo a la solución de sus problemas. El presupuesto fundamental es que si se reorganiza de forma diferente podrá cumplimentarlos. Ejemplos en el cuadro I, son los de Auersweld (1971), Speck y Attneave (1973), Curtis (1974), Garrison (1976), Rueveni (1979), Schoenfeld (1984 y 1.988), Wells y Singer (1985), Hutchison et al. (1986) y, en cierta medida, también Tracy y Whittaker (1987). En algunas se asume que el síntoma del paciente es expresión de un funcionamiento perturbado de la red, la literatura sobre trastorno mental y red social puede suministrar argumentos empíricos al respecto.

La intención con que fueron diseñadas las intervenciones varía de forma ostensible: las de Speck y Attneave, Rueveni y Schoenfeld, son contempladas como intervenciones en crisis para emplearse cuando métodos más tradicionales y simples fracasaron. Se trata de utilizar los recursos del grupo cuando la familia nuclear ha perdido el control y los profesionales quieren evitar la institucionalización. Por eso se emplean redes enteras, congregándose un número considerable de personas (50-80) que ejercen ese control mediante el trabajo de comisiones creadas *ad hoc* para cada problema. Este tipo de solución es tanto más posible cuanto más angustiante y grave sea el problema, lo que a su vez, quizás, justifica la alta tasa de imposición (control) de las comisiones, frente a las estrategias de negociación y contrato de otras intervenciones.

Dentro de este mismo apartado, el resto de las terapias que no son de intervención en crisis, realizan un tipo de intervención compleja: potencian la red existente, amplían el número de las relaciones dentro de la red, crean nuevos contactos y mejoran la relación de la familia con los servicios sociales y de los distintos servicios con la familia. Esta última función fue, probablemente, introducida en el campo de la Psicoterapia por la Terapia Familiar Sistémica, reconociendo el tipo especial de problemas que se genera en la familia y en los Servicios Sociales cuando, por la especial naturaleza del problema del paciente, son varias las

instituciones que le prestan servicios.

Erickson (1984), añade a la potenciación un énfasis muy querido por toda la literatura de redes: la prevención. Las redes vecinales tienen por objetivo localizar de forma temprana los problemas contenerlos dentro de la propia organización comunitaria y, de no ceder, remitirlos a los servicios especializados. El esquema es muy ambicioso y se reivindica como una estructuración de la atención comunitaria cuyo primer escalón viene ocupado, no por servicios sociales profesionales, sino por grupos sociales organizados de forma para-profesional y con cierta capacidad resolutoria. El problema implícito es si el tipo de ayuda que da una red profesionalizada es de la misma naturaleza, y sobre todo, ejerce la misma función que las redes de servicios sociales naturales.

Añadir, únicamente, que los tres tipos de redes personales y los tres de acción mencionados, permiten al profesional estimar qué es lo que puede esperar y pedir a dichas redes. Basándose en la Figura 2, Mansell Pattison (1977) ha propuesto la siguiente categorización de intervenciones que llama psicosociales:

- Unidad familiar primaria (1ª zona): las intervenciones posibles en esta zona: son la terapia de pareja, la terapia familiar (de la familia nuclear) y la terapia familiar múltiple (varias familias).

- Sistema psicosocial íntimo (zonas 1 y 2): se interviene en estos casos sobre el sistema psicosocial funcional. Es una terapia cuyo objetivo es cumplimentar las necesidades de la familia extensa.

- Sistema psicosocial temporal (zonas 1 y 2): se trata de sustituir de forma temporal un sistema perjudicial para un paciente (esquizofrénico, sociopata, drogadicto, etc.) por un grupo más sano. El terapeuta no trata directamente al paciente, es el sistema sustitutorio el que lo hace. La intervención de Cohen y Sokolovsky (1978), puede ser un ejemplo (ver Cuadro 1).

- Sistema ecológico (zonas 3, 4 y 5): se ofrece al paciente una red efectiva que le apoye instrumental y afectivamente. La finalidad es encontrar una congruencia de metas entre las distintas personas que le conocen. Como resultado el terapeuta localiza zonas de recursos en la red del paciente y le ayuda a utilizarlos, funcionando como coordinador de sistemas. La intervención descrita por Erickson (1984), puede ser un ejemplo (ver Cuadro 1).

