



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA DE  
DISTINTOS MODELOS TERAPÉUTICOS DE  
TERAPIA FAMILIAR.  
LA DIVERSIFICACIÓN DEL PENSAMIENTO  
TERAPÉUTICO**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**TOMOKO YASHIRO ISHIHARA**

DIRECTOR: DR. GILBERTO LIMÓN ARCE



MÉXICO, D. F.

OCTUBRE 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTO

Después de cinco años durante los que me he formado como terapeuta familiar, tuve una necesidad loca y apasionada por escribir todo lo que he comprendido en una forma organizada. El presente trabajo representa el resultado del encontrarme poseída por dicha necesidad, y para realizarlo he contado con el apoyo de varias personas.

Agradezco a México, el país que me ha aceptado de manera increíblemente cálida, en donde crecí, me reí, lloré, así he descubierto varios aspectos de la vida.

A la UNAM le reconozco la sólida formación académica que me brindó en el área de la psicología. Es la primera institución mexicana que me acogió como una estudiante con los mismos derechos y exigencias que otros mexicanos. Agradezco en todo lo que vale el trato que recibí.

Brindo un agradecimiento especial al Dr. Gilberto Limón Arce, quien me ha asesorado con una escucha cálida, su crítica constructiva y discusión abierta. Sus observaciones y comentarios me ayudaron a ampliar el interés en el tema. Igualmente agradezco a la Profa. Patricia Moreno Wonchee, a la Mtra. Silvia Vite San Pedro, la Dra. Patricia Trujano Ruiz y a el Prof. Mario Alberto Patiño Ramírez por sus valiosos comentarios sobre varios aspectos de la tesis. Agradezco especialmente a Profa. Patricia Moreno, quien me recomendó realizar un corte adecuado para esta tesis en la última fase de la elaboración, con lo que se me abrió la visión de una manera que no hubiera podido lograr por mi misma.

Agradezco a mi familia, a mis padres, Takatoshi Yashiro y Masako Yashiro, y a mi hermano, Nobuyoshi Yashiro, sin cuyo apoyo y comprensión no hubiera podido estar aquí con la satisfacción con que me encuentro ahora. Ustedes han sido mi fortaleza, raíz y apoyo.

No sé con qué palabras puedo expresar el tan gran agradecimiento y cariño que tengo a la comunidad del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A. C. (ILEF). Es un lugar donde lleve a cabo los cinco años de mi formación como terapeuta familiar; es ahí donde he recibido incalculable apoyo educativo, emocional, económico, amistad y pertenencia. Agradezco a la mesa directiva por las varias becas y la confianza que me han dado. A todos los docentes por su enseñanza, por la discusión abierta —y no

menos por quitarme el complejo de mi "japoñol"—. A todos mis compañeros por su amistad: realmente siento la gran convivencia que tuvimos de muchas, muchas cosas, y gracias por todo lo que me permitieron aprender de ustedes; a Susi, Carmen, Mari, Gabi, a la Señora Herminia, por su constante apoyo emocional y calidez. Doy las gracias a las familias atendidas en el ILEF por su enseñanza y por toda su confianza. Mando un especial agradecimiento a mis tres supervisoras: a Ofelia Desatnik y Ana Franklin por introducirme de manera cálida al primer año de mi práctica clínica; a Emily Sued por los numerosos apoyos que me ha brindado, tanto en el aspecto académico como en el emocional; a los profesores Ignacio Maldonado, Jorge Pérez, Bárbara Amunátegui, Esther Althaus, Estela Troya por despertar en mí el interés por el estudio de la epistemología, que es alma de esta tesis. A Adriana Segovia, Maribel Nájera y Maricela Gallardo por el apoyo que dieron a la realización de mi servicio social en la sección clínica.

Especialmente mil gracias a Angélica, Estela, Lucía, Mercedes, Leticia, Carolina, Socorro, Alicia, Mari, Miriam, Gloria, Marisol, Adrián, Ana Laura, Ana Solís, Socorro, Marta, Luz, Alba, Karla, Juan Antonio, Mónica, Bárbara, Luis, pues aprendí con ustedes y de ustedes, de quienes recibí amistad, mucho ánimo, cariño, apreciación, confianza y consolación.

Mil gracias a Marta Haces, quien me ha apoyado varias veces en los momentos en que he tenido dificultades. A Cristina Riveros: su presencia en mi vida ha sido muy importante.

También agradezco a todos los que fueron mis compañeros en la UNAM, especialmente a mi querida Jazmín, a Maura, Ivonne, Mariela, Sabina, Karina, Imelda, Verónica, Eiji, Pancho, Juan, Andreas, Nallely, Mariana, Andrea, Claudia, Ursula, Vero, Andrea, Alfonso, Alberto, Miguel, quienes me brindaron apoyo, amistad cálida, a su vez fueron mis maestros de español y me ayudaron a dar mis primeros y aturdidos pasos en la cultura mexicana.

Gracias a la SEP, quien me apoyó económicamente durante cinco años.

Agradezco mucho a la amistad que me han mostrado Arja, Dagmar y Michael, cuyas presencia me han ayudado a cambiar la visión de la vida.

Gracias a mis compatriotas, quienes me han otorgado su amistad y apoyo a lo largo de mi estancia en México, especialmente a Shoki, Chiharu, Sayumi, Makoto, Masanori, Shino, Mayuko, Yoshi, Masami.

Agradezco a Tomoko Ishibashi, quien me introdujo en la terapia familiar; ella me ha brindado amistad, confianza, apreciación, maratones de conversación, interminables discusiones acerca de la vida, de la terapia, de la teoría... Estoy muy agradecida a la vida por haber podido conocerla. El presente trabajo refleja en todo su amistad.

Finalmente, quiero resaltar mi especial agradecimiento a Carlos Hugo Perezmurphy, quien me ha acompañado por todo el proceso de la elaboración de esta tesis. Sin su presencia no hubiera podido realizar este trabajo. No puedo olvidar todo el apoyo emocional que he recibido, y tampoco las innumerables discusiones teóricas que hemos realizado. Has sido un compañero ideal en todo este proceso.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objeto reflexionar en torno a la diversificación del pensamiento terapéutico desarrollada en el área de la terapia familiar sistémica durante las primeras tres décadas de su historia. Para este fin, se establece la contextualización de distintos planteamientos terapéuticos, cada uno de los cuales permite ubicar sus respectivas propuestas, temporal y geográficamente, en un esquema cronológico que contiene las tres décadas.

Me baso en la definición de Nicola Abbagnano, según la cual el contexto es "el conjunto de supuestos que hacen posible aprehender el sentido de un enunciado". Es decir, por medio de este trabajo se busca el conjunto de supuestos que hacen posible comprender tanto los significados de la diversidad del pensamiento como los de cada propuesta terapéutica.

La terapia familiar sistémica se ha desarrollado tras los esfuerzos de investigadores que han buscado aplicar los principios de la cibernética o de la teoría general de los sistemas, en la comprensión de los problemas emocionales y relacionales de las personas. Esto representó un cambio epistemológico revolucionario en la comprensión psiquiátrica de los años cincuenta. Dentro del área de la terapia familiar, durante los cincuenta años de su historia, han sido planteados diversos modelos de intervención, entre los cuales se observan diferencias marcadas, tanto en lo que respecta a las técnicas de intervención sugeridas, como a sus conceptos epistemológicos principales. Debido a su extensión, el presente trabajo se concentra en la descripción de las primeras tres décadas, aunque el proyecto abarca la investigación de la historia de la terapia familiar desde el inicio hasta la fecha.

La contextualización permite ver los diversos factores que han influido en la construcción de cada pensamiento terapéutico, tales como la historia personal de cada autor, el interés sociopolítico de cada momento, el desarrollo teórico en otras áreas de la ciencia, las diferentes condiciones sociodemográficas de los pacientes atendidos por cada autor, entre otros temas.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
-------------------	---

## CAPÍTULO 1. LOS AÑOS CINCUENTA: LOS INICIOS DE LA TERAPIA FAMILIAR.....9

1-1 Proyecto Bateson y el estudio de la comunicación .....	11
1-2 La hipótesis del <i>doble vínculo</i> y la esquizofrenia.....	14
1-3 El modelo cibernético, el estudio de la comunicación y la comprensión psiquiátrica.....	20
1-4 Los cincuenta en la historia de la psiquiatría estadounidense.....	24
1-5 El significado del planteamiento del grupo Bateson en este contexto .....	26
1-6 Algunos conceptos claves para comprender el cambio epistemológico introducido en la psiquiatría al aplicar el modelo cibernético.....	28
1-7 Otros autores importantes relacionados con el inicio de la terapia familiar.....	37
a) Milton Erickson .....	37
b) Murray Bowen .....	39
c) Nathan Ackerman .....	42
1-8 Un mapa mínimo del desarrollo de la terapia familiar en la década de 1950 .....	43

## CAPÍTULO 2. LOS AÑOS SESENTA: EXPANSIÓN DEL CONCEPTO SISTÉMICO EN RELACIÓN CON EL ESTUDIO DE LA SALUD MENTAL Y LA AMPLIACIÓN DE LOS TEMAS DE INTERÉS .....46

2-1 Aplicación del enfoque sistémico en el servicio comunitario y la intervención en crisis.....	48
2-1-1 El proyecto Wiltwyck y el estudio de las familias pobres .....	48
2-1-2 El interés en el problema comunitario y el modelo ecológico .....	49
2-1-3 Intervención en crisis .....	51
2-2 El movimiento posterior al grupo de Bateson en la década de 1960 y la fundación del Mental Research Institute (MRI).....	53
2-2-1 La fundación del Mental Research Institute y de la revista "Family Process".....	54

2-2-2	Virginia Satir y los cursos de capacitación terapéuticas en el MRI.....	56
2-2-3	Participación de Paul Watzlawick en el MRI y la teoría de la comunicación humana.....	56
2-2-4	Jay Haley y la estrategia de la psicoterapia.....	59
2-2-5	Los conceptos principales en el pensamiento terapéutico del MRI en la década de 1960.....	60
2-2-6	La nueva etapa del MRI. Terapia breve y la participación de Richard Fisch como director del <i>Brief Therapy Center</i> .....	66
2-3	Ampliación del tema de interés durante la década de 1960.....	68
2-3-1	La tipología de la familia.....	68
2-3-1-1	Tipologías de los síntomas.....	69
2-3-1-2	Tipologías de interacción.....	71
2-3-1-3	Tipologías estructurales.....	73
2-3-1-4	Ciclo vital de la familia.....	76
2-3-2	Relación triangular como un nuevo factor de interés.....	78
2-3-2-1	Contribución de Weakland en el nuevo planteamiento de la relación triádica.....	79
2-3-2-2	Contribución de Haley en la relación triangular.....	80
2-3-2-3	El <i>triángulo perverso</i> planteado por Haley.....	81
2-3-2-4	Triángulos que desvían conflictos familiares. Los planteamientos de S. Minuchin.....	83
2-3-2-5	La relación triangular según M. Bowen.....	85
2-4	Las tres distintas líneas del pensamiento terapéutico de la terapia familiar hacia finales de los años sesenta.....	86
2-4-1	Salvador Minuchin y Philadelphia Child Guidance.....	87
2-4-2	El desarrollo de Murray Bowen en la década de 1960 y la aproximación histórica o multigeneracional.....	88
2-5	La teoría cibernética y la teoría general de los sistemas: similitudes, diferencias y confusiones, y su repercusión en la diversificación del pensamiento terapéutico.....	92

### **CAPÍTULO 3. LOS AÑOS SETENTA: LOS CUATRO MODELOS REPRESENTATIVOS.....99**

3-1	La década de 1970 como una etapa de la Segunda Cibernética...101
3-1-1	"Cibernética 2" de Magoro Maruyama: Morfogénesis y Morfoestásis.....102
3-1-2	Influencia del cuestionamiento de Maruyama en el área de la terapia familiar.....103

3-2	Cuatro Modelos Representativos de Terapia Familiar Sistémica en la década de 1970.....	104
3-2-1	El Modelo del MRI (La Terapia Breve Enfocada en la resolución del Problema).....	104
3-2-1-1	Cambio de primer orden, cambio de segundo orden y la formación del problema. ....	106
3-2-1-2	Algunas consideraciones acerca del problema.....	109
3-2-1-3	Formación del problema. ....	110
3-2-1-4	Cuatro pasos que generan el cambio terapéutico.....	112
3-2-2	El modelo Estructural de Salvador Minuchin .....	116
3-2-2-1	El estructuralismo y la terapia familiar estructural.....	117
3-2-2-2	El procedimiento de la intervención en la terapia familiar estructural.....	118
3-2-2-3	La evaluación de la estructura familiar y varios conceptos relacionados .....	120
3-2-2-4	Las técnicas de la intervención estructural .....	126
3-2-3	El modelo Multigeneracional de Murray Bowen.....	133
3-2-3-1	El sistema intelectual y el emocional. ....	135
3-2-3-2	Ocho Conceptos Básicos de la Teoría Familiar Sistémica .....	136
3-2-3-3	El procedimiento de la terapia familiar sistémica de Bowen.....	145
3-2-4	La aproximación sistémica de la Escuela de Milán .....	151
3-2-4-1	La primera etapa de la escuela de Milán: el planteamiento del nuevo modelo terapéutico desde la perspectiva estratégica .....	154
3-2-4-2	Familias con organización paradójica y la Contraparadoja como una estrategia del terapeuta ..	157
3-2-4-3	Connotación positiva: un concepto que facilita la prescripción del síntoma .....	160
3-2-4-4	Rituales.....	163
3-2-4-5	El equipo terapéutico y el uso de la cámara de gesell como un método de la intervención .....	165
3-2-4-6	Terapia Breve a Largo Plazo.....	166
3-2-4-7	La Estructura de las Sesiones Terapéuticas .....	167

**CAPÍTULO 4. EL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS CUATRO MODELOS TERAPÉUTICOS ..... 169**

- 4-1 Diferencias en el modo de enfocarse para la resolución del problema ..... 169
- 4-2 La evaluación de la mejoría terapéutica..... 171
- 4-3 Miembros invitados en la terapia..... 172
- 4-4 El énfasis en el presente como un punto común entre los modelos y el uso de los datos del pasado como un punto de divergencia ..... 175
- 4-5 El énfasis en el cambio de la acción ..... 176

**CAPÍTULO 5. REFLEXIÓN SINTÉTICA DEL DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR DURANTE LAS PRIMERAS TRES DÉCADAS ..... 179**

**BIBLIOGRAFÍA..... 190**

**ÍNDICE ANALÍTICO ..... 195**

## INTRODUCCIÓN

La terapia familiar sistémica tiene aproximadamente cincuenta años de historia. A partir de su inicio, en esta orientación psicológica se han planteado muchas propuestas de tratamiento clínico. En cada una de ellas se ha integrado la sabiduría de distintas áreas de la ciencia, tales como la cibernética, la teoría general de los sistemas, la antropología, el estudio de la comunicación y la filosofía, entre otras. La contribución de la terapia familiar sistémica al área de la salud mental ha sido ampliamente reconocida durante estos años, siendo que esta aproximación terapéutica ha demostrado firmemente su eficiencia profesional en varias áreas de trabajo, tales como la psiquiátrica, la de los conflictos relacionales —en el sentido más amplio—, la de servicios comunitarios, etcétera.

Actualmente la terapia familiar sistémica cuenta con una variedad de modelos de intervención, entre los cuales se observan diferencias marcadas, tanto en lo que respecta a las técnicas de intervención sugeridas, como a sus conceptos epistemológicos principales. Por una parte, tal variedad de propuestas terapéuticas ha enriquecido mucho nuestros trabajos clínicos, al aumentar las opciones de tratamiento, pero por otra parte ello ha creado cierta dificultad y confusión en cuanto a la comprensión teórico-práctica de nuestro trabajo como terapeutas. Ya en 1981 Lynn Hoffman calificaba el ambiente de la terapia familiar sistémica de aquel momento como una "torre de Babel". Han pasado ya más de veinte años desde aquel entonces, y en este lapso las concepciones terapéuticas se han diversificado aún más.

Constantemente, a lo largo de mis cinco años de formación como terapeuta familiar, me he interesado en este proceso de diversificación del pensamiento terapéutico. Siempre he tenido la inquietud de saber explicar porqué existen diversas formas de describir el mismo fenómeno humano. Varios trabajos nos explican el contenido de las distintas propuestas terapéuticas de manera independiente, pero no he encontrado que se busque el significado de la diversidad en sí. Con base en este interés personal empecé a vincular las explicaciones de las propuestas terapéuticas de cada autor con los contextos en los que se plantearon. Inicialmente el reconocimiento de este vínculo fue intuitivo, pero conforme avanzaba mi investigación en este sentido me fue cada vez más evidente que las condiciones contextuales que rodeaban a cada autor influían en las diferentes formas de puntuar su observación.

De aquí que se me planteara la necesidad de establecer un esquema cronológico en el que fuera posible ubicar temporal y geográficamente cada propuesta terapéutica. Entendía que esta forma de organizar los datos me permitiría comprender más profundamente tanto la lógica interna de cada propuesta como las relaciones entre ellas. En este proceso, para mí ha sido primordial saber qué es lo que buscaba cada autor en su trabajo clínico, porqué se interesaba en los temas que trataba, cómo ese interés se relacionaba con su historia personal y qué relación existía entre su interés personal y el contexto socio político en el que se ubicaba. Busqué explicar las diferencias de las propuestas terapéuticas en relación con las distintas situaciones en las que se ubicaba cada uno de los autores.

Según Nicola Abbagnano (1995, p. 399) el contexto es "el conjunto de supuestos que hacen posible aprehender el sentido de un enunciado". El presente trabajo se basa en esta visión. Aquí se busca el conjunto de supuestos que hacen posible comprender tanto los significados de la diversidad del pensamiento como los de cada propuesta terapéutica. Para mí la contextualización de los planteamientos terapéuticos es fundamental para el trabajo profesional.

Aunque el proyecto abarca la investigación de la historia de la terapia familiar desde el inicio hasta la fecha, debido a su extensión la presente tesis se concentra en la descripción de las primeras tres décadas de ese acontecer. El corte en los años setenta se justifica por el hecho de que a partir de los años ochenta se desarrolló una discrepancia epistemológica entre los autores de la terapia familiar. En aquella década, de manera paulatina, surgió una división en dos categorías distintas entre varias de las propuestas terapéuticas; una de ellas correspondía a aquellas fundadas en los presupuestos sistémicos cibernéticos tradicionales y otra a las que buscaban una revisión y un cambio en sus fundamentos epistemológicos. Es decir, el corte en los años setenta nos permite revisar la diversidad del pensamiento terapéutico entre las propuestas que compartían un mismo marco epistemológico, a saber, el sistémico cibernético.

Para la ubicación cronológica de cada propuesta terapéutica, me basé principalmente en el año de publicación de los escritos representativos, puesto que de otra manera hubiera sido difícil, cuando no imposible, precisar exactamente el año en el que se planteó cada una de ellas. Por ejemplo, aun cuando algunas ideas ya habrían sido planteadas desde años anteriores, utilicé como criterio principal de ubicación

cronológica el año de publicación del escrito más reconocido. Sin embargo, cada vez que obtuve información sobre un contexto anterior al de la publicación de dichos escritos, la incluí en la descripción en forma tal que el desarrollo pudiera ser revisado. Me parece útil esta forma de definir la ubicación cronológica, porque el año de la publicación es un indicador importante que nos permite presumir la divulgación masiva de las ideas planteadas dentro del área.

La concepción de la historia que sigue este trabajo supone tanto la relatividad de la observación como la de la posición de los autores. Por esta razón, no pretendo describir objetivamente los hechos, sino más bien asumo la responsabilidad de aclarar la lógica y el razonamiento por los que se describe cada suceso de la manera presentada. En este sentido, cada descripción se realiza intencionalmente desde la primera persona.

Una vez expuesta la intención general de esta investigación se adelantará en forma muy resumida lo que se va a encontrar en cada una de las secciones de esta tesis.

En el primer capítulo se hace una descripción del contexto de los inicios de la terapia familiar en la década de los años cincuenta. Se revisará el porqué y el cómo del proceso en el que se aplicó la cibernética, teoría planteada en otra área de la ciencia, a la comprensión de los problemas psiquiátricos. Los terapeutas familiares tenemos el conocimiento de que la aproximación sistémica de la psicoterapia se desarrolló con base en esta teoría, pero en general no es bien comprendida esta parte de la historia. A su vez, en este capítulo se revisará el significado de la introducción de la visión sistémica dentro del área de la psiquiatría estadounidense de aquel momento. De la misma manera, se revisarán algunos conceptos claves para comprender el cambio epistemológico introducido en la psiquiatría al aplicar el modelo cibernético

En el segundo capítulo se describe el contexto de los años sesenta en el que se expandieron de manera impresionante los temas tratados mediante la terapia familiar sistémica. Al final de esta década ya se observaban tres lineamientos de pensamiento terapéutico ostensiblemente distintos.

En el tercer capítulo se describe la década de los años setenta en la que se publicaron los escritos más importantes de los cuatro modelos representativos del área: la terapia breve del MRI (*Mental Research Instituto*), el modelo estructural de Salvador Minuchin, el modelo multigeneracional de Murray Bowen y el modelo sistémico de la escuela de

Milán. En ese capítulo se revisarán los fundamentos teóricos de cada uno de estos modelos.

En el cuarto capítulo se realizará un análisis comparativo de los cuatro modelos mencionadas de los setenta. Se establecerán asimismo las similitudes y las diferencias que tienen lugar entre estos modelos.