- Sistema de parentesco sustitutorio (zonas 3 y 4): el problema que se enfrenta aquí es el de la persona que carece de red social. La intervención tiene dos subtipos:

- a) Sistema sustitutorio parcial continuado: son grupos de auto-ayuda que prestan algún servicio en relación con un determinado problema (alcoholismo, drogas, divorcio, abuso de menores, etc.).

- b) Sistema sustitutorio por tiempo limitado: se ofrece una red completa sustitutoria por un tiempo limitado. Este tipo de intervención se presta a pacientes que están pasando por un período crítico.

- Sistema asociado (zonas 4 y 5): es el tipo de ayuda que otorgan los grupos

de voluntarios (amigos del bar, pandillas, etc.) o sistemas más organizados (grupos de parroquias, clubs sociales, etc.), se trata de una ayuda más instrumental que afectiva. Los Programas de Ayuda Familiar y de Ayudas a la Red descritos por Tracy y Whittaker (1987), pueden servir de ejemplos (ver Cuadro 1).

Hurd et al. (1981), han propuesto que las intervenciones se agrupen de acuerdo con las dos tareas clínicas más importantes:

1. El cambio de los componentes funcionales de la red.
2. El cambio de la estructura de la red mediante el fortalecimiento (o debilitamiento) de ciertos vínculos.

Igualmente puede dividirse la tarea clínica en:

1. El cambio de la función (o de la posición) de los pacientes en la red
2. El cambio de la función y estructura de la red residual.

Los cuatro criterios permiten confeccionar una matriz con 4 tipos de déficits de la red y 4 tipos de intervención. La Figura 3, la recoge.

		CATEGORIAS DE INTERVENCION			
		Conducta del paciente	Estructura de la red	Aumento de coordinación	Reemplazamiento
DEFICITS DE LA RED	Función del Ego		A		
	Función Residual			B	C
	Ego Estructural		D	E	
	Estructura Residual			F	

- **Función del Ego:** la función y los recursos de la red no constituyen un problema, pero el paciente experimenta dificultades para cumplir los compromisos que la red le pide.
- **Función residual:** la totalidad de la función de la red está perturbada, constituyendo la conducta del paciente un reflejo de la perturbación.
- **Ego estructural:** los sujetos se ven restringidos en sus actividades en la red por la restricción de sus vínculos sociales.
- **Estructura residual:** en el supuesto de que el sujeto que ocupa un papel central no pueda seguir desempeñando dicho papel, la red queda deprivada de funciones que son críticas, pérdida que puede extenderse a los restantes miembros de la red.

Figura 3. Tipos de Intervención en Redes en función de déficits de la red y de categorías de intervención. (Fuente: Hurd, et al., 1.981; pág. 253)

Las intervenciones serían las siguientes:

1. Problemas en la función del ego (modalidad A de intervención): el supuesto es que el sujeto carece de las necesarias habilidades de relación. La intervención busca cambiar la función del sujeto en la red mediante el cambio de sus rutinas de interacción con ella.

2. Problemas de Funciones Residuales: en estos casos los sujetos tienen suficientes habilidades de interacción pero carecen de la red. Se realizan dos tipos de intervenciones (ver Figura 3):

- Modalidad B: cuya meta es coordinar y aumentar los esfuerzos de la red social existente para generar acciones sociales significativas para el sujeto. Un ejemplo de este tipo de intervención es la de Garrison (1976), (ver Cuadro 1).

- Modalidad C: al sujeto carente de suficientes relaciones sociales se le reinstala en una nueva red social, que puede ser un grupo de auto-ayuda tipo Alcohólicos Anónimos, por ejemplo.

3. Problemas Ego-estructurales: el supuesto es que los sujetos con estos problemas ven restringidas sus actividades en la red por la pérdida de alguna función en ella (por ejemplo, por divorcio). En estos casos se acude, igualmente, a dos tipos de intervenciones:

- Modalidad D: se le enseña a reconocer la estructura de la red y su posición en ella.