En el quinto capítulo se reflexiona de manera sintética acerca de la relación entre el contexto y la construcción de los modelos, mismo que constituye la conclusión del presente trabajo.

## CAPÍTULO 1

### LOS AÑOS CINCUENTA: LOS INICIOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

La práctica de la terapia familiar se inició en Estados Unidos durante la década de los años cincuenta. En un principio solamente se realizaban observaciones directas de familias en su contexto familiar para analizar los comportamientos sintomáticos del paciente (Hoffman, 1998). Hasta ese momento, la investigación o el tratamiento psiquiátrico se realizaban convencionalmente, es decir, en un espacio experimental o en el consultorio, concentrando la atención en el paciente de manera individual. En esta década aparecieron varios psiquiatras que se interesaron en la relación real de los pacientes con su familia. Este cambio en la manera de enfocar el punto de interés, abrió nuevas posibilidades para desarrollar otros paradigmas teóricos en el tratamiento psiquiátrico.

Lynn Hoffman describe los primeros pasos de aquellos psiquiatras como "clínicos solitarios que tropezaban con la terapia familiar, y luego seguían tropezando unos con otros mientras trataban de validar la información que estaban recibiendo" (*ibid.* p. 26). Podemos imaginar una situación en la que cada investigador realizaba estudios de familias con pacientes psiquiátricos de manera empírica, sin tener un marco teórico de referencia que los uniera con los trabajos de otros autores.

De todos aquellos esfuerzos, relacionados con los inicios de la terapia familiar, destaca el trabajo realizado por el Grupo de Bateson, como el más representativo de esta década. El artículo publicado por ellos en 1956 causó gran impacto en la psiquiatría, pues ofrecía una nueva y original forma de comprender la esquizofrenia desde una perspectiva comunicacional. En dicho artículo: "*Toward a Theory of Schizophrenia*" ("Hacia una teoría de la esquizofrenia"), ese padecimiento es explicado en función de la relación familiar entre el paciente sintomático y otros miembros de la familia; asimismo, se planteó la hipótesis del "doble vínculo", la cual establecía la condición esquizofrenizante en la comunicación familiar (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1993).

Muchos de los investigadores que iniciaron el estudio de las familias con un paciente psiquiátrico fueron influidos por los trabajos de este grupo, sobre todo a partir del final de los años cincuenta. Entonces empezaron a aplicar el *paradigma cibernético* o la *teoría general de los sistemas* para describir el comportamiento esquizofrénico en un ambiente familiar. Gregory Bateson fue, a la vez que uno de los primeros, uno de los mejores

investigadores que aplicaron estas teorías al estudio de la esquizofrenia. Las familias con un miembro esquizofrénico parecían poseer algo parecido a un elemento homeostático que se oponía al cambio (Hoffman, 1998). Así, dado que el comportamiento sintomático fue considerado como parte integral de esta resistencia, se exhibía la posibilidad de que los síntomas psiquiátricos pudieran ser explicados por esta teoría, que pertenecía a otra área de la ciencia.

Este nuevo enfoque tenía implicaciones importantes, entre las que se encontraba la posibilidad de cuestionar, radicalmente, el paradigma establecido en aquella época en cuanto a la comprensión de los síntomas psiquiátricos. En razón del carácter innovador de esta propuesta, los conceptos de "sistémico" y "cibernético" llegaron a ser considerados como especialmente característicos de la terapia familiar. Sin embargo, me parece importante enfatizar que no todos los investigadores que empezaron la intervención del paciente psiquiátrico en relación con su contexto familiar, iniciaron sus trabajos con base en la epistemología cibernética, pues existían otros autores que también buscaban una nueva forma de trabajar con la familia, ya fuera ampliando o modificando los conceptos tradicionales del psicoanálisis o de la psicodinámica, que constituían el paradigma dominante en aquella época.

No obstante, conforme avanzó el tiempo se registraron influencias mutuas entre varios autores relacionados con la terapia familiar y, a pesar de sus diferencias, llegaron a compartir ciertas características comunes en los fundamentos básicos, de las que podemos destacar el que se considerara al síntoma del paciente dentro de la organización de la familia, entre otros. Creo que es importante aclarar esta parte de la historia para comprender mejor la diversidad de los modelos diseñados en el área de la terapia familiar.

A pesar de que existían otros autores que ya estudiaban a la familia en relación con la comprensión psiquiátrica, nadie puede negar el papel fundador de los trabajos del grupo de Bateson para el desarrollo de la terapia familiar, así como su contribución al introducir una visión innovadora, como la cibernética, en la psiquiatría. Por esta razón, ubico el proyecto de Bateson, de 1952 a 1962, como un movimiento representativo de la década de los años cincuenta, en la historia de la terapia familiar, que tuvo lugar en Palo Alto, California, en la costa oeste estadounidense.

## 1-1 Proyecto Bateson y el estudio de la comunicación

A partir de los trabajos del Grupo Bateson, se modificó la comprensión del habla de los esquizofrénicos, que hasta ese momento se consideraba no inteligible, y que a partir de su propuesta adquirió un sentido para los especialistas. Esta nueva y revolucionaria visión fue desarrollada por cuatro investigadores multidisciplinarios, de los cuales tres de ellos no eran psiquiatras. Me parece interesante reflexionar sobre los antecedentes personales de estos autores y la formación del propio grupo, antes de revisar sus contribuciones teórico-prácticas para la psiquiatría y su relación con el desarrollo de la terapia familiar.

Gregory Bateson era un antropólogo inglés, que en la década de los cuarenta enseñaba en la *New School for Social Research*, en Nueva York, y en la Universidad de Harvard. En esa década podemos encontrar la conexión entre este investigador y la cibernética, justamente cuando fue invitado junto con su esposa, la prominente antropóloga Margaret Mead, a una serie de conferencias en la que se analizaba el desarrollo de la cibernética (Schlanger y Watzlawick, s/f, Yusa, 1984).

Estas conferencias fueron interdisciplinarias, organizadas por la Fundación Macys con el fin de establecer una "ciencia de control", de la cual nacería la cibernética. Los participantes fueron cuidadosamente elegidos, con lo que se constituyó un selecto grupo, entre los que había físicos, matemáticos, ingenieros electrónicos, fisiólogos, neurólogos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos y antropólogos. Todos estaban de acuerdo con la necesidad de establecer formas de comunicación entre las diferentes disciplinas, trascendiendo las barreras impuestas por la especialización de los lenguajes empleados en cada una de ellas. Los avances se manifestaron incluso desde los títulos que se les dieron a las conferencias; así, por ejemplo, la primera se llamó "Sobre inhibición cerebral", mientras que la tercera: "Mecanismos teleológicos". En 1948, un participante matemático, Norberto Winner, publicó un trabajo con el nombre de *La cibernética*. Ese término empezó a ser usado para referirse a los puntos en común que tenían todas estas disciplinas científicas, y así también fue utilizado como el título de las conferencias cuarta y quinta (Schlanger y Watzlawick, *op. cit.*).

Indudablemente Bateson fue un genio que abrió el camino para aplicar la idea cibernética en la comprensión psiquiátrica. Complementariamente, me parece importante hacer hincapié también en que la cibernética nació de un contexto en el que

se buscaba que las teorías de las diversas disciplinas científicas trascendieran sus diferencias con el propósito de elaborar una nueva ciencia del control. En esta perspectiva, podemos decir que la aplicación de la idea cibernética en otras áreas científicas fue, en cierto sentido, la "demanda" de la época. Asimismo, es interesante destacar que fue un antropólogo, Bateson, quien introdujo la idea cibernética en la psiquiatría, no obstante de que en aquellas conferencias había participación de psiquiatras y psicólogos.

El contacto más concreto de Bateson con la comunicación psiquiátrica se da en 1948, año en que él aceptó la propuesta de un psiquiatra de origen suizo, Jürgen Ruesch, de participar en un estudio sobre comunicación en la psicoterapia. Debido a esta invitación, el antropólogo inglés se mudó a San Francisco. Según K. Schlanger y P. Watzlawick (s/f), "la colaboración entre estos dos hombres no era siempre cómoda, ya que Ruesch se sentía presionado por producir resultados, mientras que Bateson se esforzaba por encontrar los fundamentos teóricos de un enfoque sistémico de la comunicación". Sin embargo, de esos años de colaboración, escribieron *La comunicación: matriz social de la psiquiatría*, libro publicado en 1951.

En el otoño de 1952, Bateson tuvo la oportunidad de estudiar la comunicación bajo sus propios criterios: obtuvo una beca de la Fundación Rockefeller para un proyecto que, posteriormente, llegó a ser conocido como el "Proyecto Bateson". Los participantes en éste fueron originalmente John Weakland y Jay Haley, y posteriormente se integró un destacado psiquiatra, Don Jackson (Schlanger y Watzlawick, *idem*).

Weakland era alumno de antropología de Bateson en Nueva York, por lo que a veces es presentado como antropólogo, pero antes de estudiar antropología, él trabajó como ingeniero químico en varias empresas; eventualmente se interesó en la antropología e ingresó en la New School for Social Research, donde conoció a Bateson como su maestro. En aquellos momentos Bateson, que buscaba la forma de aplicar la idea cibernética en la antropología, se interesó en Weakland en particular porque supo que él era un joven ingeniero. Bateson invitó a Weakland para su proyecto, convenciéndolo de mudarse a San Francisco, una vez que fue conseguido el apoyo financiero. Cabe mencionar que el propio Bateson tenía una formación de biólogo, antes de interesarse en la antropología (Schlanger y Watzlawick, *idem*).

El otro miembro del Proyecto Bateson fue J. Haley, quien era un estudiante del Departamento de Comunicación en la Universidad de Stanford, en California. Como resulta evidente, en el proyecto participaban tres estudiosos ajenos a la psiquiatría (Schlanger y Watzlawick, *idem*).

El objetivo del proyecto era estudiar las paradojas en la comunicación y dilucidar los diferentes niveles de abstracción (los niveles lógicos), que se operan en este proceso a través del método de las clasificaciones. La terminología que el grupo usó para explicar el fenómeno estudiado, cambió varias veces, ya que investigaban campos desconocidos hasta entonces. El proyecto buscaba estudiar un lenguaje que no tuviera significado inteligible desde el punto de vista del sentido común, por lo que decidieron trabajar con pacientes psiquiátricos, principalmente con esquizofrénicos, en el Hospital de la Administración de Veteranos, en Menlo Park, California (Schlanger y Watzlawick, *idem*).

A partir de 1954, se integra al grupo un destacado psiquiatra: Don Jackson; al principio sólo como consultor del proyecto. Don Jackson era un psiquiatra influido por Sullivan y Fromm-Reichmann debido a sus experiencias profesionales en el Hospital Estatal de Maryland. Don Jackson planteaba una original idea sobre las familias que tienen un enfermo psiquiátrico entre sus miembros, misma que podía tener muchos aspectos compatibles con las ideas cibernéticas. En 1954 Jackson dictó una conferencia con el título: "*Family Homeostasis* (La homeostasis familiar)", en el hospital donde el grupo de Bateson realizaba sus investigaciones. De inmediato Bateson se interesó en su planteamiento y lo invitó a participar en el proyecto. Como ya se mencionó, el resultado de este proyecto está contenido en el artículo de 1956, en el cual se plantea la hipótesis del doble vínculo (Double Bind Hypothesis) (Schlanger y Watzlawick, *idem*).

Me parece que el conocimiento del contexto en que se desarrolló el proyecto, ayudan a comprender las situaciones en que se produjeron estas revolucionarias ideas respecto a la práctica psiquiátrica. Así, el planteamiento, original y cualitativamente diferente al de la aproximación tradicional, surgió de investigadores que no tenían una formación psiquiátrica tradicional; hay que remarcar que Don Jackson fue consultor del grupo y no uno de sus miembros originales. Asimismo cabe recalcar, una vez más, que en la década de los cincuenta, hubo una demanda implícita por aplicar la idea cibernética en la comprensión de distintas áreas científicas.

## 1-2 La hipótesis del *doble vínculo* y la esquizofrenia

Me parece pertinente presentar una síntesis del artículo escrito en 1956 por los cuatro miembros del Proyecto Bateson –G. Bateson, D. Jackson, J. Haley y J. Weakland–, para después revisar su contenido y el significado de sus planteamientos en el estudio de la psiquiatría del aquel tiempo (Bateson et al., 1993):

"La esquizofrenia -en todo lo que se refiere a su naturaleza, su etiología y el tipo de tratamiento apropiado para ella- sigue siendo una de las enfermedades mentales más enigmáticas. La teoría de la esquizofrenia que presentamos aquí se basa en el análisis de las comunicaciones y, especialmente, en la teoría de los tipos lógicos. Partiendo de esa teoría y de la observación de pacientes esquizofrénicos describimos -y detallamos las condiciones que hace posible- una situación denominada "doble vínculo", en la cual una persona, haga lo que haga, "no puede ganar". Postulamos que una persona atrapada en una situación de doble vínculo puede desarrollar síntomas de esquizofrenia. Analizamos cómo y por qué puede surgir el doble vínculo en una familia, ejemplificando con datos clínicos y experimentales."

Este artículo causó gran impacto porque mostró la posibilidad de comprender el discurso de la esquizofrenia, que hasta entonces se consideraba incomprensible.<sup>1</sup> Dentro del mecanismo discursivo de un esquizofrénico encontraron las características comunes de la comunicación de las personas no patológicas, entre las que podemos considerar la metáfora, el juego, la fantasía, entre otras, todas y cada una de las cuales están relacionadas con el manejo de los múltiples tipos lógicos que tienen lugar en la interacción humana. Según el análisis del grupo de Bateson, los esquizofrénicos se confunden en este manejo y manifiestan operaciones peculiares y no adecuadas en ciertos contextos dados (Bateson *et al.*, *op. cit.*).

---

<sup>1</sup> Como se indica en el artículo, muchos autores se han referido a esta enfermedad como a algo que contrasta, totalmente, con cualquier otra forma de pensamiento y conducta humanos; (Bateson *et al.*, 1993, *ibid.*, p. 39.)

Un ejemplo sería la forma de bromear. Por ejemplo, las personas, en ocasiones, hacen bromas entre amigos, emitiendo expresiones ofensivas mutuamente, pero junto con risas continuas. En este proceso, los dos amigos y los observadores "sabemos" que estamos bromeando, porque procesamos los diferentes niveles de las informaciones incluidas en esta interacción, como pueden ser el humor y la confianza, además del significado literal de las expresiones verbales. El nivel lógico del contenido de una frase como "un tontito gordo" y el de su forma "cariñosa" de decir son diferentes; de acuerdo con el planteamiento del grupo de Bateson, el segundo nivel pertenece a un tipo lógico superior al del primero, porque es la definición contextual del primer contenido. En la interacción humana se operan, simultáneamente, múltiples niveles lógicos de un mensaje y los síntomas esquizofrénicos se pueden considerar como manifestación de la dificultad o confusión con respecto a la realización de estas operaciones (Bateson *et al.*, *idem*).

Por ejemplo, en una entrevista clínica, un paciente esquizofrénico puede decir lo siguiente a un terapeuta que hubiera llegado tarde a la sesión: "una vez conocí a un tipo que perdió un barco, se llamaba Sam, y el barco casi se hundió..." u otros argumentos. Esta forma de hablar del paciente es aparentemente incomprensible porque resulta incongruente con el contexto en el que se da, pero este mensaje se puede comprender como la manifestación del deseo del paciente de acusar al terapeuta por su tardanza, porque según el análisis del grupo de Bateson, los esquizofrénicos confunden lo literal y lo metafórico en su habla, sobre todo en ciertas situaciones que les son emocionalmente difíciles de manejar (Bateson *et al.*, *idem*).

En realidad, la acción de llegar tarde para el esquizofrénico puede implicar varios mensajes, entre los que podríamos encontrar los siguientes: que el terapeuta no quiso ver al paciente ese día; que el terapeuta no se interesa ni respeta los sentimientos del paciente. Cuando el paciente esquizofrénico parece estar inseguro del tipo de mensaje que expresa un acto de la persona con quien interactúa, suele recurrir a un enunciado metafórico, como el usado en el ejemplo mencionado, con el que el esquizofrénico expresa la duda en la franqueza del terapeuta, y evita el expresarse directamente, diciéndole, por ejemplo: "¿por qué ha llegado tarde?, ¿se debe acaso a que no deseaba verme hoy?", etcétera. Este tipo de preguntas se definen como *metacomunicativas*, en tanto son comunicaciones referentes a la comunicación (Bateson *et al.*, *idem*).

Lo conveniente de usar una metáfora es que deja a cargo del otro, en este caso del terapeuta, la decisión de pasar por alto el enunciado o de interpretarlo como una acusación. Si el terapeuta acepta la acusación contenida en la metáfora, el paciente puede aceptar como metafórico su relato sobre Sam. Si el terapeuta señala que el relato no parece verdadero, el paciente, como una forma de evitar la responsabilidad de la acusación contenida en la historia, puede argumentar que existió realmente un hombre llamado Sam. Este desplazamiento hacia un enunciado metafórico brinda seguridad al paciente esquizofrénico en una situación emocionalmente difícil de manejar. El grupo de Bateson observó que la forma de hablar de los esquizofrénicos abunda en metáforas (Bateson *et al.*, *idem*).

De esta manera, en el artículo mencionado se describen varios análisis relacionados con el discurso de un esquizofrénico en función de la clasificación de los tipos lógicos de varios mensajes relacionados en la interacción. Los conceptos utilizados para este análisis son tomados de la "Teoría de los tipos lógicos",<sup>2</sup> planteada por un matemático y filósofo, Bertrand Russell, la cual sostiene que la mezcla de niveles lógicos dentro de una clasificación genera una paradoja. El grupo de Bateson se dio cuenta del carácter paradójico del discurso de un esquizofrénico y formuló la hipótesis de que la incomprendibilidad de su discurso proviene de este carácter. El esquizofrénico tiene dificultad especial para manejar señales de un tipo cuyos componentes atribuyen tipos lógicos a otras señales. Es decir, utilizan el discurso metafórico de tal manera que quienes escuchan su discurso no comprenden si éste fue metafórico o si fue una alucinación.

Los investigadores del grupo de Bateson plantearon que la interacción familiar es responsable del problema de la asignación de tipos lógicos que se observa en los pacientes esquizofrénicos. Esta idea se planteó incluso bajo la inspiración de la teoría del aprendizaje, la cual postula que los seres humanos utilizan el contexto como guía para la discriminación de los modos de la comunicación. El grupo de Bateson pensó

---

<sup>2</sup> La tesis central de esta teoría es: "Existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase, debido a que el término utilizado para la clase es de un nivel de abstracción diferente –un tipo lógico diferente del de los términos utilizados para los miembros–".

que debería ser posible formular *a priori* una descripción formal de las secuencias de experiencias capaces de inducir tal sintomatología, a través de las cuales el paciente adquiere los hábitos mentales ejemplificados en la comunicación esquizofrénica. Es decir, imaginaron un universo en el que las secuencias de acontecimientos sean tales que los hábitos comunicacionales no convencionales de los esquizofrénicos resulten de alguna manera apropiados. El doble vínculo es un término que ellos plantearon para denominar estas secuencias insolubles de experiencias (Bateson *et al.*, *idem*).

Como elementos necesarios para una situación de doble vínculo, el grupo planteó las siguientes seis condiciones (Bateson *et al.*, *idem*);

1. Dos o más personas.
2. Experiencias repetidas.
3. Un mandato negativo primario.
4. Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, y que ambos se perciben como una amenaza para la supervivencia.
5. Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo.
6. Finalmente el conjunto completo de los ingredientes deja de ser necesario cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo según patrones de doble vínculo.

Un ejemplo de la situación de doble vínculo sería la siguiente: los padres le dicen a su hijo: "puedes pedirnos más", al mismo tiempo, expresado en forma no verbal, emiten el siguiente mensaje: "no nos pidas nada". En esa situación, el hijo percibe "la verdadera intención" de los padres, y no les pide nada. Entonces la madre le dice: "por qué no nos pides nada, ¿no nos quieres ni confías en nosotros?", y entonces se lamenta o lo regaña. Cumpla o no la petición verbal de sus padres, el niño es regañado de cualquier modo; no puede sino bloquear sus sentidos con respecto de ambos tipos de mensajes, ya que este doble mensaje no permite una respuesta que evite el castigo. El grupo de Bateson postula que si se repite este tipo de mensaje desde la infancia, el niño adquiere un patrón especial de comunicación, en el que se encierra en su mundo y tiende a hablar en forma tal que el otro no llega a comprenderlo fácilmente (Yusa, 1984). En la situación de doble vínculo abundan los mensajes contradictorios, lo cual hace confundir a los involucrados en el proceso comunicativo respecto de la clasificación de los niveles de los mensajes (Bateson *et al.*, 1993).

Para la víctima de un doble vínculo, resulta más seguro cambiar un mensaje a una forma metafórica. Aún más, en una situación complicada, reacciones tan extrañas como las de convertirse en otra persona, o el insistir en que uno se encuentra en otro lugar, resultan ser un método para protegerse del riesgo del castigo. Estas extrañas reacciones se explican a partir de que los agentes amenazantes no puede actuar sobre la víctima en razón de que no se trata de ella misma, o de que acaso, además, se encuentra en otro lugar. En otras palabras, los argumentos de un paciente que parecen estar desorientado pueden interpretarse como mecanismos de defensa ante la situación en que se encuentra. La patología aparece cuando la propia víctima ignora que sus respuestas son metafóricas, o cuando no puede percibirlo. Para reconocer que habló metafóricamente, necesitaría asumir que se estaba defendiendo y, por lo tanto, de que temía a la otra persona. Para un esquizofrénico percatarse de ello equivaldría a una acusación contra la otra persona y, en consecuencia, le provocaría un desastre emocional. En términos generales, en el discurso de los esquizofrénicos se observa una incongruencia respecto del contexto en el que se ubica, lo cual puede tener relación con la necesidad de evitar el conflicto emocional y relacional mencionado (Bateson *et al.*, *op. cit.*).