- Modalidad E: se reestructura la red mediante cambios en un número restringido de interacciones.

4. Problemas de Estructuras Residuales: alude a los problemas que se crean en una red cuando quien ocupaba un papel central desaparece. Se postulan dos modalidades de intervención:

- Modalidad F: se trata de una remodelación de la red por entero mediante técnicas como la llamada "Asamblea de Red" (Speck y Attneave, 1973 y Rueveni, 1979), de esta forma se dota al paciente de una nueva matriz social.

- Modalidad G: refleja la necesidad de regenerar la red social de aquellos individuos que la perdieron por algún motivo, como, por ejemplo, la emigración o la salida de instituciones.

Finalmente, Rook y Dooley (1985), han aportado un modelo en el que las intervenciones se ubican en relación a tres conjuntos de variables:

1. déficits de Apoyo Social: en cantidad, cualidad y utilización
2. táctica a utilizar: intervención comunitaria o intervención individual
3. población a la que se dirige la intervención: a la población en general o sólo a individuos estresados.

3.2. Objetivos de las intervenciones en la red social:

A tenor de lo que hemos venido diciendo en el epígrafe anterior y en el Cuadro 1, los objetivos podemos resumirlos en los siguientes:

1. Control: es la finalidad característica de las intervenciones en crisis (Asamblea de Red, Sesión de Red, Terapia de Redes). La estrategia pasa por plantear el problema del paciente a su red social como una forma de evitar su institucionalización. Las soluciones que normalmente se ofrecen no van por la toma de conciencia de nada, sino más bien por forzar ciertas conductas; no se trata tanto de negociar soluciones con el paciente, como de imponérselas. El instrumento que utiliza la red para la realización de sus tareas, y para ejercer su control, son las comisiones creadas en su seno. El proceso de solución del problema pasa, necesariamente, por las fases descritas por Schoenfeld (1984 y 1988): percepción de la red como formando una unidad (a través del aumento de las relaciones mutuas y del éxito en las tareas que se imponen) y la asunción del problema del paciente como propio. Subsidiaria a ambas fases se produce un efecto terapéutico en toda la red, clínicamente documentado aunque no empíricamente, de tipo, en ocasiones, preventivo.

2. Desarrollo de relaciones: el aumento de los intercambios en la red es condición necesaria para volverla operativa con respecto de un problema. Ciertas intervenciones, no obstante, buscan el desarrollo de las relaciones de la red con otros grupos sociales e Instituciones. Resultan más importantes los grupos de auto-ayuda, que brindan algún apoyo en relación con un problema (Alcohólicos Anónimos, Asociaciones de Depresivos, Asociaciones de Padres con hijos Minusválidos, etc.), aunque no se desprecia el tipo de apoyo que brindan ciertos grupos puramente recreativos (clubs sociales, por ejemplo). Lo importante en estos casos es establecer una correcta relación funcional: que el paciente (o familia) reciba la prestación que brinda el grupo social. Esta es la estrategia de intervenciones como las de Tracy y Whittaker (1987) descritas en el cuadro 1. A veces se pretende utilizar los grupos recreativos y de auto-ayuda para reconstruir la red de un paciente que carece de ella (o que la tiene muy empobrecida), es el caso de Cohen y Sokolovsky (1978). Sin embargo la estrategia más común es la mixta: aumentar la red y establecer relaciones nuevas; un ejemplo puede ser el trabajo de Wells y Singer (1985) (ver Cuadro 1).

Con las Instituciones el problema es similar. Se trata de que el paciente (la familia) sepa ponerse en contacto con la(s) Institución(es) adecuadas a los problemas que tienen. Aquí no se contempla la posibilidad de reconstruir la red a partir del contacto con ellas.

En ambos casos, instituciones y grupos sociales, es de notar que la función del profesional es muy especial: no se trata tanto de ejercer una función de cambio directa sobre el paciente o la familia como de mediar entre ésta y la sociedad. Su función es conocer muy precisamente los recursos sociales de su comunidad, poner a la familia en contacto con ellos y controlar el desarrollo y la eficacia de ese contacto.

3. Coordinación: cuando se trabaja con muchas personas, grupos sociales e instituciones, el tema de la coordinación es prioritario. En intervenciones como las

de Asamblea de Red, Sesión de Red y Terapias de Redes, se consigue a través del trabajo de las comisiones y mediante reuniones de toda la red (o de gran parte de ella). Los terapeutas ejercen una función de seguimiento del trabajo de las comisiones y de asesoramiento ocasional.

En estas circunstancias de multiplicidad resulta fundamental, además, que no se presten servicios paralelos o, peor aún, evitar respuestas incompatibles a un mismo problema. Estas situaciones se presentan tanto dentro de una misma Institución como en tratamiento ambulatorio. En ambos casos la función del profesional es la de propiciar un marco de encuentro entre los distintos profesionales y la familia en donde se discuta qué es lo que va hacer cada uno. No se trata tanto de coordinar profesionales (lo que suele despertar suspicacias), como de ofrecerles el marco de discusión desde el que ellos mismos se coordinen.

4. Prevención: ya hemos mencionado cómo se produce la prevención cuando hablábamos del tema del control. Hay, no obstante, intervenciones de red que tienen funciones estrictamente preventivas, como la Wells y Singer (1985) con ancianos institucionalizados. O como los Programas de Ayuda Familiar y los de Ayudas de Red, pensadas como intervenciones en situaciones de alto riesgo en las que un problema todavía no se ha declarado. Funciona como prevención secundaria la intervención de Erickson (1984) en la que se entrenan a vecinos de un barrio para localizar, dar consejo y remitir a personas que tienen problemas. 5. Redes sustitutorias: puede utilizarse una red para sustituir totalmente a otra que se ha deteriorado profundamente o ha desaparecido por causas traumáticas. La intervención de Cohen y Sokolovsky (1978) es de éste carácter. Las intervenciones en la que se busca una familia por un tiempo limitado (o no) para niños sujetos a malos tratos, huérfanos, etc., son otros tantos ejemplos. En nuestro País el programa de Familias de Acogida puesto en marcha por la Cruz Roja tiene este sentido.

3.3. Evaluación y técnicas de intervención.

Finalmente nos gustaría poner de relieve un par de cuestiones técnicas a las que ya hemos aludido pero que conviene presentar de forma sistemática. La primera se refiere a la evaluación. Se utilizan fórmulas de evaluación de la red muy diferentes de las que tenemos al uso en la terapia individual, en la terapia de grupos y en la familiar. El Cuadro 2 refleja la situación.

	EVALUACION	TECNICAS	FUNCIONES DEL TERAPEUTA	LUGAR CONTROL CAMBIO
ESCUELAS				
MC	Deficit-Excesos conductas	Entrenamiento (tareas)	Información=Control (1)	Terapeuta, paciente (2)
P. Dinámica	Psicodinámica interna	Toma de conciencia	Analizar, interpretar	Terapeuta, paciente
TF (3): MRI	Soluciones intentadas	Paradójias, tareas, metáforas	Estratégicas	(Terapeuta), paciente, nadie
TF: Estructural	Pautas de interacción	Tareas, (paradojas)	Ruptura de pautas	Terapeuta, paciente, (nadie)
TR: Asamblea de Redes	Fases efecto red	Comisiones "ad hoc"	Desencadenar y controlar el efecto red. Control	El grupo social
TR: Terapia de la Red Comunitaria	Estado de coordinación de los servicios sociales	Comisiones "ad hoc"	Información y control	El grupo
TR: Construcción de Redes	Grado de carencia de una red	Tareas	Información y control	Las Instituciones
(*) : evaluación entendida como diagnóstico (1) : Realiza funciones de información y control en el mismo grado (2) : El control es ejercido primero por el terapeuta y después por el paciente (3) : TF: Terapia Familiar				

Cuadro 2. Comparación entre distintos tipos de terapias: individuales, de familia y de redes.