Según la hipótesis del grupo de Bateson, si una persona ha pasado su vida dentro de una relación de doble vínculo, su sistema metacomunicativo dejará de funcionar y será incapaz de definir de qué clase de mensaje se trata un mensaje cualquiera al que se enfrente (Bateson *et al.*, *idem.*).

En cuanto a la relación del doble vínculo con la psicoterapia, el grupo de Bateson aclaró que no estaban preparados para aplicar su hipótesis en este campo, pero mencionó la posibilidad de usar el concepto del *doble vínculo terapéutico (paradoja terapéutica)*, y planteó que posiblemente en muchas terapias exitosas con los esquizofrénicos los terapeutas lo podrían haber puesto en juego intuitivamente. Como un ejemplo, los autores citaron la descripción de la terapia realizada por la doctora Fromm-Reichmann con un paciente esquizofrénico. En dicho caso, el paciente le insistía a la doctora (Bateson *et al.*, *ibid*, p. 43):

“El dios R [quien vive en su corazón] dice que yo no debería hablar con usted”. Ante esto, Fromm-Reichmann le dice a su paciente: “Mire, aclaremos una cosa. Para mí, el dios R no existe, y tampoco existe todo ese mundo suyo. Para usted sí existen, y

yo estoy lejos de pensar que puedo hacerlos desaparecer. No tengo idea de lo que significan. Por lo tanto, estoy dispuesta a hablar con usted haciendo referencia a ese mundo, pero siempre que tenga en claro que lo hago sólo para que podamos llegar a un acuerdo. Ahora, dígame al dios R que nosotras tenemos que hablar y que le dé permiso. También debe decirle que soy médica y que usted ha vivido con él en su reino desde los siete hasta los dieciséis años, o sea nueve años, y que él no la ha ayudado. De modo que ahora debe permitir que yo lo intente y vea si entre ambas podemos lograrlo. Dígame que soy médica, y eso es lo que deseo intentar”.

El grupo de Bateson interpretó esta descripción de una sesión terapéutica, como un ejemplo de que la terapeuta colocó a su paciente en un “doble vínculo terapéutico”. Puesto que en la sesión el paciente entra en una disyuntiva: si duda de la fe que tiene en su dios, está de acuerdo con la doctora Fromm-Reichmann y tendría que admitir la terapia; si insiste en que el dios R es real, deberá decirle que la doctora Fromm-Reichmann es “más poderosa” que él, con lo cual admite también su compromiso con la terapia. El doble vínculo terapéutico está relacionado con el hecho de que el terapeuta coloca intencionalmente al paciente en un lugar en donde, aceptando o negando la instrucción del terapeuta, no se puede sostener su síntoma, la posición alucinada. La diferencia entre el “doble vínculo terapéutico” y el “doble vínculo” consiste, en parte, en el hecho de que el terapeuta no está comprometido personalmente con el paciente en una lucha de vida o muerte. En consecuencia, puede establecer vínculos relativamente benévolos y así puede ayudar al paciente a emanciparse de ellos (Bateson *et al.*, *ibid.*, p. 43-44).

Esta idea de un “doble vínculo terapéutico” llegaría a ser uno de los conceptos básicos de los investigadores posteriores al grupo de Bateson, e incluso lo sería para el desarrollo de algunos modelos representativos de la terapia familiar. Al final del artículo, el grupo menciona que muchas de las tácticas singularmente apropiadas que elaboraban los terapeutas parecían ser intuitivas. Ellos plantearon la necesidad de que esos rasgos fueran comprendidos de manera más sistemática para que todos los terapeutas pudieran usarlos como un recurso terapéutico.

Los argumentos desarrollados en el artículo de 1956 no necesariamente dieron respuestas definitivas a los enigmas existentes sobre esta enfermedad. Sin embargo, podemos comprender su trascendental importancia dentro de la historia de la investigación psiquiátrica y para el desarrollo de la terapia familiar a partir de que vemos

en dicho artículo el inicio de la aplicación de la idea cibernética o sistémica en la comprensión psiquiátrica. Esto permitió al estudio de la enfermedad psiquiátrica dar un paso importante para flexibilizar la visión del tratamiento psiquiátrico, en la medida en que ayudó a hacer más compleja y profunda la comprensión de esta enfermedad que, no habiéndose dado avances significativos desde hacía muchos años, ciertamente se encontraba estancada (Jackson, 1974, p. 9-25). El enfoque comunicacional del síntoma psiquiátrico que lo identifica en función de la relación familiar fue planteado por la perspectiva sistémica o cibernética; en otras palabras, esa epistemología nos permitió ver que ciertos problemas se generaban por la organización familiar sistémica. Ahora revisaremos estos conceptos.

### **1-3 El modelo cibernético, el estudio de la comunicación y la comprensión psiquiátrica**

El grupo de Bateson logró mostrar una nueva posibilidad de comprender una enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia en función de una organización comunicacional peculiar (el doble vínculo) dentro de la familia del paciente de este padecimiento. Para llegar a esta visión la influencia de la cibernética, planteada hacia el final de los cuarenta, fue muy importante.

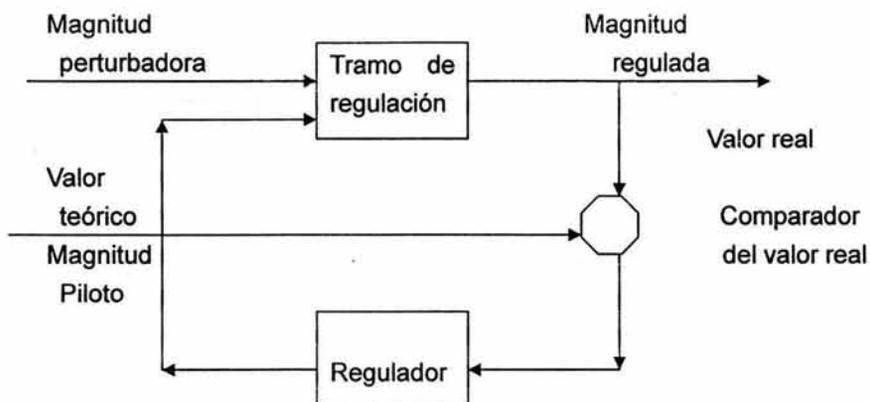
El término cibernética (del griego *kybernetes*, piloto, timonel) fue acuñado por el matemático Norbert Wiener en 1948 (Simon et al, 1997), quien la definió como la teoría matemática de los procesos de dirección y regulación en sistemas animados e inanimados (Dorsch, 1994, p109). Es conocida como una ciencia del "control y la comunicación", que se basa en el supuesto según el cual las funciones de control, intercambio y procesamiento de la información se rigen por los mismos principios, independientemente de que se apliquen a máquinas, organismos o estructuras sociales (Simon et al., 1997, p. 55). Dos elementos fundamentales de la cibernética son: 1) la teoría de la información, y 2) la teoría del circuito de regulación (Dorsch, 1994, p. 109).

Con base en la teoría de la información, los cibernéticos vieron "la información" como una tercera entidad que determinaba la estructura de nuestro mundo, junto con la masa y la energía (Dorsch, *idem*). En la tradición científica, estas dos últimas han sido utilizadas como las unidades básicas para la explicación y la descripción de cualquier fenómeno, las cuales son muy adecuadas para la medición de los fenómenos relativamente sencillos que no tienen un mecanismo de autorregulación. Por ejemplo,

se puede explicar el desplazamiento de una piedra por algún choque externo en función del peso de la piedra, la distancia del desplazamiento y la energía necesaria para lograrlo. Sin embargo, al diseñar un sistema automático capaz de desplazar algún objeto, tal como el equipaje, surgió la necesidad de agregar otro elemento a la explicación. Puesto que, más allá de la capacidad mecánica, la unidad básica que posibilita a una máquina automática trasladar el equipaje eran los datos específicos preprogramados para realizar este movimiento, aquel nuevo elemento era la información. En otras palabras, resulta que no es suficiente el saber la cantidad de energía, o el peso, o la distancia necesaria para la realización del trabajo, sino que además de estos datos se requiere considerar el flujo de información que determina el trabajo de una máquina automática. Junto con el avance tecnológico que permitió crear una máquina autorregulada, fue necesario el que se planteara a "la información" como una nueva unidad explicativa para la descripción y la explicación de este tipo de trabajo. La cibernética es una ciencia que explica la dinámica autorreguladora por medio del flujo de la información (Dorsch, *op. cit.*).

La revisión de esta parte teórica de la cibernética nos permite comprender, de mejor manera, la visión del grupo de Bateson, el cual aplicó el modelo cibernético en la comprensión de la enfermedad psiquiátrica. El problema psiquiátrico se da dentro de una organización social que contiene una serie de mecanismos autorreguladores complejos entre sus miembros. En este sentido, el problema psiquiátrico también se requiere ser descrito con base en esta nueva unidad de análisis: la información. La cibernética y la teoría de la información nos mostraron que las unidades tradicionales de la explicación científica no son necesariamente suficientes ni adecuadas para describir los fenómenos humanos que se dan dentro de las dinámicas autorreguladoras complejas.

En la misma línea de pensamiento, revisaremos otra idea elemental de la cibernética: el circuito de regulación. Este concepto fue utilizado originalmente para describir el movimiento de las máquinas que tienen un regulador dentro de su sistema, como, por ejemplo, el termostato. Se puede graficar el trabajo de esta máquina en la forma del circuito de regulación de la siguiente manera (Dorsch, *ibid.*, p. 113):



### CIRCUITO DE REGULACIÓN

Dentro de una máquina que mantiene la temperatura del agua a un valor fijo, el valor teórico sería la temperatura esperada o regulada del agua en este sistema, mientras que el valor real es la temperatura del agua en cada momento específico en que será evaluada por el comparador (un sensor de temperatura), en función de la temperatura esperada. Si el comparador (sensor) detecta la diferencia entre el valor real y el valor teórico, envía un mensaje al regulador para que este último ajuste la temperatura del agua al valor esperado (Dorsch, *op. cit.*).

El funcionamiento de esta máquina se puede expresar por medio del diagrama de bloque, que nos muestra claramente el flujo de información que regula el movimiento sistémico. Este movimiento de información recibe el nombre de circuito de regulación, porque el flujo de información cerrado posee, topológicamente, una estructura circular. Ésta se denomina, al mismo tiempo, retroalimentación (*feedback*), y el término regulación se reserva para estas estructuras circulares, mientras que el flujo de sistemas sin retroalimentación se denomina dirección o control. La cibernética se abocó a la tarea de abstraer los procesos relacionados con la organización del sistema, con base en el diagrama de flujo de información desarrollado por la teoría del circuito de regulación (Dorsch, *idem.*).

La revisión de la teoría del circuito de regulación nos permite comprender, más fácilmente, la naturaleza del planteamiento del grupo de Bateson, que buscó vincular el síntoma esquizofrénico con la interacción familiar que envuelve al paciente. Esta teoría nos propone una explicación sobre la organización del sistema que auto-regula su

funcionamiento, lo cual nos hace imaginar la interacción familiar que está regulando constantemente la presencia del síntoma dentro de su dinámica. Además, esta idea ofrecía cierta explicación a lo observado por muchos psiquiatras de los años cincuenta: los pacientes esquizofrénicos que mejoraban en la hospitalización recaían inmediatamente después que regresaban a su contexto familiar. (Hoffman, 1998). Era natural imaginar la influencia del contexto familiar en la aparición del síntoma en el paciente psiquiátrico y el circuito de regulación parecía poder explicarlo concretamente. Como se ha mencionado, la cibernética sostiene la postura básica de que las interacciones humanas, o cualesquiera formaciones sociales, organizativas, económicas y políticas, pueden ser explicadas con los mismos principios informativos que los de las máquinas automáticas. Al revisar estos dos componentes básicos del modelo cibernético, resulta más comprensible el intento de buscar que este modelo se aplique en fenómenos sociales. Si bien es cierto que el grupo de Bateson y sus seguidores tardó casi diez años para sistematizar la aplicación del modelo cibernético en el tratamiento psiquiátrico (hasta la segunda mitad de los sesenta), podemos decir sin embargo que el estudio de la comunicación esquizofrénica llevado a cabo durante los cincuenta fue, indudablemente, un gran paso para este fin, porque nos permitió un análisis del problema psiquiátrico basado en la información.

Entre las investigaciones de la década de los cincuenta que exploraban la influencia de la relación familiar en la enfermedad psiquiátrica el planteamiento del grupo de Bateson fue el más convincente e impactante, ya que en su discurso se encontraba implícito un marco teórico concreto que les permitió explicar esta relación con base en la metodología científica de la cibernética.<sup>3</sup>

Es importante aclarar que durante los años cincuenta el modelo cibernético no logró, necesariamente, ocupar el lugar del tratamiento definitivo para la esquizofrenia, ni siquiera en los años posteriores, sin embargo sí llegó a establecer un modelo

---

<sup>3</sup> Otros investigadores psiquiátricos estaban tratando de explicar esta influencia con base en la adaptación de las teorías predominantes de la psiquiatría de aquella época, como las teorías psicodinámicas, las cuales tenían primordialmente una visión individualista, la cual no permitían explicar la influencia de la relación familiar en el síntoma del paciente psiquiátrico en términos de la organización familiar actual.

terapéutico efectivo para la psicoterapia. En la actualidad, se sabe que no hay ninguna aproximación de control absoluto que erradique totalmente las enfermedades psiquiátricas en todos los casos atendidos. Dentro del conjunto de las aproximaciones psiquiátricas que informan acerca de la efectividad de su tratamiento con respecto de los casos psicóticos como la esquizofrenia, el modelo cibernético-sistémico ocupa un lugar importante dada la ventaja de que requiere, relativamente, de una pequeña cantidad de sesiones para lograr el mismo efecto que las otras aproximaciones. Es decir, en cuanto a la calidad curativa no ha sido posible definir una mayor efectividad de parte de cualquiera de las orientaciones específicas (sea la psicodinámica, la psiquiátrica o la sistémica-cibernética), porque en los casos atendidos por cada aproximación se observan, más o menos, los mismos porcentajes de éxito y de fracaso terapéutico en términos tales como la curación total, la mejoría notable, la mejoría ligera, o ninguna mejoría (Berger, 1993). Sin embargo podemos decir que el modelo cibernético-sistémico ha logrado ofrecer un modelo terapéutico más eficaz, al menos temporalmente, puesto que no exige un largo proceso terapéutico en los términos de un requisito básico dentro de la teoría, en comparación, por ejemplo, con el caso del psicoanálisis, el cual debe esperar a que ocurra la transferencia necesaria en la curación.

#### **1-4 Los cincuenta en la historia de la psiquiatría estadounidense**

Para comprender el inicio de la terapia familiar, es importante ubicar este movimiento dentro de un contexto más amplio: la historia de la psiquiatría estadounidense. Esta revisión nos permite comprender el proceso por el cual se fue desarrollando la terapia familiar y su significado dentro de la psiquiatría.

La psicodinámica fue el paradigma dominante de la psiquiatría estadounidense en la década de los cincuenta, de allí que ser psicoanalista fuera un requisito para ser profesor universitario en aquel país. Esta tendencia permaneció hasta la década de los años setenta, en la que la entonces nueva tendencia de la psiquiatría biológica empezó a adquirir una mayor presencia que la de la psicodinámica, debido a los avances tecnológicos en los psicofármacos y el desarrollo del paradigma médico-biológico (Okonogui, 1999, p. 19-24).

El dominio de la psiquiatría psicodinámica se debe a varias circunstancias histórico-políticas de ese país y del mundo, ya que este dominio tuvo que ver, en gran

medida, con la importante actividad que desplegaron los psicoanalistas estadounidenses durante los años de la segunda guerra mundial, sobre todo respecto de la prevención y el tratamiento de los pacientes neuróticos. El gran desarrollo del psicoanálisis en Estados Unidos, se dio gracias a los planteamientos de los psicoanalistas más distinguidos de la época, quienes después de la década de los años treinta tuvieron que emigrar de Alemania hacia Inglaterra o Estados Unidos debido a la persecución nazi —en su mayoría, por supuesto, judíos alemanes, incluyendo a Freud—. Aparte de esto, según el análisis de K. Okonogui (*op. cit.*), el psicoanálisis se adecuaba al contexto cultural de la sociedad estadounidense, profundamente individualista. Este autor plantea que el psicoanálisis cumplió el papel de sustituto de cierta espiritualidad en la sociedad estadounidense, que anteriormente había estado a cargo del cristianismo tradicional. Durante y después de la segunda guerra mundial, el gobierno estadounidense reconoció oficialmente la contribución y la efectividad de los trabajos realizados por los psiquiatras de tendencia psicoanalítica.

Esta descripción nos permite deducir que, en comparación con el psicoanálisis, la psiquiatría descriptiva, basada en el paradigma médico de la etapa anterior, no contaba con el mejor tratamiento terapéutico. En vista de que el psicoanálisis era la mejor opción para el tratamiento psiquiátrico, nos podemos imaginar entonces un ambiente que no poseía un tratamiento efectivo para los pacientes psicóticos, tales como los esquizofrénicos, ya que en retrospectiva podemos saber que el psicoanálisis nunca ha desarrollado un tratamiento efectivo para esquizofrénicos, mientras que sí lo ofreció para los pacientes neuróticos.

La teoría psicodinámica permitió comprender que la conducta de una persona está motivada por ideas y experiencias del pasado, que han sido reprimidas y permanecen inconscientes. La psicodinámica buscaba una liberación de la represión del conflicto inconsciente ocasionado por una experiencia traumática específica (Haley, 1993). Por lo tanto, para el tratamiento psiquiátrico la psicodinámica planteaba una interpretación convincente, que era acompañada del *insight* a cerca de las reacciones del paciente, con base en la teoría psicoanalítica. Este proceso requiere que el terapeuta y el paciente dialoguen. Esto puede funcionar con los pacientes neuróticos, pero en el caso de los psicóticos, que tienen una peculiar forma de comunicación, presentaba muchas dificultades; la teoría no necesariamente apoyaba su proceso terapéutico. Parece que algunos éxitos terapéuticos reportados con los pacientes psicóticos de aquella época, se relacionaban más bien con los esfuerzos intuitivos y el talento carismático de

algunos psiquiatras de orientación psicoanalítica. El caso es que en sí misma la teoría psicodinámica no explicaba suficientemente ese resultado terapéutico. Por lo que teorizar de manera concreta tanto el síntoma psicótico como su proceso terapéutico fue la demanda principal del contexto.

Por otro lado en los años cincuenta hubo una teoría orgánica que postulaba que el individuo diagnosticado como esquizofrénico era portador de un defecto orgánico o genético (Haley, *ibid.*, p. 80-81). Según lo informado por J. Haley, en 1976, durante una conferencia, en los cincuenta se invirtieron millones de dólares en las investigaciones para encontrar pruebas de un defecto fisiológico o cualquier otra cosa que demostrara una diferencia física entre el esquizofrénico y el individuo normal. Esta visión atrapaba tanto a los pacientes como a los terapeutas, en una situación difícil (Haley la llamó una situación de doble vínculo), puesto que al definir al esquizofrénico como deficiente biológico con una enfermedad eternamente subyacente, en la práctica se le estaba pidiendo al terapeuta que tratara una enfermedad incurable. Los pacientes de aquella época recibían tratamiento de los terapeutas que visualizaban su condición como incurable.

#### **1-5 El significado del planteamiento del grupo Bateson en este contexto**

Desde mi punto de vista, fue importante que haya sido en el estudio de la esquizofrenia donde se planteó la aplicación del modelo cibernético. Creo que no habría llamado tanto la atención la aplicación de este nuevo planteamiento, con el que se relacionaría el ulterior desarrollo de la terapia familiar, de no haberse referido a la esquizofrenia, en razón de que se trataba de un padecimiento que no había sido resuelto por otras perspectivas reconocidas por la psiquiatría, lo mismo por lo que concierne al modelo médico orgánico o al psicodinámico. La postulación de la inversión del valor incluida en el planteamiento del doble vínculo fue sumamente importante: lo que se consideraba incomprendible podía ser comprensible tan sólo cambiando el foco de atención, es decir, la epistemología subyacente. La hipótesis del doble vínculo planteó un contexto de interacción en el cual la forma aparentemente ininteligible de hablar de los esquizofrénicos parecía tener cierta función contextual apropiada con relación a su adaptación; además, postuló una visión relativa al síntoma con la que se trasladó el problema psiquiátrico del interior del individuo a la relación familiar. Asimismo, esta explicación incluía algunos aspectos de la teoría del aprendizaje según los cuales se consideraba a los esquizofrénicos como personas que habrían aprendido un modo

peculiar de comunicación dentro de su contexto familiar, lo que permitió disminuir el carácter discriminatorio que pesaba sobre estos pacientes debido al supuesto efecto orgánico incurable.

Los psiquiatras de los años cincuenta intentaban curar la esquizofrenia con base en teorías en las que se afirmaba que este padecimiento era incurable e incomprensible. Fue entonces que se encontraron con los planteamientos del grupo de Bateson, en los que se aportaban elementos para la comprensión y curación de la esquizofrenia. Por otro lado, estos planteamientos ofrecieron a los pacientes esquizofrénicos más elementos para cuestionar el trato y la connotación despectiva y discriminante a que estaban sometidos.