A la vista de los Cuadros 1 y 2, podría establecerse la siguiente regla: si la red es convocada para resolver el problema de uno de sus componentes, cuanto mayor es el número de personas convocadas (y por lo tanto más grave es el problema), mayor importancia adquiere la evaluación de la fase en que se encuentra la red en relación con la solución del problema y menos sus condiciones estructurales y funcionales. Cuando la menor gravedad del problema hace innecesario convocar a toda la red y basta con un grupo escogido, los criterios son: evaluación de la interacción del grupo (utilizando una fórmula parecida a la de la Terapia Familiar Sistémica); características estructurales y funcionales y/o motivación para ayudar a quien tiene el problema. La consecuencia podría ser que cuando los grupos son muy amplios, o en un sentido más general, cuando se cambia la unidad sobre la que se va a actuar hay que cambiar igualmente los elementos a evaluar, no vale la mera

transposición de un tipo de evaluación válido en una unidad para otra unidad-paciente.

Algo parecido sucede con las técnicas de intervención: cuanto más grave es el problema más se confía en la capacidad resolutoria de las comisiones creadas para los distintos problemas del paciente. El presupuesto es que la capacidad de control, de persuasión y de presión que puede llegar a ejercer el grupo social es mayor que la del profesional. Cuando el problema es menor, las técnicas descansan en relaciones contractuales entre los miembros de la red. Quizás pueda afirmarse lo mismo: si cambiamos la unidad-paciente sobre la que actuamos (sujeto, grupo, pareja, familia, red, etc.), paralelamente es posible que nos veamos obligados a desarrollar nuevas técnicas ajustadas a la unidad, la mera transposición de las apropiadas a otra unidad pueden no servir.

4. CONCLUSIONES

1. Existe la suficiente literatura empírica sobre las relaciones entre Apoyo Social y Salud Mental como para justificar el empleo de las redes sociales para la solución de los problemas y los trastornos mentales de las personas.

2. Las fórmulas empleadas para analizar lo que es la red social, nos permiten diseñar distintos tipos de estrategias dependiendo del problema del paciente.

3. Las diferentes intervenciones de red parecen apuntar a los siguientes objetivos: control (de situaciones peligrosas para un paciente); desarrollo de relaciones (intra-red y de la red con el exterior); coordinación de servicios sociales que se prestan a una familia; prevención y sustitución temporales o definitivas de redes muy pobres. 4. Cuando lo que se trata es resolver un problema grave mediante una intervención de red, parece que se opta por: convocar a toda la red, evaluar la etapa de la terapia y utilizar una comisión para cada uno de los problemas. Cuando la situación es menos grave se opta por un uso restringido de la red, evaluar aspectos estructurales y/o funcionales y utilizar técnicas de contrato.

5. No obstante el desarrollo clínico de las intervenciones de redes subsiste el problema de encontrar sus indicaciones. Algunos criterios parecen claros: no son técnicas de amplio espectro (no sirven para todos los problemas); se están utilizando para el tratamiento de poblaciones tradicionalmente aisladas socialmente; cuando la abundancia de recursos socio-institucionales con que cuenta un paciente amenaza la eficacia de una prestación y cuando los problemas son muy graves y otras intervenciones más simples fracasaron.

En el presente trabajo se desarrolla lo que son las Intervenciones en Redes Sociales. Se parte del estudio de lo que es el Apoyo Social (Apoyo Social) y sus

relaciones con la Salud Mental, sentando con ello las bases empíricas que justifiquen su uso terapéutico. A continuación se analiza lo que es una red social y sus características y, finalmente, se abordan distintas formas de intervenir en redes, completando el análisis con un estudio de diferentes taxonomías de intervenciones.

Palabras clave: apoyo social, red social e intervención en redes sociales.