Por otra parte, me parece que la aplicación de un modelo teórico que no estaba directamente relacionado con la psiquiatría fue un hecho significativo y novedoso, tanto como lo fue la aplicación de la teoría de los tipos lógicos a la comprensión de las enfermedades psiquiátricas. Ese planteamiento fue revolucionario puesto que implicaba la posibilidad de cuestionar radicalmente los fundamentos teóricos del paradigma establecido en la normatividad institucional académica de la psiquiatría de aquel tiempo. El grupo de Bateson estableció que la teoría científica era simplemente una metáfora, y no propiamente una descripción de la "verdad", lo que facilitó la comprensión de los propios observadores sobre un fenómeno dado. Todo aquello significó que debía reconocerse que ni la metodología ni el conocimiento ofrecido por la normatividad académica institucional eran necesariamente los únicos, ni siquiera los más correctos. De hecho esta postura implicaba una amenaza importante para la autoridad de la psiquiatría. Esta fue una de las principales razones por las que la terapia familiar fundamentada en el modelo sistémico haya tenido que esperar tanto tiempo para adquirir reconocimiento académico-formal dentro de la psiquiatría. En términos generales, el desarrollo de la terapia familiar se dio al interior de las instituciones privadas, mayoritariamente al margen de la normatividad académica-universitaria institucional (Limón, en prensa).

Cabe mencionar que el modelo cibernético-sistémico no resolvió el problema psicótico de manera cabal, ni sustituyó el paradigma dominante de la psiquiatría estadounidense

por completo, ni aquel momento ni posteriormente, pero sí significó un avance trascendental en el mejoramiento de la práctica teórica de la psicoterapia. Ello se debe en parte al impacto del cambio epistemológico planteado por este enfoque.<sup>4</sup> Esta flexibilización del pensamiento terapéutico sobre los problemas psiquiátricos, fue una de las más importantes contribuciones de este nuevo enfoque terapéutico. En honor a la verdad, hemos de remarcar que ello ha sido logrado a lo largo de mucho tiempo, después de un largo recorrido, tras demostrar su efectividad clínica en varios casos concretos.

Se comprende mejor esta parte de la historia, si recordamos el camino que ha recorrido el psicoanálisis desde sus orígenes hasta convertirse en el enfoque predominante de los años cincuenta y sesenta. En sus inicios, el psicoanálisis encontró la incomprensión y la resistencia del paradigma médico, el preestablecido, y tuvo que desarrollarse igualmente primero dentro de un ámbito privado, tal como lo practicaba el propio Freud y sus discípulos (Ushijima, 1995).

La historia del surgimiento de la terapia familiar nos muestra que siempre ha existido una resistencia institucional al desarrollo y reconocimiento de nuevos descubrimientos y formas de pensar, que no coinciden con la metodología admitida por la autoridad académica del momento.

#### **1-6 Algunos conceptos claves para comprender el cambio epistemológico introducido en la psiquiatría al aplicar el modelo cibernético**

Varios autores han considerado que la aplicación del modelo cibernético o sistémico representó no sólo el desarrollo de una técnica alternativa de intervención psiquiátrica, sino un cambio epistemológico radical para la comprensión del fenómeno psiquiátrico. Enseguida revisaremos este cambio epistemológico a través de algunos conceptos claves que lo explican.

---

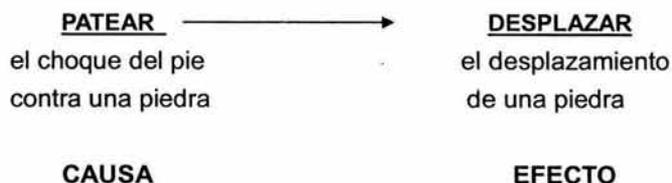
<sup>4</sup> En cuanto al significado del surgimiento del modelo sistémico, Limón (en prensa) plantea la contribución de este modelo, en que los psicoterapeutas adquirieron mayor libertad para buscar el modelo teórico de su trabajo terapéutico en otras áreas de la ciencia.

### a) La causalidad circular *versus* la causalidad lineal

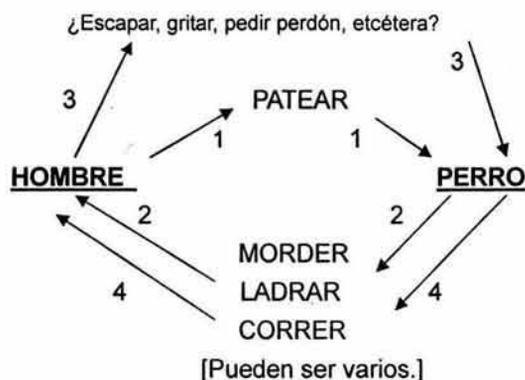
La teoría cibernética se basa en la causalidad circular, que contrasta con la causalidad lineal sostenida en la ciencia tradicional, como la física. La diferencia entre estos dos tipos de causalidad es comprensible a través de un famoso ejemplo presentado por Paul Waltzlawick *et al.* (1997, p. 30):

"Si el pie de un caminante choca contra una piedra, la energía se transfiere del pie a la piedra; esta última resultará desplazada y se detendrá en una posición que está totalmente determinada por factores tales como la cantidad de energía transferida, la forma y el peso de la piedra y la naturaleza de la superficie sobre la que rueda. Si, por otro lado, el hombre golpea a un perro en lugar de una piedra, aquél puede saltar y morderlo. En tal caso, la relación entre el puntapié y el mordisco es de índole muy distinta. Resulta evidente que el perro obtiene la energía de su propio metabolismo y no del puntapié, la energía para su reacción..."

La causalidad lineal puede ser representada en la secuencia de sucesos entre el pie de un hombre y una piedra; el primero es el choque y luego el desplazamiento de la piedra. Dentro de esta secuencia de sucesos, el choque del puntapié contra la piedra se considera como la causa determinante del desplazamiento de esta piedra:



En contraste con esto, la causalidad circular se representa en la secuencia de sucesos ocurridos entre el pie de un hombre y un perro. En este caso, la secuencia resulta ser más compleja:



En este esquema, la relación de las influencias se está ejerciendo en la forma circular, porque a diferencia con la piedra, las reacciones del perro no dependen solamente del acto del hombre, sino también de su propia constitución orgánica.

A través de este ejemplo, Watzlawick *et al.* (*op. cit.*) nos explican lo limitada que es la descripción ofrecida por la causalidad lineal. El esquema A entonces B, es solamente una parte de una cadena de sucesos continuos como A entonces B, entonces C entonces D, los que van ocurriendo entre los componentes que participan en esta interacción. El caso de los objetos inorgánicos, como una piedra, puede ser explicado a través de la causalidad lineal, porque las reacciones de éstos ante un suceso previo determinado son casi invariantes y predecibles por leyes físicas, en razón de que éstos no tienen una fuente de energía propia como es el caso de los seres vivos. Ante esta predecibilidad, el determinismo implícito en la causalidad lineal puede tener cierto significado para su descripción, pero este carácter determinista no es eficiente para describir una gran variedad de las posibles reacciones que emiten los organismos en una interacción.

El psicoanálisis estaba apoyado en un modelo conceptual acorde con la epistemología prevaleciente en la época de su formulación; postulaba que la conducta era, básicamente, el resultado de una interacción hipotética de fuerzas intrapsíquicas que obedecían a las leyes de conservación y transformación de la energía imperantes en la física (Watzlawick *et al.*, *op. cit.*). Es decir, el psicoanálisis trataba de explicar la conducta humana a través de leyes pertinentes al movimiento inorgánico, dentro de la causalidad lineal. Sin embargo, si consideramos la naturaleza circular de la interacción entre los

organismos, nos daremos cuenta que para el estudio de la psicología o la conducta humana, es más natural y convincente buscar un modelo teórico que incluya esta naturaleza para su explicación. La cibernética, ciencia que nació dentro de un contexto en el que se le definió a partir de la búsqueda del control, plantea el concepto del circuito de retroalimentación (*feedback loop*) que resuelve esta inquietud y nos ofrece un modelo teórico que describe cualquier fenómeno con base en la causalidad circular.

En la clínica, por ejemplo, el psicoanálisis busca convertir el conflicto intrapsíquico inconsciente de un paciente, que le fuera ocasionado por un trauma infantil específico, en uno consciente. En esto, se observan algunas hipótesis implícitas basadas en la causalidad lineal, tales como la de que el problema actual es el producto de una causa específica de su pasado; asimismo se observa la de que para resolver el problema actual es necesario saber su etiología y eliminar su causa; etcétera.

En cambio, la causalidad circular no busca su causa en un suceso pasado, sino en la organización actual de un sistema total que sostiene el problema, y en este sentido, la causalidad circular se considera básicamente "atemporal" (Simon, Stierlin y Wynne, 1997). Además, la circularidad cibernética se relaciona con las retroalimentaciones continuas que constituyen una organización relacional. Cada componente de esta organización está conectando con el otro componente y con una organización total. Debido a esta conectividad holística, un sistema no se comporta como un simple compuesto de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente. En términos clínicos, se empezó a estudiar la disminución o la desaparición del síntoma en términos de la identificación de las pautas recurrentes, las reglas relacionales de los integrantes y de la estructura; así, se comenzó a buscar cómo modificar dicha organización holística para que el síntoma del paciente no pudiera existir en ella. El crear una causalidad circular que imposibilita la existencia del síntoma en la interacción familiar de los pacientes volvió a convertirse en el tema de interés importante.

La diferencia entre estos dos tipos de causalidad representa un cambio epistemológico significativo que se planteó en la psiquiatría cuando fue introducido el modelo cibernético como una nueva alternativa.

## b) La esquizmogénesis planteada por G. Bateson y la cibernética

Bateson fue quien vio con mayor claridad la posibilidad de utilizar el modelo cibernético para el estudio y la explicación de los procesos causales en la interacción humana. Antes de encontrar el modelo cibernético él estudiaba ciertos procesos de interacción social que denominó "esquizmogénesis". Bateson observó en su estudio antropológico con la sociedad iatmul de Nueva Guinea, la presencia de ciclos autorreforzantes, en que las acciones de A desencadenarían las respuestas de B, que entonces desencadenarían una reacción aún más intensa de A, y así sucesivamente. Observó que hay dos tipos distintos de ciclos, que pueden ser denominados como *simétricos* y *complementarios*. En caso del ciclo autorreforzante simétrico, los comportamientos intensificados de A y B serían esencialmente similares, como en casos de rivalidad o de competencia. En cambio, en el caso del complementario, las acciones autogeneradoras serían distintas, como en los ciclos de sumisión-dominio o dependencia-socorro. Estos procesos de ciclos autorreforzantes fueron denominados como esquizmogénesis. Bateson incluyó varios ejemplos en los que la secuencia de relaciones autorreforzantes explicaban ciertos tipos de enfermedad mental como la paranoia. Uno de estos ejemplos es el siguiente: un paciente paranoico tiene una enorme desconfianza ante el mundo, lo cual desencadena en otras personas las respuestas que dan por resultado justificar sus temores, haciéndole cada vez más desconfiado. Otro ejemplo es una mala adaptación marital, que resulta cuando un miembro de la pareja es extremadamente autoafirmativo y el otro muy sumiso, estas características van acentuándose progresivamente: uno de los miembros cada vez más sumiso y el otro cada vez más autoafirmativo (Hoffman, 1998).

En su observación de los ciclos autorreforzantes en la interacción social, Bateson se interesó profundamente en la cibernética o la ciencia de los sistemas auto-correctores, como los servomecanismos. Reexaminó su concepto de la esquizmogénesis en términos de los ciclos de retroalimentación activados por error de la cibernética (Hoffman, *op. cit.*). En razón de esta historia la terapia familiar adoptó el modelo cibernético en sus primeros años, el cual ponía énfasis en el proceso estabilizante del circuito de retroalimentación; conceptuaba el síntoma del paciente en función de autorregulación de la organización total del sistema familiar. Es decir, el síntoma se consideró como el resultado del movimiento autodestructivo ocasionado por exceso de las correcciones. En cuanto a esta forma de pensar, surgen varios cuestionamientos y críticas en los años posteriores. Pero en este espacio me parece importante mencionar

la resonancia conceptual que existía entre el estudio antropológico de Bateson respecto de los ciclos autorreforzantes en la interacción humana y el modelo cibernético que explica el sistema autocorrectivo.

### **c) El paciente identificado**

Como ya se ha explicado, la totalidad es una característica peculiar del sistema, la cual explica que cada una de las partes de un sistema este relacionada de modo tal con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y, correlativamente, en el sistema total. Con base en esta idea, el paciente sintomático se considera como el paciente identificado, porque si hay un problema en una parte del sistema, ese problema se considera dentro del contexto familiar, y el síntoma no pertenece al paciente sino a la organización total del sistema. Esta forma de definir el paciente es muy diferente de la epistemología anterior, en el cual el problema se ubicaba en el interior del paciente sintomático de manera individual. En general se utiliza la abreviación de "PI" para indicar el paciente identificado.

### **d) Metacomunicación y la relación doblevincular**

La metacomunicación está definida como la comunicación que se refiere a la comunicación (Simon *et al.*, 1997, p226); es decir, semejante comunicación pertenece a un nivel de abstracción superior, en comparación con la comunicación propiamente dicha del primer nivel. La metacomunicación es fácilmente comprensible por medio de un ejemplo concreto:

ESPOSO: Me gustó mucho la película que ví. ayer. Estaba muy divertida.

ESPOSA: Ah, esa película que mi jefe evaluaba como demasiado comercial.

ESPOSO: ...Tu jefe, tu jefe... pues a mí me divirtió mucho esa película...A propósito, me gusta este restaurante, no es muy caro y nos sirven bien.

ESPOSA: ¿Ah sí? Me parece que es demasiado salado. Pero, este restaurante no es de primera clase, por eso tenemos que conformarnos con este sabor condimentado.

ESPOSO: ¿No será que tú siempre te opones a mí sin importar el tema? A ver, dime qué tienes contra mí.

Las comunicaciones del número 1 al 4 y la 5 son cualitativamente diferentes, porque en la 5 se cuestiona el tipo de comunicación que surge en la pareja con base en una

observación ubicada en un lugar abstractamente superior. El comentario 5 del esposo: "tú siempre te opones a mí sin importar el tema" es una metaobservación sobre la opinión de la esposa. Dentro de la terapia familiar se ha considerado esta metacomunicación como un factor importante para resolver la comunicación patológica que se establece en la familia.

Relacionado con este tema, encontramos el trabajo antropológico de G. Bateson, en el que nos informó la diferencia del grado de supervivencia cultural entre varios grupos indígenas de Bali al tener contacto con la cultura occidental. El grupo que mostraba la mayor supervivencia cultural reconocía la existencia de otra cultura desde un punto de vista *meta*, que les permitía integrar dos culturas, en cambio los otros que no llegaron a reconocer de esta manera dicha existencia, quedaban absorbidos culturalmente sin poder conservar la cultura original. A partir de esta observación, el *metaaprendizaje*, o la capacidad de poder percibir el fenómeno desde una meta visión se consideró como un factor importante para la resolución de los problemas que están necesariamente conectados con nuestra supervivencia en el ambiente (Ogami, 1998, p. 308-310). A partir de lo dicho podemos observar que aún antes del estudio comunicacional de los esquizofrénicos Bateson ya desarrollaba su reflexión acerca de la importancia de "metavisión" y "meta-comunicación" en la supervivencia humana.

En 1956 el grupo de Bateson planteó que los esquizofrénicos tenían problemas con su sistema metacomunicativo, debido al contexto comunicacional llamado "doble vínculo", en el que han estado continuamente. Por todos estos planteamientos, la "meta comunicación" y la "meta visión" han formado una parte importante del estudio de la terapia familiar.

Watzlawick *et al.* (1997) profundizaron en esta idea y explicaron la importancia de la metacomunicación para poner fin a una situación en la que se presenta el dilema relacional llamada "el juego sin fin":

Dos personas deciden jugar a un juego que consiste en sustituir la afirmación por la negación y viceversa, en todo lo que se comunican entre sí. Así, "sí" se convierte en "no", "no quiero" significa "quiero" y así sucesivamente. Como puede observarse, esta codificación de sus mensajes constituye una convención semántica y es similar a las innumerables convenciones utilizadas por dos personas que comparten un lenguaje. Empero, no resulta inmediatamente evidente que, una vez iniciado el

juego, los jugadores ya no pueden volver fácilmente a su modo "normal" de comunicación previo. De acuerdo con la regla de inversión del significado, el mensaje "debemos de jugar" significa "continuemos". Para interrumpir el juego sería necesario salir fuera de él y comunicarse sobre él. Evidentemente habría que construir ese mensaje como metamensaje, pero cualquiera fuera el calificador que se utilizara con tal fin estaría a su vez, sujeto a la regla del significado y sería por ende inútil. El mensaje "dejamos de jugar" es indeterminado pues: 1) es significativo al nivel de los objetos (como parte del juego) y en el metanivel (como un mensaje acerca del juego); 2) los dos significados son contradictorios, y 3) la naturaleza peculiar del juego no provee un procedimiento que permita a los jugadores decidirse por uno u otro significado. Esta indeterminabilidad les impide detener el juego una vez que ha comenzado. Llamamos juegos sin fin a estas situaciones". (p. 215-216).

Por medio de esta descripción, los autores nos muestran que en un caso tal como el del "juego sin fin", que es un sistema en el que se presenta un dilema relacional, para poder terminarlo existe la necesidad lógica de generar un metamensaje, y a la vez, nos describe la imposibilidad lógica de metacomunicarse dentro de este sistema, porque una vez que se establece el acuerdo original con respecto a la inversión del significado, los dos jugadores ya no pueden modificarlo, pues las comunicaciones necesarias para realizar este cambio (metacomunicación) constituyen la sustancia misma del juego. Ello significa que, en este sistema, es imposible generar cambio alguno "desde adentro" (Watzlawick *et al.*, *op. cit.*).

A partir de esta idea, se consideró la terapia como una oportunidad de la familia para salir del dilema relacional mediante ayudas externas al propio sistema, capaces de introducir la meta-comunicación y meta-visión necesarias. Se observó similitud lógica entre el dilema implícito en el "juego sin fin" y varios problemas relacionales dentro del sistema familiar.

Cabe mencionar que es muy diferente la visión de un psicoanalista y la del terapeuta familiar en cuanto a la tarea profesional con sus pacientes. En cuanto al primero, éste busca facilitarle al paciente la conscientización de su conflicto inconsciente, originado en el pasado; en cambio el segundo se preocupa por introducir una metavisión y metacomunicación en la familia tal que sean capaces de generar un cambio organizacional. Dicha metavisión y metacomunicación no surgen fácilmente desde el interior del sistema debido al dilema implícito en el conflicto relacional.

De esta manera, la metacomunicación representa un cambio epistemológico importante introducido por la aproximación sistémica.

### **e) El uso de la cámara de Gesell: la innovación técnica y la metaobservación**

La terapia familiar introdujo una innovación técnica importante en el tratamiento psiquiátrico: el uso de la cámara de Gesell y la videograbación. La cámara de Gesell se constituye por dos cuartos divididos mediante un espejo de visión unidireccional, mismo que permite observar un cuarto desde el otro sin que a su vez el cuarto observado pueda observar al otro cuarto. En general, la cámara de Gesell es conocida como un medio de la observación para fines de investigación, sin embargo, en la terapia familiar constituye una más de las partes activas de la intervención.

Dentro de la terapia familiar, la familia y el terapeuta encargado del caso, entran en el cuarto en el que pueden ser observados, mientras que el equipo terapéutico se ubica en el otro, en el que pueden observar el proceso terapéutico sin ser observados por la familia. El equipo que está atrás del espejo de visión unidireccional, puede comunicarse con el terapeuta encargado por medio de un interfón que permite establecer comunicación entre los dos cuartos, haciendo posible el envío de mensajes relativos a lo observado por el equipo respecto de la dinámica terapéutica.

Lynn Hoffman nos informa que esta técnica está relacionada con las ideas planteadas en el área de la antropología por Bateson: las ventajas de un formato bicameral son "los saltos a una nueva perspectiva o surgimiento de posibilidades nuevas que siguen al ser reunidos las dos visiones, dos manos y dos cámaras del cerebro". (1998, p. 15)

La introducción de la cámara de Gesell o de la videograbación de sesiones terapéuticas se puede comprender como una forma de aplicar la metavisión al dilema presentado dentro del problema relacional. Pues a través de estos métodos, física y artificialmente se puede crear un nivel de observación distinto y más abstracto de la interacción en el proceso terapéutico. En el caso de la cámara de Gesell, la observación del equipo terapéutico es muy diferente de la que tiene el terapeuta, quien está directamente

involucrado con la familia en la terapia y, por otro lado, la revisión de la videograbación permite, tanto al terapeuta como a la familia,<sup>5</sup> una observación de nivel de abstracción superior.

Si recordamos la necesidad de introducir la metavisión para abrir la posibilidad de modificar "un juego sin fin", el cual es el constituyente de muchos dilemas relacionales, comprendemos mejor la importancia y el significado innovador de la introducción de estas técnicas en el proceso terapéutico.

### **1-7 Otros autores importantes relacionados con el inicio de la terapia familiar**

Dentro del desarrollo de la terapia familiar, es indudable que el movimiento del grupo de Bateson es el más representativo para la descripción de la década de los cincuenta, puesto que introdujo varios conceptos revolucionarios de otras áreas de la ciencia en las investigaciones psiquiátricas. Sin embargo, no debemos olvidar que en esa misma década hubo otros autores que ya iniciaban los trabajos relacionados con la familia. Estos trabajos no se desarrollaron basándose en conceptos cibernéticos, pero sus resultados iban adquiriendo cierta resonancia en los trabajos del grupo de Bateson en los años posteriores, y así, se fue desarrollando la terapia familiar a partir de influencias mutuas entre varios de los autores que buscaban un enfoque más eficiente para el tratamiento psiquiátrico.

Por esta razón, para completar la descripción de los años cincuenta, reflexionaremos sobre los movimientos de algunos de los autores de esa década que no formaban parte del grupo de Bateson, y que tuvieron papeles importantes en el desarrollo de la terapia familiar.

#### **a) Milton Erickson**

"Suele reconocerse que Milton Erickson, doctor en medicina, es la figura mundial más destacada en hipnosis médica. Sus escritos sobre la hipnosis constituyen la palabra más autorizada de las técnicas para inducir el trance; sus trabajos

---

<sup>5</sup> La revisión del video por la familia consultante no necesariamente constituye el formato estándar de la terapia familiar, pero hay ocasiones en que el terapeuta utiliza la revisión del video junto con la familia dentro de las sesiones para fines terapéuticos.

experimentales exploran las posibilidades y límites de esta inducción, y sus investigaciones establecieron la índole de la relación entre el hipnotizador y el sujeto (Haley, citado en de Shazer, 1996, p. 53)."

Éstas son las palabras utilizadas por J. Haley para presentar a este autor. Milton Erickson se especializaba en hipnosis y fue reconocido como el "mago de la psicoterapia" del siglo xx, por sus exitosas y originales formas del tratamiento psicológico. La relación entre este autor y la terapia familiar la encontramos en el proyecto de Bateson, quien mandó a sus dos colaboradores del proyecto ( Haley y Weakland), con Milton Erickson<sup>6</sup> para aprender el aspecto práctico del tratamiento psiquiátrico que faltaba en su estudio de la comunicación de los pacientes esquizofrénicos. El grupo de Bateson se aproximaba a nuevas maneras de comprender la comunicación de esta patología, pero no contaba con el conocimiento práctico del tratamiento. Dentro del ambiente psiquiátrico de aquella época en donde predominaba la comprensión psicoanalítica de los síntomas, Erickson se destacaba por su original forma de intervenir con los pacientes sin restringirse por la tradicional manera de conceptualizar los comportamientos sintomáticos, y también por sus resultados exitosos en los casos que otros psiquiatras no lograban obtener una mejoría. Éstos fueron factores importantes por los que Bateson se interesó contactar con este autor.

Aparte de esto, Bateson buscaba la relación entre el trance hipnótico y el tratamiento de los esquizofrénicos, por lo que las habilidades de Erickson al respecto eran muy atractivas para su proyecto. Posteriormente, el acercamiento del grupo de Bateson con este autor dio como resultado aquel famoso concepto terapéutico, la *prescripción paradójica (el doble vínculo terapéutico)*, que caracteriza la aproximación estratégica de la terapia familiar (Hoffman, 1998, p. 219).

Cabe mencionar que en los años posteriores hubo una discusión en cuanto a la primacía de la idea del doble vínculo terapéutico, puesto que Bateson lo describió teóricamente por medio de la argumentación deductiva, siendo que M. Erickson ya

---

<sup>6</sup> Erickson vivía en esta época en Phoenix, Arizona, por lo que Haley y Weakland tenían que viajar varias veces a esta tierra para aprender sus técnicas terapéuticas originales.

usaba esta idea sin tratar de explicarla teóricamente. Sin embargo, Erickson le dijo a Bateson: "da lo mismo quien lo haya descubierto" (Ogami, 1998).

Como podemos ver en este episodio, Erickson fue un psiquiatra que sabía resolver varios problemas conductuales de las personas por medio de sus conocimientos humanos no necesariamente teorizados. Su idea terapéutica era una mezcla de varias aproximaciones en forma no organizada, pero sabía generar un cambio concreto y positivo en los síntomas de sus pacientes. Su intervención se basaba en el conocimiento empírico que él había adquirido con base en la profunda observación y la introspección sobre la conducta humana. Dicen que su capacidad extraordinaria tenía que ver con sus dificultades físicas ocasionadas por varios ataques de polio, en tanto que las necesidades causadas por dichas dificultades le ayudaron a agudizar su comprensión acerca de las complejas lógicas de la conducta humana.

Indudablemente tanto para el grupo de Bateson como para la terapia familiar sistémica, el contacto con Erickson fue un estimulante importante en su desarrollo. J. Haley, quien aprendió con M. Erickson, realizó varios escritos que presentan los trabajos de su maestro, dentro de los cuales se destaca: *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of M.H. Erickson* (Haley, 1967). Por otro lado, entre los discípulos directos de Erickson encontramos varios autores importantes como Grinder y Bandrer (fundadores de la programación neurolingüística [PNL]); J. Zeig (fundador de la Fundación Erickson); E. Rossi; W. O'Hanlon, entre otros, cuyos trabajos también dieron influencias importantes al desarrollo de la terapia familiar.

Por estas razones, M. Erickson es considerado como uno de los abuelos de la terapia familiar, a pesar de que su interés no necesariamente se concentraba en el estudio de la familia ni mucho menos en la aplicación de los conceptos sistémicos en el tratamiento psiquiátrico (Ogami, *op. cit.*).

## **b) Murray Bowen**

Desde mi punto de vista, durante la década de los cincuenta, el movimiento más atractivo relacionando con el enfoque sistémico del estudio de la familia fue el del grupo de Bateson. Sin embargo, en esta misma década hubo otros investigadores que exploraban el mismo terreno a partir de antecedentes más clínicos. Entre esos investigadores se encuentra un psiquiatra distinguido: Murray Bowen, quien en 1957

tuvo dos oportunidades de presentar su trabajo, tanto en la American Orthopsychiatric Association (Ortho) como en la American Psychiatric Association (APA). Estos congresos tuvieron por foco de atención a pacientes psiquiátricos en contextos familiares. A raíz de esas dos presentaciones su nombre empezó a ser reconocido ampliamente en el área (Hoffman, 1998; Yusa, 1984). Dentro de todos los terapeutas familiares sistémicos Bowen es una figura representativa entre los autores que guardan las tendencias psicodinámicas, lo cual es comprensible al conocer su historia personal como un psiquiatra formado en Estados Unidos antes de la década de los años cincuenta (Hoffman, *op cit*; Yusa, *op. cit.*).

La postura teórica inicial de Bowen fue psicoanalítica. Mientras que pertenecía a la clínica de la Menninger Foundation, en Kansas, entre 1946 y 1954, trataba a pacientes esquizofrénicos basándose en el tratamiento psicoanalítico. En este periodo, los pacientes de Bowen lograban mejorías, pero solían recaer inmediatamente después de salir de la clínica y regresar a su contexto familiar. Tras estas experiencias, empezó a interesarse en la influencia de las familias en la enfermedad psiquiátrica, independientemente de la psicodinámica individual de cada paciente (Hoffman, *idem.*; Yusa, *idem.*).

Bowen fue el primer investigador en incluir a la madre en la hospitalización del paciente. A través de estas experiencias se interesó mucho en el intenso afecto que se observaba entre el paciente esquizofrénico y su madre, y planteó la hipótesis de la "simbiosis madre-paciente". Conceptuó la esquizofrenia como resultado de un nexo simbiótico no resuelto entre el paciente y su madre. Esta hipótesis planteaba que el proceso básico que contribuía al desencadenamiento esquizofrénico era una relación simbiótica desarrollada entre la madre y su hijo, en la cual el *ego* defectuoso de la madre envolvía al *ego* en desarrollo de su hijo, lo cual hacía que la madre, finalmente, se volviera incapaz de separarse de él (Hoffman, *idem.*; Yusa, *idem.*).

En la primera mitad de la década de los cincuenta el marco teórico de Bowen era predominantemente individual y psicoanalítico, pero fue uno de los pioneros que vincularon al síntoma del paciente con su relación familiar. Él logró hospitalizar a los miembros de la familia junto con el paciente dentro de aquel contexto psicoanalítico que no aceptaba incluir a los familiares del paciente en el proceso terapéutico. El marco psicoanalítico planteaba que la presencia de la familia en el tratamiento obstaculizaba la transferencia necesaria en el proceso. Dentro del psicoanálisis, la relación familiar del

paciente ha sido discutida en términos del pasado y de las causas del trauma, y no en relación con el vínculo familiar presente. En este contexto, Bowen empezó a explorar un tratamiento psiquiátrico en el que se incluía la relación familiar actual del paciente (Hoffman, *idem*; Yusa, *idem*).

A partir de 1954, Bowen cambió el lugar del desarrollo profesional a NIH (Nacional Instituto of Mental Health) de Bethesda, Maryland, en donde se dio cuenta de que la "simbiosis madre-paciente" es sólo una parte del sistema familiar. Pensó que la esquizofrenia era señal de una patología más generalizada en toda la familia. La hospitalización de todos los miembros de la familia se planteó con base en esta idea. Un análisis retrospectivo nos muestra que esta época fue la despedida de este autor del psicoanálisis. A diferencia de muchos de sus colegas, también pioneros de la terapia con familias, quienes luchaban por poder adaptar la teoría clásica psicoanalítica en la vida familiar, él se dio cuenta de que no era adecuado buscar adaptar los conceptos psicoanalíticos para la descripción del movimiento familiar, porque éstos estaban conceptuados dentro de una visión demasiado individualista. Bowen empezó a buscar un nuevo lenguaje que le permitiera describir el vínculo entre el síntoma del paciente y la relación familiar que lo desenvuelve. En los años posteriores, este autor describió la dificultad que sintió al despedirse del marco psicoanalítico en aquel momento (Hoffman, *idem*; Yusa, *idem*).

Hacia finales de los cincuenta, Bowen ya había obtenido un importante reconocimiento como investigador familiar en la psiquiatría, pero su contribución más concreta para la terapia familiar sistémica fue a partir de que planteó una teoría familiar sistémica original en la década de los sesenta (Hoffman, *idem*; Yusa, *idem*).

Es importante destacar, que en el inicio de la terapia familiar hubo diversos autores que buscaban establecer una nueva forma de trabajar con el paciente psiquiátrico relacionándolo con el contexto familiar. Los marcos teóricos de esos investigadores variaban dependiendo de la historia personal de cada persona; dichas diferencias se reflejaban en la aplicación del enfoque sistémico en el planteamiento original de los modelos terapéuticos. Lo interesante es que en los años que siguieron, bajo el amplio marco conceptual de la teoría general de los sistemas, y a pesar de las diferencias entre ellas, se empezó a gestar una resonancia teórica entre varias de las aproximaciones familiares. Cabe señalar que la terapia familiar se desarrolló entre los

pioneros que buscaron establecer un nuevo formato de trabajo sin tener un marco teórico claro que los uniera o sustentara.

### c) Nathan Ackerman

Según Lynn Hoffman, Nathan Ackerman era el investigador familiar más importante en el nordeste de los Estados Unidos. En la costa del este, su nombre fue sinónimo de terapia familiar, puesto que a finales de los años treinta, ya había escrito un artículo sobre la familia en el que la entendía como una unidad biológica-emocional, y en los cincuenta fue uno de los primeros en analizar familias en la clínica. Él utilizaba formulaciones psicodinámicas para explicar sus trabajos. Lynn Hoffman lo describe de la siguiente manera (Hoffman, 1998, p 213):

“...un análisis de las transacciones en cada sesión nos convence de que Ackerman estaba avanzando hacia lo que después sería conocido como un enfoque “estructural” de la terapia familiar, enfoque que vincula los síntomas con las estructuras familiares disfuncionales.”

Ackerman no necesariamente planteó un modelo terapéutico con base en los conceptos sistémicos, sin embargo su práctica terapéutica poseía cualidades similares a las de los trabajos de autores posteriores, e influyó en varios otros investigadores familiares. Aparte de su prominente capacidad terapéutica, Ackerman contribuyó a la terapia familiar a través del establecimiento de un instituto, en el que varios terapeutas sistémicos desarrollaron nuevas e importantes ideas. Por ejemplo, Lynn Hoffman, Peggy Papp, Bradford Keeney y Olga Silvestain<sup>7</sup> tuvieron experiencias laborales en este instituto. En el instituto de Ackerman no se desarrolló “un modelo Ackerman”, sino que con base en una perspectiva flexible y libre se plantearon diversas ideas relacionadas con la terapia familiar sistémica, en las que hayamos tanto conceptos que avalaban los planteamientos preestablecidos, como otros que se les oponían.

---

<sup>7</sup> Las contribuciones de estos autores pueden verse en los siguientes capítulos. Sus libros representativos son: *El proceso de cambio* (Peggy Papp), *Estética del cambio* (Bradford Keeney), *La red invisible* (Olga Silverstein et al), *La voz terapéutica de Olga Silvestain* (Bradford Keeney y Olga Silvestain), etc.

Aparte de esto, Ackerman es conocido por introducir a Salvador Minuchin en el área de la terapia familiar, quien posteriormente llegó a ser el fundador del modelo estructural. Aún más: en 1960 fundó junto con Don Jackson la primera revista de la terapia familiar sistémica, *Family Process*. Ackerman contribuyó de manera relevante en el establecimiento de la comunidad de los investigadores familiares. En varios sentidos, no podemos olvidar las contribuciones de este autor en el desarrollo de la terapia familiar.

### **1-8 Un mapa mínimo del desarrollo de la terapia familiar en la década de 1950**

En los cincuenta, podemos identificar las dos tendencias representativas que influyeron en el inicio del desarrollo de la terapia familiar sistémica. En la costa oeste de Estados Unidos encontramos el movimiento del grupo de Bateson cuyos trabajos, basados en la cibernética, abrieron la visión sistémica en el área de la terapia familiar. Este movimiento fue realizado por investigadores que no eran psiquiatras, por lo que desde el inicio ellos tenían la libertad para desarrollar nuevas formas de pensar sin tener que buscar una concordancia con el pensamiento psiquiátrico convencional de aquel tiempo, a diferencias de los psiquiatras que estaban necesariamente comprometidos con dichas ideas.

En cambio, en la costa este, se originó otro movimiento que se interesaba por realizar tratamientos psiquiátricos en relación con el contexto familiar del paciente. En esta década el grupo de la costa este todavía no tenía una perspectiva claramente sistémica, sino que buscaba una forma de adaptar en las intervenciones con la familia entera del paciente la visión psiquiátrica-psicodinámica que imperaba en aquel tiempo. Como podemos comprender por las palabras de Bowen, este trabajo era difícil, en particular en razón de que la visión psicodinámica era básicamente individualista y no permitían intervenir al paciente junto con sus familiares. Tratar de cambiar esta visión preestablecida era un trabajo realmente complicado. En los años posteriores, los autores que tenían una idea básicamente psicodinámica empezaron a utilizar el concepto de sistema más explícitamente para describir la enfermedad psiquiátrica de un paciente en relación con la dinámica familiar en que se encontraba.

De esta manera, al final de la década referida ya se observaban dos líneas distintas del pensamiento de la terapia familiar sistémica: 1) una perspectiva cibernética de la enfermedad psiquiátrica que se originó entre autores de corrientes no psiquiátricas, y 2)

una perspectiva psicodinámica-sistémica que buscaba la adaptación de dos tipos distintos de ideas: la perspectiva convencional de la psiquiatría y la perspectiva sistémica.

## EL DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR EN LA DÉCADA DE 1950

Lugar	Costa oeste		Costa este	
	Palo Alto, en California (el Grupo de Bateson)		Topeka Washington, D.C.	Nueva York Ackerman Institute
Autor	1. G. Bateson, antropólogo 2. D. Jackson, psiquiatra. 3. J. Haley, comunicólogo. 4. J. Weakland, antropólogo e ingeniero químico		M. Bowen	Nathan Ackerman
Fundamento Teórico	Enfoque interaccional Modelo cibernético.		Buscaban el nuevo enfoque terapéutico con la familia, basándose en algunos conceptos psicodinámicos.	
Trabajos realizados en los años cincuenta que influyeron en la terapia familiar	El Proyecto Bateson (1952-1962): 1. El análisis comunicacional de los pacientes esquizofrénicos. (El planteamiento de la teoría del doble vínculo). 2. La aplicación de la teoría cibernética y la teoría de los tipos lógicos en el estudio psiquiátrico.		1. La hipótesis de la esquizofrenia en tres generaciones. 2. Fue uno de los primeros autores psiquiátricos que hospitalizaron a familias enteras para su observación y tratamiento. 3. Su idea estaba históricamente orientada.	1. La familia como unidad biológica-emocional (finales de los años treinta). 2. En los cincuenta, fue uno de los primeros que analizaba a la familia.

## CAPÍTULO 2

### LOS AÑOS SESENTA: EXPANSIÓN DEL CONCEPTO SISTÉMICO EN RELACIÓN CON EL ESTUDIO DE LA SALUD MENTAL Y LA AMPLIACIÓN DE LOS TEMAS DE INTERÉS

En la década de los años sesenta, el concepto de sistema planteado por la cibernética empezó a ser utilizado por varios psiquiatras. Los investigadores de la terapia familiar hicieron referencia a la cibernética y a la teoría general de los sistemas, planteada por Bertalanffy, para explicar los problemas emocionales y mentales en relación con el contexto familiar. Fue entonces que la terapia familiar sistémica se desarrolló notablemente; para entonces su aplicación ya no se limitaba sólo a los pacientes esquizofrénicos, sino a otros problemas sociales que también requerían de nuevos planteamientos para su comprensión, tales como la delincuencia, las relaciones familiares, la rebeldía de los hijos, entre otros (Hoffman, 1989).

Dentro de todos los proyectos comunitarios basados en la aproximación sistémica, un proyecto representativo fue el dirigido por Salvador Minuchin (Proyecto Wiltwyck, 1962-1965). En este se estudió la delincuencia juvenil y su relación con las familias pobres de una zona marginada de Nueva York. El resultado del proyecto influyó de manera importante en el área, debido a que mostraba que el concepto de sistema era útil en particular para comprender problemas sociales tales como la delincuencia. Por otro lado, E. H. Auerswald planteó "la aproximación ecológica", la cual sostenía la importancia de resolver los problemas psiquiátricos que se presentaban en los programas comunitarios. En un hospital psiquiátrico de Denver también se realizó un importante proyecto en el que, por medio de datos estadísticos, y en comparación con los métodos convencionales, se demostraba la efectividad de la aproximación sistémica en el área de la "intervención en crisis". Éstos son algunos ejemplos de la ampliación de los temas tratados por la aproximación sistémica en la década de los sesenta. Un concepto común en todas estas diferentes investigaciones fue el análisis holístico del problema, como es planteado tanto en la cibernética como en la teoría general de los sistemas.

En esta década se observa una ampliación del pensamiento y la diversificación de los modelos cibernético-sistémicos. Para la segunda mitad de la década de los sesenta ya se habían trazado a grandes rasgos las líneas del tratamiento, cada una de las cuales fue representada por un autor reconocido. A pesar de que todos estos modelos compartían ciertas características comunes, inherentes a la teoría general de los

sistemas o a la cibernética, la metodología planteada por cada autor para lograr el cambio terapéutico fue muy distinta, lo que propiciaba que se volviera más compleja, a la vez que atractiva, la comprensión del desarrollo de la terapia familiar sistémica.

En este capítulo describo la historia del desarrollo de tres distintas aproximaciones sistémicas a la terapia familiar para, así, comprender el contexto en el que se desarrollaron diversos pensamientos sistémicos en la psicoterapia. Las tres aproximaciones representativas en esta década son: 1) **la interaccional-estratégica**; 2) **la estructural**, y 3) **la multigeneracional-histórica (transgeneracional)**.

La primera orientación fue planteada por un grupo de investigadores, herederos de los estudios sobre comunicación desarrollados por el grupo de Bateson, por lo que la describiré en relación con el movimiento posterior a este grupo. La segunda aproximación fue resultado del proyecto comunitario de Salvador Minuchin con familias pobres. La tercera fue planteada por Murray Bowen, cuya importancia para el inicio de la terapia familiar fue revisada en el capítulo anterior. En este capítulo se abordará la evolución posterior de los planteamientos de este autor (Hoffman, op. cit.).

Aparte de estos tres lineamientos del pensamiento terapéutico, analizaremos los nuevos temas que se abordaron durante la década de los años sesenta. En primer lugar nos referiremos la *tipología de la familia* como una clasificación sustituta al diagnóstico psiquiátrico convencional de aquella época. En segundo lugar, a la *triangulación*, concepto ampliamente estudiado durante aquella década, el cual nos permitió observar una dimensión distinta de la organización familiar (Hoffman, *idem.*).

A su vez, es notable la expansión espacial de la terapia familiar en la década de los años sesenta. Si bien, durante los cincuenta, gracias al trabajo del grupo de Bateson, la costa oeste de Estados Unidos se convirtió en un centro que atraía los talentos de los investigadores de la terapia familiar; en la década de los sesenta, en la costa este también se desarrolló la comunidad de los investigadores familiares-sistémicos, especialmente bajo la iniciativa de Salvador Minuchin (Nueva York y Filadelfia) y Nathan Ackerman (Nueva York). Además de estos dos centros en los que se desarrollaban nuevas ideas de la terapia familiar sistémica, surgieron otras instituciones que empezaron a aplicar el enfoque sistémico en la psiquiatría, tal es el caso del Hospital Psiquiátrico de Denver (Hoffman, *idem.*).