Referencias Bibliográficas:

- AUERSWELD, E.H.: (1971) Families, change and the Ecological perspective. *Family Process*, 10, 263-280
- ATTNEAVE, C.: (1976) Social networks as the unit of intervention. In P.J. GUERIN: *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press.
- BACKER, Th.E., LIBERMAN, R.P. & KUEHNEL, T.G.: (1986) Dissemination and adoption of innovative Psychosocial Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 111-118
- BARRERA, M.: (1986) Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 4, 413-445
- CURTIS, W.R.: (1974) Team problem-solving in a social network. *Psychiatric Annals*, 4, 11-27
- DOHRENWEND, B.P., LEVAV, I., SHROUT, P.E., LINK, B.G., SKODOL, A.E. & MARTIN, J.L.: (1987) Life stress and psychopathology: progress on research begun with Barbara Snell Dohrenwend. *American Journal of Community Psychology*, 6, 677-715
- ELKAIM, M.: (1989) *Las prácticas de la Terapia de Red*. Barcelona: Gedisa.
- ERICKSON, G.D.: (1984) A framework and themes for Social Network Intervention. *Family Process*, 2, 187-197
- FOULKES, E.F.: (1981) Social Network Therapies and society: an overview. *International Journal of Family Therapy*, 3, 316-321
- GARRISON, J.E.: (1981) Clinical construction of action social networks. *International Journal of Family Therapy*, 2, 258-267
- GARRISON, J. E. & HOWE, J.: (1976) Community intervention with the elderly: a social network approach. *Journal of the American Geriatric Society*, 24, 329-333
- GOTTLIEB, B.H.: (1987) Marshalling social support for medical patients and their families. *Canadian Psychology*, 3, 201-217
- GREENBLATT, M., BECERRA, R.M. & SERAFETINIDES, E.A.: (1982) Social Networks and Mental Health: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 977-984
- HALEVY-MARTINI, JOURNAL, HEMLEY van der VELDEN, E., RUFH, L. & SCHOENFELD, P.: (1984) Process and strategy in Network Therapy. *Family Process*, 4, 521-534
- HAWKINS, J.D. y FRASER, M.W.: (1985) Social networks of street drug users: a comparison of two theories. *Social Work Research and Abstracts*, 3-12
- HIRSCH, B.J.: (1980) Natural Support Systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 2, 159-172
- HOLMBERG, I. y PERSSON, G.: (1986) Mental disorder at seventy in relation to social factors and attitudes during life. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 74, 168-177
- HURD, G.S., MANSELL PATTISON, E. y LLAMAS, R.: (1981) Models of Social Network Intervention. *International Journal of Family Therapy*, 2, 246-257
- HUTCHISON, W.J., SEARIGHT, P. y STRETCH, J.J.: (1986) Mutidimensional networking: a response to the needs of homeless families. *Social Work*, 6, 427-430
- KRAUSE, N.: (1987) Life stress, social support and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging*, 1, 1-8
- LLAMAS, R., MANSELL PATTISON, E. & HURD, G.: (1981) Social Network: a link between psychiatric epidemiology and Community Mental health. *International Journal of Family Therapy*, 180-192
- MANSELL PATTISON, E.: (1976) *Psychosocial System Therapy*. New York: Spectrum Publications.