Cabe mencionar que a partir de esta década, los investigadores que en forma independiente realizaban sus trabajos con la familia, comenzaron entonces a compartir sus resultados, formando una comunidad de terapeutas familiares, bajo la colaboración de diferentes instituciones. Algunos ejemplos concretos de este fenómeno son:

1. En 1960, bajo la colaboración de Don Jackson y Nathan Ackerman, se fundó la revista especializada en terapia familiar llamada *Family Process*. Esta revista representó para varios investigadores familiares un medio para el intercambio de opiniones e información (Ogami, 1998; Hoffman, 1998).

2. A partir de finales de los cincuenta investigadores familiares como M. Bowen, N. Ackerman y D. Jackson, empezaron a ser invitados, como participantes en las conferencias de la Ortho y de la APA. Esto representaba reconocimiento e interés en la terapia familiar por parte de la psiquiatría estadounidense. A la vez, estas invitaciones propiciaron una vinculación profesional más amplia entre los investigadores familiares con los de otras corrientes (Hoffman, 1998; Yusa, 1984).

3. Además, se plantearon cursos de capacitación para aprender terapia familiar sistémica en varias instituciones estadounidenses, los cuales contribuyeron a la expansión de la terapia familiar (Hoffman, 1998; Schlanger, y Watzlawick, s/f).

Ésta es la descripción general de la década que nos ocupa; enseguida revisaremos cada punto con más detalle para contextualizar la diversificación del pensamiento terapéutico ocurrida dentro de la terapia familiar en aquellos años.

## **2-1 Aplicación del enfoque sistémico en el servicio comunitario y la intervención en crisis**

### **2-1-1 El proyecto Wiltwyck y el estudio de las familias pobres**

En la actualidad, Salvador Minuchin es reconocido como el fundador de la terapia familiar estructural, pero el inicio de su actividad como terapeuta familiar se encuentra en el proyecto que él mismo encabezó durante tres años a partir de 1962. Dicho trabajo

consistía en estudiar y trabajar con familias de delincuentes juveniles en la Wiltwyck School.<sup>8</sup> Dicho trabajo se realizó dentro de un contexto social estadounidense en el que, para tratar los problemas psicosociales de los pobres, se avocaban recursos económicos por medio de programas comunitarios (Hoffman, 1998, p. 242-249).

Lynn Hoffman compara la contribución de este proyecto, desarrollado en la costa este durante la década de los años sesenta, con el proyecto de Bateson, que atrajo el talento y las ideas en la costa oeste durante los cincuenta. Minuchin reunió a varios brillantes investigadores, entre los que se encontraban E. H. Auerswald, Richard Rabkin y Braulio Montalvo, entre otros, y los incorporó a su proyecto. En este sentido, el proyecto de Minuchin, publicado en su libro *Families of Slums*, no era únicamente un estudio más de investigación familiar. De hecho, después de que terminó, en 1965, la mayoría de los investigadores continuaron aportando ideas originales, y desarrollaron nuevos proyectos en la terapia familiar (Hoffman, *op. cit.*).

Las dos grandes contribuciones del proyecto de Minuchin al desarrollo de la terapia familiar, además de estimular a varios investigadores pioneros del área, fueron las siguientes: 1) en las investigaciones comunitarias se puso de manifiesto la relación que tiene lugar entre una condición contextual, tal como la de la organización familiar, y el problema específico, tal como el de la delincuencia de los hijos; 2) despertó el interés en la tipología basada en la estructura familiar.

## **2-1-2 El interés en el problema comunitario y el modelo ecológico**

En la década de los años sesenta el enfoque sistémico encontró una nueva área de desarrollo: la psiquiatría comunitaria. Fue E. H. Auerswald, uno de los colaboradores de Minuchin, quien más se interesó en utilizar el enfoque sistémico para transformar la estructura de los programas de psiquiatría comunitaria en marcos públicos. Él dejó el proyecto de *Wiltwyck School* con la idea de crear un "programa de ciencias conductuales aplicadas" en los Servicios de Salud en Gouverneur, en el East Side de Nueva York (Hoffman, *idem.*).

---

<sup>8</sup> En este lugar no revisaremos a fondo el contenido de esta investigación, pero se puede consultar: S. Minuchin et al. (1968), *Families of the Slums*, Nueva York, Basic Books.

Auerswald planteó el enfoque de "sistemas ecológicos", que estaba dirigido hacia el campo total de un problema, el que incluía todas las influencias con las que tendría que enfrentarse cada terapeuta que trabajara con familias pobres, por ejemplo, la familia extensa, las figuras de la comunidad, instituciones sociales diversas como las de beneficencia, entre otras. Este autor no estaba de acuerdo con la idea interdisciplinaria, porque ella sólo planteaba reunir a un equipo de profesionales, cada uno apoyado en una disciplina diferente. Auerswald enfatizaba la necesidad de un nuevo tipo de profesional de la salud, que adoptara una visión holística y sistémica del problema. Según Lynn Hoffman, esta visión es una aplicación concreta de la «aversión batesoniana» contra «hacer tajos de la ecología» (Hoffman, *ibid.*, p. 243).

Dentro de los programas de atención de la salud que propuso Auerswald, encontramos uno que en aquellos años era totalmente inaudito, pero comprensible si consideramos la "transparencia en la terapia" propuesta por los autores de la corriente posmodernista de la década de los años noventa, a saber (Hoffman, *idem.*):

"...convocar a conferencias en que cada miembro de una familia multiproblemática, además de los profesionales interesados, se reúnen en una sala para elaborar un plan con el fin de coordinar todos los servicios relacionados con esa familia en particular."

Aparte de esto, Auerswald planteó la creación de una unidad móvil de urgencias; se trataba de un equipo de profesionales en salud mental que operaba desde una ambulancia, que iría ya de una casa a una escuela, o a un hospital e, incluso, a un tribunal, según fuera la situación. Tal proyecto estaba apoyado en la idea de la importancia de atender la integridad contextual de un problema. Este planteamiento se relacionaba con la intervención en crisis, que también es un área desarrollada en relación con el enfoque sistémico. La necesidad ecológica de atender la integridad contextual de un problema, tiene su raíz en los conceptos introducidos por Bateson en el área de la salud mental y su modelo cibernético (Hoffman, *op. cit.*).

El conjunto de los planteamientos introducidos por el grupo de Bateson era tan extenso, nuevo y complejo, que ha sido difícil diseñar modelos que pongan en práctica la totalidad de dichas ideas. Creo que ésta es una de las razones por las que existe una gran diversidad de formas para desarrollar la terapia familiar, ya que cada autor enfatiza

los puntos que considera más importantes y trascendentales al concretizar las ideas propuestas en la cibernética y la teoría general de los sistemas. En el caso de E. H. Auerswald se observa un esfuerzo particular por poner en práctica la visión contextual y holística dentro de la psiquiatría comunitaria. Aunque el modelo de este autor no logró una influencia práctica tan amplia como el modelo estructural de Minuchin, la idea ecológica y la importancia de contextualizar la práctica psiquiátrica planteadas por él han sido continuamente retomadas por varios autores en los años subsecuentes. Por lo tanto, es importante tomar en cuenta el trabajo ecológico de Auerswald en la década de los sesenta para describir la historia de la terapia familiar.

A comienzos de 1970, Auerswald salió de Nueva York para encabezar un pequeño centro de salud mental en la isla de Maui. A pesar de su salida de los lugares centrales en los que se desarrollaban nuevas ideas sobre terapia familiar, el planteamiento principal de este autor, aquel que postulaba la necesidad de establecer las dimensiones de los problemas de la salud mental en su contexto ecológico global, iba adquiriendo cada vez mayor área de aceptación en importantes instituciones, escuelas y programas de enseñanza (Hoffman, *idem.*).

### **2-1-3 Intervención en crisis**

Hacia el final de la década de 1960, en Denver, Donald Langsley y David Kaplan realizaron una investigación que influyó, de manera determinante el curso de la psiquiatría comunitaria. Con base en un diseño de investigación bien construido, estos investigadores demostraron los efectos benignos del tratamiento familiar breve para los casos de problemas psiquiátricos agudos, contrastándolos con la estrategia hospitalaria rutinaria que se utilizaba en aquella época. Para ese momento, la terapia familiar de "sistemas" ya contaba con un considerable número de defensores y de comprobaciones, pero escaseaban los estudios que la respaldaran con resultados estadísticos, por lo que el proyecto de Denver constituyó una piedra miliar en la historia de la terapia familiar de esta época (Hoffman, *idem.*).

La investigación se realizó utilizando los casos tratados en la sala de emergencias del Hospital Psiquiátrico de Colorado, dentro de los cuales, aquellos que en opinión del psiquiatra residente requerían de hospitalización, una de cinco personas elegidas al azar era enviada a la Unidad de Tratamiento Familiar. En esta unidad, cada paciente fue tratado con su familia, sobre una base breve, sin ser hospitalizado. Los integrantes de

esta unidad fueron: Frank Pittman, psiquiatra; Kalman Flomenhalt, trabajador social, y Carol de Young, enfermera de salud pública (Hoffman, *idem.*).

Esta unidad tenía el objetivo de hacer que el paciente con crisis repentina volviera a su anterior nivel de funcionamiento, lo más pronto posible y sin ser hospitalizado. A su vez tenía el objetivo de ayudar a que, junto al paciente, la familia superase la crisis que la había llevado allí. Para este fin, en la primera reunión era invitada toda la familia y cualesquiera otras personas o ayudantes que estaban involucrados en o preocupados por el problema del paciente. Ocasionalmente se recomendaba pasar la noche en el hospital, pero en general el paciente se iba a su casa con la familia en el primer día. En este proceso, se hacían varios intentos terapéuticos desde la perspectiva sistémica, tales como comprender las razones contextuales de la crisis, movilizar recursos dentro de la familia, bloquear presiones que parecieran haber intensificado la crisis, entre otros (Hoffman, *idem.*).

Como el tratamiento se fundamentaba en el enfoque sistémico, la prescripción de medicamentos se realizaba hacia la familia entera y no sólo al paciente. Lo que se buscaba en este tratamiento era que el paciente volviera a funcionar de manera igual a la que tenía antes de la crisis (lo que no significaba necesariamente la recuperación total de su enfermedad psiquiátrica crónica), y para este fin se ejercía, eventualmente, cierta presión directa sobre el paciente, lo que hacía que éste volviera a levantarse. En este sentido, una mujer que debido a su crisis se declaraba incapaz de funcionar en su trabajo doméstico, podía ser visitada por la enfermera de la unidad en su propia casa, ayudándola mientras fregaba el suelo de la cocina. Como se observa en este ejemplo, para estos casos de emergencia, el equipo terapéutico de la unidad de tratamiento contaba con recursos externos proporcionados por la comunidad (servicio a domicilio de enfermería, rehabilitación vocacional, etcétera) (Hoffman, *idem.*).

Sorprendentemente, en casi todos los casos se necesitaron muy pocas visitas al hospital y descubrieron, a través de los serios datos de esta investigación, que las situaciones agudas podían tratarse igualmente bien (si no es que mejor) con un breve enfoque de emergencia. Los pacientes sometidos a este proceso no perdían tiempo estando "enfermos" en el hospital, sino que empezaban a actuar casi inmediatamente después de la crisis. Por otro lado, los pacientes que, siguiendo el método convencional de aquellos años, sí ingresaban en el hospital, no sólo necesitaban mucho más tiempo para volver a la normalidad, sino que desarrollaban una adicción a la hospitalización.

Así, la tasa de recaídas de los pacientes atendidos por el método normal era mucho más alta que la de los atendidos por el procedimiento sistémico de la Unidad de Tratamiento Familiar, que en su mayoría no utilizó la hospitalización durante sus crisis. Esto representaba ahorro de tiempo, dinero y personal en el proceso terapéutico psiquiátrico (Hoffman, *idem.*).

Según Lynn Hoffman, este ahorro no fue bien recibido por el personal de psiquiatría del hospital y fue la razón de la desintegración de la unidad inmediatamente después de que fueran publicados los resultados que demostraban las ventajas del tratamiento familiar. El Hospital Psiquiátrico de Colorado volvió a emplear la hospitalización como procedimiento estándar para tratar todos los casos de crisis, aún después de conocer los resultados de la investigación. Aunque no se describe con detalle la historia de las causas por las cuales se desintegró la Unidad de Tratamiento Familiar en dicho hospital, es posible inferir que existieron razones políticas que envolvían los resultados del enfoque sistémico durante sus primeros años de aplicación, y muchos de ese rechazo no tenía necesariamente relación con la búsqueda de un tratamiento más eficaz y benéfico para el paciente y la familia (Hoffman, *idem.*).

En fin, estos episodios nos muestran el contexto que rodeó el nacimiento de la terapia familiar durante la década de los años sesenta, en la que la terapia fundamentada en el planteamiento sistémico encontraba varias áreas de aplicación, pero su reconocimiento enfrentaba obstáculos y condiciones complejas derivadas del enfoque tradicional de la psiquiatría.

## **2-2 El movimiento posterior al grupo de Bateson en la década de 1960 y la fundación del Mental Research Institute (MRI)**

Acabamos de ver que durante la década de los sesenta la terapia familiar sistémica encontró varias áreas de la aplicación e, incluso, se desarrolló en lugares diversos de los Estados Unidos de Norteamérica, tales como Nueva York y Denver, entre otras. Sin embargo, el lugar donde surgió el enfoque sistémico, la costa oeste de ese país, siguió concentrando la atención de los investigadores familiares, debido a los trabajos desarrollados por el grupo de Bateson. En la década de 1960, los integrantes de este grupo continuaron con sus estudios de manera activa, atrayendo la atención de la misma forma que lo hicieron durante los años cincuenta, lo cual propiciaba el desarrollo expansivo de la terapia familiar. En este proceso hubo varios acontecimientos

importantes, tales como la aceptación de nuevos participantes, la reorganización del grupo, la reformulación de las ideas planteadas con anterioridad, etcétera. En este apartado vamos a revisar el desarrollo del grupo de Bateson durante esta década.

### **2-2-1 La fundación del Mental Research Institute y de la revista “*Family Process*”**

Como ya se refirió en el primer capítulo, el grupo de Bateson se conformaba por cuatro integrantes. Tres de ellos eran antropólogos: el primero el propio G. Bateson, quien fungía como líder, el segundo —originalmente había sido periodista—, J. Haley; el tercero —quien también era ingeniero químico—, J. Weakland; el cuarto integrante era psiquiatra, D. Jackson, quien fungía como consultor del grupo. El proyecto de Bateson sobre comunicación inició en 1952 y se disolvió alrededor de 1962, ya que para esas fechas cada uno de ellos desarrollaba actividades e investigaciones de interés distinto al que los había reunido en el grupo (Schlanger y Watzlawick, *s/f*; Hoffman, 1998; Ogami, 1998).

Por ejemplo, en 1959, Don Jackson fundó una institución que tenía como objetivo observar la relación entre la interacción familiar y el desarrollo de la enfermedad (o salud) entre los miembros de una familia, así nació el Mental Research Institute (MRI). La idea de esta institución se originó durante las reuniones que tuvieron lugar en la casa de Jackson alrededor de 1958, en las que participaron los investigadores interesados en los trabajos presentados por el grupo de Bateson. En estas reuniones intervinieron Jules Riskin y Virginia Satir, quienes adquirieron gran importancia en las primeras actividades del MRI. En estas reuniones surgió la idea de elaborar un proyecto de investigación de carácter longitudinal sobre la esquizofrenia, para este fin los interesados empezaron a buscar apoyo económico. Finalmente Jackson consiguió los recursos económicos gracias a su habilidad para interesar a la gente en lo que a él le interesaba. La institución empezó a funcionar en marzo de 1959, como parte de la Palo Alto Medical Research Foundation, cuyo director, Marc Krupp, apoyó el nuevo proyecto con mucho entusiasmo. Como este instituto se fundó en Palo Alto, el grupo de investigadores familiares que trabajó en esta institución fue conocido como el Grupo de Palo Alto (Ogami, *op cit*; Schlanger y Watzlawick, *op cit*; Hoffman, *op. cit.*).

En el momento en que se funda el MRI, el grupo de Bateson aún continuaba con el proyecto de comunicación, financiado por la Fundación Rockefeller, pero Bateson, quien dirigía el proyecto, no formó parte del MRI aunque sí participaba en las discusiones

realizadas en el instituto y sólo fungía como consultor. K. Schlangner y P. Watzlawick plantean que esto fue así debido a la rivalidad existente entre Jackson y Bateson: "el genio Bateson no trabajaría nunca para el genio Jackson" (Schlangner, y Watzlawick, *idem.*).

En esta misma época, la de la fundación del MRI, Jackson y Haley se pusieron en contacto con Nathan Ackerman, de Nueva York, y le propusieron publicar una revista dedicada al fomento de la terapia familiar. Antes de aparecer *Family Process*, se contactó a muchas personas y a todo aquel que trabajara en terapia familiar fue incluido entre sus editores. Bateson, quien no era miembro del MRI, participó como el editor de la revista. La iniciativa de fundar y publicar una revista especializada en terapia familiar propició que el MRI se erigiera como pilar en el estudio e investigación de la terapia familiar (Schlangner y Watzlawick, *idem.*; Hoffman, *idem.*; Ogami, *idem.*; Yusa, 1984).

Según lo describe *La historia del Mental Research Institute*, la participación de Haley en el MRI no fue desde el inicio, sino a partir de 1962 y hasta 1967, cuando se fue a trabajar con Salvador Minuchin, en Filadelfia. Por su parte, J. Weakland quien también participó en el MRI a partir de 1961, se alejó varias veces, temporalmente, debido a sus investigaciones antropológicas que realizaba en Hong Kong (1957, 1962), Taiwán (1962-1963) y Japón (1968-1969), aunque siempre participó en varias publicaciones relacionadas con la terapia familiar (Schlangner y Watzlawick, *idem.*). Es interesante observar que los integrantes originales del grupo de Bateson no necesariamente participaron juntos desde el inicio en el MRI, a pesar de que esta institución suelen ser considerada como heredera de las contribuciones de propio grupo.

Estas descripciones nos muestran el proceso por el cual cada miembro del grupo de Bateson iba encontrando su propia línea de investigación, propiciando la disolución natural del grupo alrededor de 1962. Posteriormente, cada uno de los integrantes continuó presentando trabajos importantes para el desarrollo de la terapia familiar, y todos y cada uno fueron siempre figuras importantes en esta área. En 1963, Bateson se fue a las Islas Vírgenes para estudiar la comunicación de los delfines, y sus trabajos posteriores se relacionaron más con el aspecto epistemológico de la terapia familiar que con la construcción del modelo terapéutico concreto. De esta forma Bateson se convirtió en el epistemólogo más importante y respetado en todo lo que se relacionaba con la terapia familiar. No formar parte del MRI ayudó a que sus lectores conocieran sus ideas de manera independiente de las corrientes y el modelo planteado en el MRI.

## **2-2-2 Virginia Satir y los cursos de capacitación terapéuticas en el MRI**

Virginia Satir fue una autora reconocida como el miembro más importante en la fundación del MRI. Ella ocupaba una posición interesante en dicha institución: era mujer y una trabajadora social —hay que tomar en cuenta que la mayor parte de los miembros del MRI eran hombres y psiquiatras—. Ella participó en el MRI por invitación de Don Jackson y llegó a publicar un interesante libro: *Conjoint Family Therapy*, en 1964, y a partir de éste adquirió una influencia relevante dentro del área de la terapia familiar. Satir se interesaba más en la capacitación que en la investigación, y dirigía un proyecto de demostración de terapia familiar en el MRI. Su personalidad carismática le ayudó mucho en su proyecto y realizó más de 400 demostraciones en varios lugares del mundo y hasta 1988, año de su muerte (Schlanger, Watzlawick, *idem.*; Goldenberg, I. y H. Goldenberg, 2000, p. 152-157; Hoffman, *ibid.*, p. 208-211; Nihon Kazoku Sinrigakkai, 1999, p. 138).

Hacia el final de la década de los años sesenta, Satir salió del MRI y se integró a un centro de crecimiento de Esalen, a partir de esta experiencia, empezó a aplicar el enfoque humanista en sus trabajos terapéuticos, además de la aproximación comunicacional que utilizó en el MRI. De esta manera, ella continuó su trabajo profesional desarrollando un modelo terapéutico original que, posteriormente, llegó a ser identificado como el Modelo del Proceso de Validación Humana (Human Validation Process Model), cuyos objetivos principales fueron evocar emociones y clarificar los patrones comunicacionales de la familia (*op. cit.*).

De esta manera, dentro del MRI empezaron a impartirse varios cursos para demostrar la terapia familiar sistémica a los terapeutas que se interesaban en el enfoque terapéutico de esta institución. Esos esfuerzos favorecieron la expansión de la terapia familiar sistémica. Actualmente podemos identificar a varios investigadores importantes que iniciaron sus estudios sistémicos gracias a estos cursos.

## **2-2-3 Participación de Paul Watzlawick en el MRI y la teoría de la comunicación humana**

Paul Watzlawick es un investigador austriaco que participó en el proyecto del MRI a partir de los finales de 1960. Sus innumerables trabajos lo han hecho ser considerado como un símbolo de las ideas de la institución. Un trabajo especialmente reconocido

dentro de todos los que realizara durante la década de los sesenta es el que fuera su participación en la publicación del libro *Teoría de la comunicación humana (Pragmatics of Human Communication)*, publicado en 1967, en coautoría de Janet Beavin Bavelas y Don D. Jackson. Estos autores combinaron los datos clínicos con las ideas, observaciones e investigaciones de la hipótesis del doble vínculo del grupo de Bateson y las presentaron sistemáticamente mediante el planteamiento de una teoría pragmática de la comunicación. En este libro postularon cinco "axiomas pragmáticos" que, a su juicio, podrían explicar todas las formas de comunicación funcional e interpersonal. Todas las ideas desarrolladas en el libro han resultado ser de capital importancia para la teoría y la terapia de la familia. Antes de explicar estos cinco axiomas, abordaré algunos aspectos de la vida de Paul Watzlawick.

Watzlawick se doctoró en lenguas modernas y filosofía; además, obtuvo una formación de analista jungiano. Ha sido admirado ampliamente por su sapiencia y erudición, y antes de llegar al MRI, había trabajado en varias partes del mundo como Bombay y El Salvador. En 1959, antes de regresar a Europa, pasó por Estados Unidos, donde conoció a dos investigadores importantes de la comunicación no verbal: R. Birdwhistell y A. Scheflen. Esto sucedió en Filadelfia. Estos dos últimos autores investigaban la comunicación no verbal en la terapia, y le hablaron a Watzlawick sobre el proyecto que planteaba Don Jackson en California. En 1960, Watzlawick decidió visitar a Jackson personalmente para saber de qué se trataba dicho proyecto, el resultado fue que se incorporó al MRI hacia finales de ese mismo año por invitación de Jackson. Resulta de interés conocer el contacto que tuvo este autor con los investigadores del lenguaje no verbal antes de conocer a Jackson; sobre todo, cuando se considera su contribución para la sistematización de una teoría pragmática de la comunicación, que incluye su profunda comprensión del lenguaje no verbal (Schlanger y Watzlawick, *idem.*).

Es interesante considerar esta parte de la historia, de que fue Paul Watzlawick, no algún miembro original del grupo de Bateson,<sup>9</sup> quien logró sistematizar las ideas reflexionadas y desarrolladas por el grupo de Bateson sobre la comunicación, las que

---

<sup>9</sup> Aunque Don Jackson participó en este libro, el primer autor fue Watzlawick y, generalmente, el reconocimiento mundial que logró el texto se atribuye a este autor.

se iban convirtiendo en un símbolo del MRI que, como ya se mencionó, ha sido considerado heredero de los planteamientos del grupo de Bateson, mientras que el propio Bateson o algún otro miembro del grupo como, J. Haley, buscaron desarrollar sus planteamientos fuera del MRI. En la actualidad, *La teoría de la comunicación humana (Pragmatics of Human Communication)*, es uno de los libros de texto más importantes de la terapia familiar. Su lectura es ampliamente recomendada, aun para aquellas instituciones que no enseñen o adopten el modelo terapéutico del MRI, por cuanto ayuda a comprender estas nuevas formas de analizar la comunicación humana, y en tanto ese acercamiento subyace al pensamiento sistémico relacional. Los cinco axiomas pragmáticos son los siguientes (Watzlawick *et al.*, 1997; Yusa, 1984):

**Axioma 1.** En un contexto interpersonal "un individuo no puede no comunicarse". En consecuencia, toda conducta contiene un mensaje. De ahí la situación paradójica de una persona que no trata de comunicarse y, sin embargo, se comunica: la no comunicación en sí es un modo de comunicación.

**Axioma 2.** "Toda comunicación tiene una dimensión de contenido y otra de relación, de modo que la segunda clasifica a la primera y es, por consiguiente, una metacomunicación".

**Axioma 3.** "Este axioma se refiere a los fenómenos de puntuación y postula que el carácter de una relación entre dos personas está determinado por la manera en que marcan la comunicación entre ellas.

**Axioma 4.** "Los seres humanos se comunican digital y analógicamente. El lenguaje digital tiene una sintaxis lógica poderosa y muy compleja pero carece de una semántica adecuada en el campo de las relaciones, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no tiene una sintaxis adecuada para definir, sin ambigüedad, el carácter de las relaciones."

**Axioma 5.** "Todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia."

## 2-2-4 Jay Haley y la estrategia de la psicoterapia

Este investigador fue miembro original del grupo de Bateson y perteneció al MRI por cinco años, de 1962 a 1967. Durante este periodo publicó varios materiales sobresalientes, entre ellos un libro muy importante: *Strategies of Psychotherapy (La estrategia de la psicoterapia)* de 1963 (Takaishi, 1996). En este libro planteó "las estrategias" que utilizan, tanto los terapeutas como los pacientes, en el proceso terapéutico. Estas estrategias se consideran como un plan de acción o un modo operacional en situaciones relativamente predecibles, que permiten tomar decisiones, las cuales probablemente facilitarán el logro de una meta específica (Haley, 1996).

Según el libro mencionado la relación que se establece entre un terapeuta y un paciente es muy parecida en casi todas las orientaciones psicoterapéuticas, no obstante la diferencia teórica que hay entre éstas. Para Haley un concepto que permite analizar los movimientos entre el paciente y el terapeuta, sin importar el marco teórico del terapeuta, es, precisamente, el de las estrategias (Haley, *op. cit.*).

Como Haley mismo lo indicó, los planteamientos que desarrolla en este libro fueron inspirados por los trabajos del grupo de Bateson, así como por varias discusiones que mantuvo con diferentes investigadores, tales como D. Jackson, M. H. Erickson, entre otros. Este libro es considerado como uno de los primeros intentos de sistematización de las técnicas e ideas sobre la psicoterapia de Milton Erickson, quien es reconocido como un genio de la psicoterapia del siglo xx, debido a su enorme capacidad terapéutica, tal como se ha mencionado anteriormente (ver Cap. 1). Haley planteó la *terapia estratégica*, después de analizar el mecanismo del trabajo de Erickson, aplicando el modelo cibernético-comunicacional introducido por el grupo de Bateson.

E. Sato plantea que una de las características más importantes de la postura de Haley es su propuesta de que la comunicación se analiza en términos de una lucha de poder, que define las relaciones entre los participantes en ésta. Según la terapia estratégica, el terapeuta debe adoptar un papel directivo en el proceso terapéutico, para, así, controlar la interacción, para lo cual es importante determinar estrategias de psicoterapia con base en la identificación del círculo comunicacional que mantiene la existencia del problema dentro del sistema familiar. Es decir, para los terapeutas estratégicos las instrucciones terapéuticas son parte fundamental de la intervención, las cuales deben

de ser construidas apoyándose en la estrategia pre-establecida por el terapeuta con el fin de generar cambios controlados dentro del sistema familiar (Sato, 1999).

Es importante remarcar que la idea de "la estrategia", poco a poco, se volvió un concepto central en los trabajos del MRI; sobre todo, después de ser planteado por Jay Haley en sus trabajos, e incluso después de que éste salió y se separó del MRI en 1967. De hecho, Watzlawick quien, continúa trabajando en el MRI hasta nuestros días, escribió en 1997 un libro titulado: *La terapia breve estratégica*, lo cual nos muestra una fuerte asimilación e identificación de él y el MRI con este concepto.

### **2-2-5 Los conceptos principales en el pensamiento terapéutico del MRI en la década de 1960**

Durante esta década, el pensamiento terapéutico del MRI estaba constituido por un conjunto de ideas desarrolladas por diversos investigadores relacionados con esta institución, que con el paso de los años se convirtió en la línea tradicional para el desarrollo del modelo terapéutico original en el MRI. En este sentido, podemos nombrar cinco conceptos básicos, cada uno planteados por distinto autor, como los fundamentos de esta línea tradicional:

1. El círculo autorregulador y la homeostasis familiar.
2. La familia con paciente psiquiátrico como un sistema disfuncional.
3. El enfoque estratégico.
4. El enfoque comunicacional.
5. La terapia interaccionista.

Dentro de éstos, los orígenes del enfoque estratégico (3) y del comunicacional (4) se han descrito en los apartados anteriores, cada uno relacionado con Haley y Watzlawick, respectivamente, por lo que revisaremos los tres conceptos restantes.

En cuanto al ***círculo autorregulador***, su origen se encuentra, básicamente, en ambos enfoques: la idea de Bateson sobre los ciclos autorreforzantes en la interacción social

(explicada en el capítulo anterior), y la *homeostasis*<sup>10</sup> familiar, planteada por Jackson en 1953. Homeostasis es un término fisiológico que hace referencia al equilibrio dinámico del contexto interno de los organismos. Para mantener la estabilidad en su estructura básica, los organismos se someten en un constante cambio que funge como un ajuste interno. En 1953 Jackson utilizó este término para describir el movimiento familiar que parece resistirse a cualquier cambio, y definió la interacción familiar como, "un sistema de información cerrado en que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema (Hoffman, 1998, p. 28)", cuya función es mantener la organización familiar preestablecida, ello a pesar de cualquier intento de desviación. Esta idea coincidía con las observaciones de varios estudiosos de la esquizofrenia (ya sea del grupo de Bateson o de otras instituciones), sobre el hecho de que dentro de la familia, si el paciente lograba una mejoría en su síntoma, los demás miembros enfermaban inmediatamente. Es como si la familia necesitara un enfermo dentro de su organización para mantener el equilibrio interno.

La idea de la homeostasis familiar era compatible con el concepto cibernético, que explica una máquina automática en los términos de un regulador. Haley lo describió de la siguiente manera (citado en Hoffman, *ibid*):

"Si concedemos que muchas personas en relaciones vivas funcionan como 'gobernadores' en sus relaciones entre sí, y si concedemos que la función de un gobernador es disminuir el cambio en relación con otra, la otra actuará sobre la primera de forma tal que disminuya ese cambio."

Es importante tomar en cuenta el pensamiento terapéutico del MRI en la década de 1960, en la que el movimiento familiar se consideraba en función de un circuito de información con un regulador (como termostato). Si aplicamos esta visión, se percibe que cada miembro "funciona" bajo ciertas premisas conductuales, las cuales le aseguran al sistema familiar mantener su estado homeostático.

---

<sup>10</sup> Denominado por W.B. Cannon en 1932, citado en el libro de Biología, Ed. Mizuno, T. Asajima, Seibutsu IB-II (Biología IB-II), Ed. Buneido, 1995, Tokio, p. 249.

La idea de la homeostasis invitaba a ver que el síntoma del paciente identificado cumplía alguna función en la organización familiar. Con base en esto, la familia que tenía un paciente identificado se consideraba como una *organización disfuncional*, una que, para mantenerse semejante a sí misma o en equilibrio, necesitaba que alguno de sus miembros presentara algún problema psiquiátrico. El concepto de la "disfuncionalidad" familiar fue cuestionado fuertemente en los años que siguieron (principalmente en los ochenta), pero, a la vez ha sido una idea muy difundida dentro de la terapia familiar, debido a los modelos planteados antes de la década de los ochenta, recibiendo influencias del marco conceptual introducido por el grupo de Palo Alto en los años sesenta y setenta.

Para este intento de abstraer el movimiento familiar en función del sistema autorregulador fue importante *el análisis de la comunicación*, fundamentado en los cinco axiomas de la teoría de la comunicación humana, en razón de que este modelo permitió identificar las pautas repetitivas en el movimiento familiar, llevando a que la terapia no dependiese únicamente del contenido discursivo de la interacción verbal, por lo que, desde esta perspectiva, cualquier movimiento familiar no verbal, como el rechazo o el silencio, empezó a ser interpretado en términos de su aporte a la comunicación.

Dado que la terapia del MRI se apoyaba en los conceptos del sistema autorreforzante y en los del análisis comunicacional, la identificación de las *interacciones estereotipadas* de la familia se volvió especialmente importante. Por ello, los investigadores de este instituto son conocidos como el Grupo Interaccionista o el Grupo Comunicacional.

Además de lo anterior, es necesario recalcar que el concepto de "estrategia" fue indispensable dentro del pensamiento terapéutico del MRI, pues concibió a la familia como un sistema autorregulador que se ponía en movimiento para neutralizar cualquier cambio. En tal sentido, el trabajo del terapeuta es concebido en los términos de una estrategia que debe ayudar a la familia a salir de tal mecanismo homeostático. En dicho contexto, el terapeuta de esta orientación tenía que prepararse para contrarrestar el mecanismo homeostático de la familia utilizando astutas estrategias de control, lo cual era asociado por varios autores con la idea de la lucha de poder tal como era concebido por Haley. Cabe mencionar, que el concepto de estrategia, introducido por J. Haley en la terapia familiar, fue concebido originalmente dentro de la teoría de los juegos, que estaba fuertemente relacionada con la ciencia del control: la cibernética (Simon *et al.*, 1997, p. 149).

Entre las técnicas terapéuticas representativas y tradicionales del enfoque estratégico se encuentran, como fundamentos básicos, los siguientes cinco conceptos: la *paradoja terapéutica*, la *prescripción del síntoma* y el *reencuadre*. Revisaremos brevemente estas tres técnicas.

**La paradoja terapéutica y la prescripción del síntoma:** En el libro: *La teoría de la comunicación humana*, de 1967, Watzlawick y sus coautores explican estos conceptos en un capítulo que se llama "La paradoja terapéutica (el doble vínculo terapéutico)".<sup>11</sup>

Dichos autores plantearon esa idea basándose en la siguiente hipótesis: los problemas conductuales de los pacientes psiquiátricos, tienen que ver con una situación paradójica llamada doble vínculo, en la que, hagan lo que hagan las personas involucradas, sus intentos de solución resultarán invariablemente fallidos. Bajo esta premisa conceptual se define la función de la psicoterapia como la de introducir, desde exterior al sistema familiar, nuevas reglas y perspectivas, tales que permitan romper la organización doble vincular preestablecida en su interior. Ello se considera necesario porque, debido a las reglas paradójicas, es imposible desarrollar nuevas reglas relacionales desde el interior del sistema. El terapeuta aprovecha esta característica paradójica de la situación familiar del paciente y lo coloca en otra situación paradójica, según la cual, haga lo que haga el paciente, los problemas sintomáticos se resolverán. En tanto que el terapeuta debe plantear estratégicamente esta situación paradójica, dicha intervención recibe el nombre de *paradoja terapéutica (el doble vínculo terapéutico)* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997, p. 213-234).

Una de las formas más simples de colocar al paciente en una situación de paradoja terapéutica (el doble vínculo terapéutico), es la *prescripción del síntoma*. Según los investigadores del MRI, un síntoma es, en esencia, involuntario y, por ende, espontáneo; tan espontáneo que incluso el paciente lo experimenta como algo incontrolable. En esta situación, a los pacientes los consejos convencionales no les

---

<sup>11</sup> En cuanto al concepto del doble vínculo, se ha revisado en el capítulo anterior, en relación con el estudio de la comunicación esquizofrénica llevado a cabo por el grupo de Bateson. Dentro de la terapia familiar son casi sinónimos "el ser doble vincular" y "el ser paradójico".

serven de gran cosa, fundamentalmente porque los consejos no suelen concordar con dichas vivencias. Ordinariamente los consejos convencionales implican las siguientes premisas: "las cosas pueden cambiar si las personas ejercen un poco de su fuerza de voluntad". Ante consejos como: "no te comportes de manera autodestructiva", o "sean amables entre sí", los pacientes suelen responder cosas como estas: "siempre estoy tratando de hacerlo así, pero no he podido lograrlo", o "no sé cómo evitarlo". En términos generales los pacientes buscan ayuda profesional después de sentirse fracasados en el ejercer su fuerza de voluntad: "quiero, pero no puedo", es la síntesis de esa lógica de acción. Entonces la intervención psicoterapéutica tiene que ser algo cualitativamente distinto a las dinámicas regidas por los esfuerzos convencionales del paciente para resolver los problemas. El carácter paradójico del síntoma tiene que ver con que éste sea una conducta espontánea del paciente que la vive como una coerción por alguna fuerza oponente a su propio intento de autodisciplinarse (Watzlawick *et al.*, *ibid.*, p. 219-234; Hasegawa, 1999, p. 240-241).

Dentro de una situación sintomática, definida como absolutamente incontrolable, el terapeuta puede crear una situación de paradoja terapéutica, indicando al paciente que continúe realizando la conducta sintomática como lo ha venido haciendo. Esto equivale a una paradoja del tipo "sé espontáneo", porque si se le pide a alguien que se comporte de una determinada manera, aunque ese modo representara para este individuo un acto espontáneo e incontrolable, entonces ya no podría ser espontáneo, porque la exigencia de realizarla hace imposible cualquier espontaneidad. Los autores explican que por idéntico motivo y complementariamente, si un terapeuta indica al paciente que realice su síntoma, está exigiéndosele una conducta espontánea y, mediante esa instrucción paradójica se le impone un cambio conductual. La conducta sintomática deja de ser espontánea cuando el paciente, al someterse a la instrucción del terapeuta, sale fuera del marco de su juego sintomático, mismo que hasta ese momento carecía de reglas, para llegar a entrar a uno con reglas negociables y cambiables. Los significados de la conducta sintomática cambian de una premisa del tipo "lo hago porque no puedo evitarlo", a otra que equivale a "lo hago porque mi terapeuta me dijo que lo hiciera".

Los autores explican el proceso de la siguiente manera (Watzlawick *et al.*, *ibid.*, p. 222):

"...la prescripción del síntoma es sólo una de las numerosas y variadas intervenciones paradójicas que pueden resumirse bajo el término de dobles vínculos

terapéuticos; a su vez, ellas son sólo una clase de comunicación terapéutica, y hay muchos otros enfoques que se han empleado tradicionalmente en psicoterapia."

Desde el punto de vista de la comunicación, estos investigadores plantean que los dobles vínculos sintomáticos difícilmente pueden ser rotos por otra cosa que no sean contra-dobles vínculos. Dentro de un contexto relacional intenso, que representa para el paciente un alto valor de supervivencia y de expectativa, se imparte una instrucción que está estructurada de tal modo que: "a) refuerza la conducta que el paciente espera modificar; b) implica que ese refuerzo constituye el vehículo del cambio, y c) crea, así, una paradoja, porque se le dice al paciente que cambie permaneciendo igual (Watzlawick et al., *ibid.*, p. 223)". Se lo coloca en una situación insostenible con respecto a su patología. En el doble vínculo patológico, el paciente pierde si lo hace y también pierde si no lo hace; en cambio, en un doble vínculo terapéutico "cambia si lo hace y cambia si no lo hace".

**El reencuadre:** Es una estrategia terapéutica en la que se altera el mundo semántico del paciente o de la familia. Las intervenciones paradójicas y la prescripción de los síntomas conforman una parte de las intervenciones de reencuadre, porque éstas se encuentran relacionadas con el cambio de la premisa conductual de la familia que sufre por un comportamiento sintomático persistente. El reencuadre es una intervención que cambia "el significado" que la familia o el paciente dan a los "sucesos", sin que tengan una conciencia clara de esta operación (Simon *et al.*, 1997, p. 304-305).

Por ejemplo, ante una familia que informa: "mi hijo faltó a la escuela dos días a la semana", se le puede hacer un reencuadre del significado diciendo: "entonces su hijo pudo ir a la escuela los otros tres días de la semana". Esto puede abrir el camino para otros reencuadres tales como: "su hijo fue a la escuela en los días que su padre lo ayudó a despertar" (en este caso se cambia el significado del acto del padre que despierta a su hijo), etcétera. El *reencuadre* puede propiciar un cambio conductual y dar un significado diferente a los sucesos cotidianos (Hasegawa, 1999, p. 292).

El reencuadre es muy útil, especialmente para alentar a la familia a que haga una tarea paradójica. Imaginemos un terapeuta que intenta dar una tarea a una pareja para que ellos tengan oportunidad de invertir los papeles estereotipados que se han dado entre sí o asumido el uno para con el otro. Por ejemplo, en caso de que la esposa exprese su molestia porque se siente obligada a tomar iniciativas debido a la actitud retraída y

pasiva de su esposo, el terapeuta puede reencuadrar la percepción de la pareja diciendo: "el carácter cauto del esposo puede ser aprovechado en la resolución del problema, si contamos con la poderosa ayuda de la eficaz esposa". Después de este reencuadre, es más fácil para el terapeuta hacerles cumplir una tarea concreta con el siguiente mensaje: "Padre, piense por favor, durante una semana, algunos mensajes para su hijo. Mientras usted lo hace, la madre afirmará todo lo que esté haciendo su esposo" (Hasegawa, *idem.*). Este reencuadre hace que cambie una interpretación de la actitud del esposo, en la que se le calificaba de retraída, por otra en la que se le califica de cauto; a su vez, esta tarea prepara un escenario en el que se le facilite al esposo el tomar una mayor iniciativa a la anteriormente asumida. Por su parte, una interpretación de la actitud de la esposa también cambia: "una esposa eficaz aprovecharía el carácter cauto del esposo". De esta manera el reencuadre le facilita a la pareja realizar la tarea estrategia que apunta a hacer surgir entre ellos una nueva interacción respecto de la educación de su hijo.

Milton Erickson utilizó mucho esta técnica dentro de su proceso terapéutico, y fue presentado y sistematizado por sus discípulos, como es el caso de Haley. El reencuadre ha formado parte importante del fundamento terapéutico del MRI. En la historia de la psicoterapia, varios autores han utilizado esta técnica, pero son los autores relacionados con el MRI quienes en particular teorizaron sobre esa idea, y quienes le pusieron el nombre de *reencuadre*, el cual es ampliamente aceptado en la terapia familia sistémica.