- MANSELL PATTISON, E. (1977). Clinical Social Systems Intervention. *Psychiatry Digest*, 4, 25-32
- MANSELL PATTISON, E., DE FRANCISCO, D., WOOD, P., FRAZIER, H. & CROWDER, J.: (1975) A psychosocial kinship model for Family Therapy. *American Journal of Psychiatry*, 1246-1251
- McINTYRE, E.L.G.: (1986) Social networks: potential for practice. *Social Work*, 421-426
- MITCHELL, M.E.: (1989) The relationship between social network variables and the utilization on Mental Health services. *Journal of Community Psychology*, 17, 258-266
- MUELLER, D.P.: (1980) Social Networks: a promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*, 14A, 147-161
- NAVARRO GONGORA, J.: (1981) La intervención terapéutica desde el punto de vista sistémico. *Clínica y Análisis Grupal*, 30, 539-545
- PAEZ, D. et al.: (1986) *Salud Mental y factores psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- REISS, D. y OLIVERI, M.E.: (1983) The family's construction of social reality: an exploration of causal direction. *Journal of Marriage and the Family*, 81-92
- ROOK, K.S. y DOOLEY, D.: (1985) Applying social support research: theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues*, 1, 5-28
- RUEVENI, U.: (1979). *Networking families in crisis*. New York: Human Science Press.
- RUHF, L.L., HALEVY-MARTINI, J., DOTT, P., SCHOENFELD, P. y VELDEN, van der: (1984) Core issues in network therapy for schizophrenic clients and their social networks. *Manuscrito*, 33 pags.
- SCHOENFELD, P.: (1984) Network Therapy: clinical theory and practice with disturbed adolescents. *Psychotherapy*, 1, 92-100
- SCHOENFELD, P. (1988) Network Therapy: natural social support for young adults with mental disorders. *The Lines*, 1, 1-3
- SCHOENFELD, P., HALEVY-MARTINI, J., VELDEN, H. van der & RUHF, L.: (1985) Network Therapy: an outcome study of 12 social networks. *Journal of Community Psychology*, 13, 281-287.
- SHINN, M.: (1987) Expanding Community Psychology's Domain. *American Journal of Community Psychology*, 5, 555-574.
- SPECK, R.V. & ATTNEAVE, C.: (1974) *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.
- SPECK, R. V. & SPECK, J.L.: (1979) On network: Network Therapy, Network Intervention and networking. *International Journal of Family Therapy*, 333-337
- TAMIR, L.M. & ANTONUCCI, T.C.: (1981) Self-perception, motivation and social support through the family-life course. *Journal of Marriage and the Family*, 157-160
- TRACY, E.M. y WHITTAKER, J.K.: (1987) The evidence for social support interventions in child and family practice: emerging issues for research and practice. *Children and Youth Services Review*, 9, 249-270
- VEIL, H.O.F. (1985) Do we need the social support concept? -The case for an analytic approach. *Trabajo presentado al WPA. Edimburgo*.
- VEIL, H.O.F. (1985) Dimensions of social support: a conceptual frame work for research. *Social Psychiatry*, 20, 156-162
- VELDEN, H. van der, HALEVY-MARTINI, J., RUHF, L. & SCHOENFELD, P.: (1984) Conceptual issues in Network Therapy. *International Journal of Family Therapy*, 2, 68-81
- WELLS, L.M. y SINGER, C.: (1985) A model for linking networks in social work practice with the institutionalized elderly. *Social Work*, 318-322
- WESTERMAYER, J. y MANSELL PATTISON, E.: (1979) Social networks and psychosis in a peasant society. *American Psychiatric Association*, 1-12
- WINEFIELD, H.R.: (1987) Psychotherapy and Social Support: parallels and differences in the helping process. *Clinical Psychology Review*, 7, 631-644



NORMAS PARA LA PUBLICATION DE ARTICULOS

1. Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio escritos en una sola cara. Su extensión no podrá exceder de 30 folios, que serán numerados. Se enviarán tres copias del trabajo, y tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado o emplear fotografías de personas identificables.

3. Se adjuntará un resumen de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, a ser posible acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve curriculum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de *Referencias bibliográficas* correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en la lista y viceversa. En el texto se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda.

6. Deberán evitarse en lo posible las notas al pie de página. Cuando existan, deberán escribirse a máquina en hoja aparte, empleando una numeración correlativa. Dicha hoja se añadirá al final del texto.

7. El Comité Editorial se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien en aquellos casos en los que la originalidad o calidad del mismo no se considere suficiente; o también cuando no pueda relacionarse con los temas monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar cinco ejemplares con el artículo publicado o separatas, cuando se editen. En el caso de que el autor precisara un número mayor, el costo de los mismos correrá a su cargo.

9. El Director, el Comité Editorial y el Consejo de Redacción no aceptan responsabilidad alguna sobre los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales. Además, el Comité Editorial no se identifica necesariamente con el contenido de los editoriales firmados.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

SERVEIS PEDAGOGICS S. A.
(Revista de Psicoterapia)
c/. de l'Art, 81 - 08026 - Barcelona
Tel. (93) 235 2311

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago:

- Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso

Firma:

Precio de la suscripción anual para 1991
para España 3.600 pts.
para el extranjero 40 \$ USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Cuenta corriente num.: Libreta núm.:

Banco/Caja

Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

.....
Fecha y Firma:



REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.
c./ de l'Art, 81
08026 BARCELONA
Tel.: (93) 435 2311**