#### **2-2-6 La nueva etapa del MRI. Terapia breve y la participación de Richard Fisch como director del *Brief Therapy Center***

Podemos decir que hacia finales de la década de los años sesenta, el MRI entró en una nueva época, puesto que hubo cambios entre los integrantes principales de la institución. En 1967, J. Haley salió del MRI y se trasladó a Filadelfia para trabajar con S. Minuchin en el *Philadelphia Child Guidance*, quien había organizado el Proyecto Wiltwyck durante los años de 1962 a 1965. Además, en 1968 el MRI perdió a un gran investigador: Don Jackson se suicidó en este año (Ogami, 1998). Debido a estos

cambios, de los cuatro miembros fundadores del grupo de Bateson, en el MRI sólo quedó J. Weakland.<sup>12</sup>

En 1967, un año antes de la muerte de Don Jackson, dentro del MRI cuatro de sus integrantes, a saber: J. Weakland, P. Watzlawick, Art Bodin (un estudiante de psicología clínica que estudiaba con Watzlawick) y Richard Fisch se plantearon un nuevo proyecto; se trataba de desarrollar un nuevo enfoque de la terapia, que requiriera menos tiempo para la mejoría del síntoma que las terapias convencionales de aquellos años; ese nuevo planteamiento fue llamado la *terapia breve*. Richard Fisch, quien era de reciente ingreso en el MRI, se encargó de la dirección del proyecto (Schlanger y Watzlawick, s/f).

Fisch era un psiquiatra que conoció a Don Jackson cuando buscaba a alguien que trabajara a la manera de Sullivan<sup>13</sup> y, por presentación de éste, conoció a J. Haley con quien tomó las primeras clases de hipnosis ericksoniana. Los conceptos de la hipnosis lo intriguaron y decidió tomar un curso formal en el MRI, así empezó a contactarse con Weakland (quien por primera vez instruyó a Fisch sobre este curso) y Watzlawick dentro del MRI. Las conversaciones informales entre ellos tuvieron como resultado la fundación de un centro formal de investigación: el Centro de Terapia Breve (Schlanger y Watzlawick, *op. cit.*).

Hacia el final de la década de 1960, la terapia breve empezó a ser considerada como un concepto central, que representaba la postura terapéutica del MRI, y desde un inicio influyó en la terapia familiar, y sigue haciéndolo de enorme manera. Me parece que la fundación del Centro de Terapia Breve constituyó una nueva etapa en el MRI, dado que tuvo lugar un cambio entre los principales integrantes de esa institución, y en tanto estos nuevos miembros desarrollaron la idea de la terapia breve, con lo que se dio un paso, por demás original, en la línea tradicional del pensamiento terapéutico de la institución. En el siguiente capítulo, se discutirá este modelo terapéutico con más detalle, cuando se aborde la descripción de la década de los años setenta. Por lo pronto me

---

<sup>12</sup> Cabe recalcar que Bateson nunca formó oficialmente la parte del MRI, aunque participaba en la discusiones realizadas en este instituto.

<sup>13</sup> Como se analizó en el capítulo anterior, Don Jackson trabajaba con los esquizofrénicos utilizando la aproximación de Sullivan.

parece importante recalcar la relación que existe entre el relevo de los investigadores principales y el desarrollo de una nueva línea de pensamiento terapéutico dentro del MRI (Schlanger y Watzlawick, *idem.*).

### **2-3 Ampliación del tema de interés durante la década de 1960**

Para comprender mejor la diversificación del pensamiento terapéutico ocurrido en la terapia familiar durante la década de los sesenta, es importante revisar dos temas que a partir de esta década fueron desarrollados por diversos autores y desde diversos enfoques, estos son la tipología de la familia y la relación triangular. En cuanto a la tipología revisaremos cuatro clases de ésta: la tipología de los síntomas, la de las interacciones, la estructural y el ciclo de vida familiar. En cuanto a la relación triangular, analizaremos las contribuciones de cuatro autores: J. Weakland, J. Haley, S. Minuchin y M. Bowen.

#### **2-3-1 La tipología de la familia**

La tipología es definida como "un método de clasificación o diagnóstico en el cual se identifican modelos, grupos o tipos característicos, que preferentemente se excluyen entre sí" (Simon *et al.*, 1997, p. 413). Como se mencionó en el primer capítulo, la terapia familiar se desarrolló por el interés de identificar las relaciones entre algún síntoma psiquiátrico, como la esquizofrenia, y los tipos específicos de la comunicación familiar. En este sentido, resulta muy natural que la terapia familiar tradicionalmente clasifique las organizaciones familiares con base en las varias dimensiones que la constituyen.

Sin embargo, la tipología es, por otra parte, un tema fuertemente cuestionado dentro de la terapia familiar, debido a su carácter diagnóstico, con el que se puede llegar a etiquetar o catalogar discriminatoriamente a las familias en las cuales se identifique un miembro con sintomatología psiquiátrica. Dentro del área de la terapia familiar este orden de cuestionamiento, el relativo a la diagnosis, había tenido lugar primeramente contra el modelo médico, respecto del tratamiento de la enfermedad, ya que en éste existían tendencias a despersonalizar a los pacientes psiquiátricos basándose, simplemente, en la clasificación sintomática, a pesar de que en ésta todavía no se establecía un grado de exactitud aceptable, tal que fuera respaldado mediante la efectividad terapéutica. La terapia familiar constituyó una transformación radical en la comprensión de la esquizofrenia, redefiniéndola en términos de la relación y de la

comunicación, y cuestionó fuertemente los efectos perjudiciales del diagnóstico despersonalizante y descontextualizado del modelo médico. En este sentido, la tipología ha sido un concepto delicado y siempre cuestionado.

En 1971, Nathan Ackerman expresó su preocupación sobre el problema de las tipologías y los diagnósticos de la familia. En un artículo publicado en *Family Process*, Ackerman alerta sobre el peligro implícito en la tipología. Según el autor, este peligro no está necesariamente en la clasificación en sí, puesto que de alguna manera es una operación necesaria en trabajos clínicos, sino en su uso, en tanto que la tipología puede ser empleada para "reclamar un grado de exactitud que no poseen los terapeutas", o bien, para "la búsqueda de un chivo expiatorio mediante la 'rotulación' psiquiátrica" (Ackerman, 1971). En realidad, después de que el grupo de Bateson, publicara el artículo del doble vínculo se difundió la idea de los "padres esquizofrenizantes", con la que se culpaba de manera discriminatoria a los progenitores del paciente psiquiátrico.

A pesar de las críticas, la tipología ha sido un aspecto muy estudiado dentro de la terapia familiar, y me parece importante describir los contextos relacionados con ella para visualizar mejor la ampliación del tema de interés ocurrido durante la década de los años sesenta. En este apartado revisaremos las tres tipologías desarrolladas durante esa década y un tema relacionado con el de la tipología: el del ciclo de vida familiar.

### **2-3-1-1 Tipologías de los síntomas**

Lynn Hoffman introduce este tema en su multicitado libro de la siguiente manera (Hoffman, 1998, p. 72):

"A partir de la fascinación por la comunicación esquizofrénica y cómo se le puede fomentar mediante la comunicación familiar, surgió una nueva rama de investigación familiar. Este enfoque se centró en el macroestudio de la interacción, verbal o no verbal, intentando vincular el estilo de la comunicación con el tipo dominante de síntoma encontrado en una familia, en otras palabras, una tipología de las familias por síntomas."

Como precursores de este tema, podemos encontrar dos fuentes importantes en la década de los cincuenta: el trabajo del grupo de Bateson, que ya hemos revisado, y el

de Lyman Wynne y Margaret Singer, cuya investigación influyó considerablemente en otros investigadores (Hoffman, *op. cit.*).

A comienzos de la década de 1950, Wynne tuvo contacto con un psiquiatra de orientación psicoanalítica, Theodore Lids, quien intentaba construir un retrato de la familia, por medio del análisis de los resultados de la prueba proyectiva, los protocolos de Rorschach, de todos los miembros de las familias que presentan un integrante esquizofrénico. Lids tenía una orientación psicoanalítica, por lo que no se le ocurrió analizar a la familia en su conjunto, y en una ocasión en la que intentó trabajar conjuntamente con la familia y con el paciente, no le fue posible. Nunca más lo volvió a intentar. Wynne conoció a Lids cuando este último se encontraba desencantado por los resultados de los protocolos de Rorschach, por lo que interrumpió, momentáneamente, el proyecto. Entonces, Wynne le pidió que le enviara un cierto número de los resultados de las pruebas de Rorschach, especificando que fueran los realizados a padres de hijos esquizofrénicos o de hijos "normales". La talentosa colaboradora de Wynne, Margaret Singer, analizó estas transcripciones a ciegas y logró discriminar con precisión entre los padres de los hijos perturbados y los que no los tenían. Aún más, estableció protocolos para adolescentes perturbados según sintomatologías que eran clasificadas con una gran variedad de marbetes (autista/esquizofrénico, neurótico/reservado y delincuente/simulador) y logró que correspondieran a los conjuntos de los padres.<sup>14</sup> Como este éxito en el diagnóstico de los miembros sintomáticos a partir de un análisis minucioso de la comunicación familiar se dio muy pronto, y además no se repitió suficientemente por otros investigadores en los años posteriores, solamente fue considerado como un brillante y sugerente comienzo. Mientras que se reportaba este resultado, el grupo de Bateson también estaba buscando aislar variables comunicacionales asociadas a diversos tipos de síntomas (Hoffman, *idem.*).

A comienzos de los años sesenta, en el MRI se realizaba un fascinante juego de adivinanzas. Los investigadores de este instituto intentaban adivinar, escuchando un fragmento de una entrevista grabada, pongamos por caso, el de la conversación entre

---

<sup>14</sup> Hoffman hizo referencia al siguiente artículo; Singer M.T. y L.C. Wynne, (1963), "Differentiating Characteristics of Parents of Childhood Schizophrenics, Childhood Neurotics, and Young Adult Schizophrenics", en *American Journal of Psychiatry*, núm. 120: 234-243.

un padre y una madre, si aquellos padres tenían un hijo esquizofrénico, uno fracasado, un delincuente, etcétera; y lo impresionante fue que a menudo atinaban. Por medio del escuchar la conversación entre el padre y un niño, el grupo especulaba sobre si este hijo tendría un arranque psicótico, posiblemente a los veinte años o no. Don Jackson y sus colegas estaban tratando de perfeccionar una metodología predictiva así como posdictiva para analizar las características comunicacionales de las familias de los pacientes psiquiátricos. Incluso poco antes de su muerte ocurrida en 1968, uno de los principales intereses de Jackson fue un estudio de las familias que producían miembros con colitis ulcerosa. Él pensaba que una vez identificadas las pautas asociadas a los síntomas específicos, éstas podrían "leerse" en las muestras de interacción familiar (Hoffman, *idem.*).

Éstos son los orígenes del interés puesto en la búsqueda de las relaciones entre cada sintomatología y algún aspecto de la familia, tales como el de la interacción, el de la estructura, o el del ciclo vital, etcétera. Como ya se ha mencionado, la investigación relacionada con la tipología de la familia se desarrolló en un ambiente en el que existían tanto críticas como apoyo respecto a este tema. Algunos criticaban la linealidad de pensamiento de esta perspectiva, lo que propiciaba el culpar a las familias con un paciente sintomático, etiquetándolas discriminatoriamente, y otros autores reclamaban la utilidad de profundizar en este tipo de clasificación buscando una mejor calidad en el trabajo terapéutico, con lo que se ganaría en el tiempo y trabajo invertidos.

### **2-3-1-2 Tipologías de interacción**

La idea de la tipología de los síntomas no logró consolidarse tal como los investigadores del MRI esperaban en un primer momento, porque parecía imposible demostrar la relación concreta entre un tipo de síntoma y algún aspecto específico de la familia. Lo que sí empezó a ser claro, fue que era imposible asociar una tipología a cada síntoma específico. Entonces se abocaron a buscar una tipología que se basara en otros atributos o secuencias que no fueran sintomatológicas. Así, plantearon una tipología fundamentada en el tipo de interacción, para lo cual utilizaron tres categorías que fueron planteadas por Bateson: *simétricas*, *complementarios*, y una mezcla equilibrada de las dos, a la que se le llamó *recíproca* (Hoffman, *idem.*).

Como se ha explicado en el capítulo anterior, Bateson había logrado identificar dos ciclos autorreforzantes en el proceso social del grupo iatmul, a los que había

denominado, uno, simétrico y, otro, complementario. Jackson, Watzlawick y los demás investigadores del grupo, empezaron a emplear esta clasificación para el análisis de las interacciones entre parejas. Por ejemplo, en el caso de una pareja con interacción simétrica, ocurría que ciertas acciones del esposo o de la esposa desencadenan otras semejantes en el cónyuge, de tal forma que la tensión en la relación se va intensificando, lo que propicia un tipo de competencia. Si el esposo intenta tomar la iniciativa en la conversación, la esposa hace algo parecido, como si ella tratara de recuperar el control de la interacción; ante esta reacción de la esposa, el marido intenta nuevamente adquirir el control, y así sucesivamente; las acciones de ambos cónyuges se autorrefuerzan en un ciclo interaccional estereotipado. En el caso de una pareja con interacción complementaria, las acciones autogeneradoras serían distintas, como en los ciclos de sumisión-dominio o dependencia-socorro. Una tercera categoría interactiva sería una mezcla equilibrada entre ambos tipos (Hoffman, *idem.*).

En el libro *La teoría de la comunicación humana* de 1967, Watzlawick, Jackson y Beavin plantearon un análisis de la interacción por medio de estas categorías; en él postularon que cada una tenía su propio potencial patológico, aunque éstas se hallaran dentro de cualquier interacción sana y normal. Estos investigadores plantearon que la interacción patológica puede caracterizarse por su rigidez, lo que no permite el que los dos tipos de comunicación se mezclen, puesto que en el caso de que las *escaladas simétricas* existiesen, si ello se llevara a un extremo, equivaldrían a rechazos mutuos y constantes de cada *ego*, y sólo puede detenerse cuando un miembro de la pareja, o ambos, se agotan física y emocionalmente, y con frecuencia sólo lo necesario para que los cónyuges recobren el aliento. Por otro lado, en el caso de una secuencia *rígidamente complementaria*, ella se muestra con el mayor dramatismo en las parejas sadomasoquistas, aunque no deja de ser común en muchos casos de insatisfacción conyugal. A esta forma se le considera patológica porque genera una desconfirmación constante de los *egos* de los cónyuges. Cada miembro de la pareja, ha de adaptar su propia definición del *ego* buscando complementar la propia de su pareja. Esta disposición funciona bien si un miembro de la pareja está enfermo o es temporalmente dependiente del otro, pero cuando es rígidamente invocada no permite ni crecimiento ni cambio (Hoffman, *idem.*).

La tipología de las interacciones nos ofreció una clasificación que no dependía de la sintomatología y nos permitió una nueva aproximación terapéutica, con lo que se buscaba intervenir más directamente en los tipos de interacción que sostiene cada

sistema en relación con el problema presentado. En esa lógica, lo que debía cambiar no era algo interno en el paciente-individuo, sino la propia organización interaccional estereotipada en la que se ubicaba cada paciente. Esta forma de analizar la interacción ha tenido una gran influencia dentro de la terapia familiar y permitió una nueva comprensión de los problemas psicológicos o emocionales de los seres humanos.

### 2-3-1-3 Tipologías estructurales

Igual que aconteció entre los investigadores del MRI, entre los que estudiaban las familias pobres en los principios de los sesenta surgió la duda sobre la posibilidad de sostener una clasificación fundamentada en las sintomatologías, como aquellas que distinguían entre una familia esquizofrénica y una familia alcohólica, especialmente por cuanto se observaban diversos tipos de organización relacional entre las familias que tenían el mismo tipo de problema. En lugar de esto, los investigadores del Proyecto Wiltwyck, Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, entre otros, plantearon dos categorías basadas en la estructura familiar: la *familia enredada* y la *familia apartada*. Cuando las aplicaron en el análisis de las familias pobres, entre ellas encontraron a ambos tipos de familia, por lo que parecía que no todas las familias pobres podían ser clasificadas bajo el rubro de "cultura de la pobreza". Así mismo tampoco la palabra "delincuente" indicaba siempre el mismo tipo de organización familiar. Los resultados de esta investigación derrumbaron el mito de que pobreza, necesariamente, era sinónimo de desorganización, y, más bien, apoyaron el principio de *equifinalidad*,<sup>15</sup> aquel que señala que un mismo resultado no siempre significaba los mismos orígenes, al menos por referencia al marco del comportamiento sintomático.

Me parece que tanto la tipología de interacción como la tipología de la estructura familiar, desarrolladas en la terapia familiar, implicaban una severa crítica a la psiquiatría descriptiva. Dado que las investigaciones de la tipología familiar indicaban que el mismo tipo de síntoma se observa en distintos tipos de organización familiar, se

---

<sup>15</sup> Un concepto importante dentro de la Teoría General de los Sistemas nos alerta que cuando observamos un sistema, estructura o función, no se puede hacer necesariamente una inferencia con respecto a su estado pasado o futuro, a partir de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no producen necesariamente los mismos efectos.

infería que había variadas razones por las que un determinado síntoma se desarrollaba, entonces no parecía conveniente definir la etiología del problema, como lo postulaba la psiquiatría, a partir de las diferentes manifestaciones sintomáticas de cada paciente.

Los investigadores de la tipología familiar introdujeron una idea revolucionaria: "el terapeuta no necesariamente tiene que basarse en el tipo de sintomatología que muestra cada paciente para determinar la dirección de la intervención". Plantearon diversos cortes diagnósticos para la intervención psiquiátrica, tales como el tipo de interacción, el tipo de estructura familiar, entre otros. Es decir, independientemente del síntoma o el problema consultado en la terapia, se pueden aplicar las mismas intervenciones siempre que el tipo de interacción o el tipo de la estructura familiar al que pertenece cada paciente sean iguales. Dicho de otro modo, siempre que el tipo de organización en la que se ubica cada paciente sea diferente, se ha de modificar la intervención de cada caso, aunque tenga un mismo síntoma. Esta idea implicaba un cuestionamiento radical a la psiquiatría tradicional de la época cuyo diagnóstico se basaba principalmente en la sintomatología de cada paciente. Ésta es una de las razones, entre otras, por las cuales la terapia familiar representa, no solamente una alternativa para el tratamiento psiquiátrico, sino también un cambio epistemológico radical para el mismo.

Ahora revisaremos las dos categorías planteadas por Minuchin *et al.* para la tipología estructural: la *familia enredada* y la *familia apartada*. El aspecto innovador del planteamiento de Minuchin es, justamente, este énfasis en el aspecto estructural de la familia, que era un punto soslayado en el análisis de las diadas, propio del enfoque interaccional del MRI. Según Minuchin, uno de los indicadores de la familia enredada es una falta de diferenciación entre los miembros individuales de la familia. Es decir, los miembros tienen una relación exageradamente íntima y siempre hacen las mismas cosas juntos. En caso de que uno de ellos realice algo distinto a lo que hacen los demás, éstos lo imitan o lo reprimen, de manera que la cohesión familiar no permite la individualización del componente que intenta la diferenciación. Por otro lado, este tipo de familia tiene dificultades para establecer límites claros en el funcionamiento familiar. Por ejemplo, la familia extensa interviene en las decisiones de la familia nuclear, y la definición de los roles familiares es muy ambigua (Hoffman, *idem.*).

Las observaciones de Minuchin acerca de las características de la familia enredada, coincidieron con lo descrito por otros investigadores de la familia. Una observación

importante en este sentido es la función de la tercera persona en la interacción. Así, en muchas familias perturbadas, se observó la asombrosa incapacidad de persistir en las transacciones diádicas. Por ejemplo, en una familia que tiene un niño con un desorden psicosomático, Minuchin registró que continuamente evitaba el conflicto, valiéndose de terceras partes. Cada vez que dos personas no estaban de acuerdo y trataban de negociar sus diferencias, una tercera intervenía. Este concepto de relación triangular es uno de los nuevos planteamientos desarrollados a partir de la década de los años sesenta, sobre el cual reflexionaremos más adelante. Junto con la tipología de la familia, el estudio de la relación triádica tuvo una amplia repercusión a partir de la década de 1960 (Hoffman, *idem.*).

La segunda categoría planteada en la tipología estructural es la *familia apartada* (la familia desunida, disociada, etcétera). Este tipo de familia tiene dificultades para establecer redes sociales, en tanto que su patrón interaccional es muy limitado y escaso. En este tipo de familia, no se desarrolla una firme sensación de cohesión entre sus miembros. Hoffman hace referencia al ejemplo de Minuchin sobre la familia apartada con múltiples problemas (citado en Hoffman, *ibid.*, p. 85):

“Un rasgo destacado de las familias apartadas es el aislamiento de la madre, que parece incapaz de establecer contacto con el mundo exterior y obtener fuentes extrafamiliares de apoyo. En sus formas más extremas, puede buscarse más allá de la cronicidad de la incompetencia de ser madre en una historia familiar, que generalmente carece de puntos de anclaje como pautas de trabajo estables y relaciones estables con un varón, amigos u otros grupos sociales. La madre está sola.”

En estas familias los padres no se responsabilizan por el comportamiento de los niños, a menos que sea perturbador para ellos, o que despierte una indeseada atención de la comunidad. Entre los hermanos tampoco se da una unión de apoyo constante, de manera que a veces se protegen y apoyan unos a otros, y en otras veces no. Los hijos no están acostumbrados a recibir atención de los adultos, por lo que cualquier intento de los padres para controlarlos se frustra (Hoffman, *op. cit.*).

En fin, de esta manera durante la década de los años sesenta, se planteó una tipología apoyada en la estructura familiar que permitió analizar y clasificar la organización de cada familia. Las descripciones que hemos realizado a cerca del desarrollo de varias

tipologías nos han permitido comprender el contexto en el cual se plantearon nuevas técnicas y conceptos para las intervenciones terapéuticas respecto de varios problemas psiquiátricos relacionados con la organización familiar.

#### **2-3-1-4 Ciclo vital de la familia**

Las diferentes etapas del ciclo de vida familiar, pueden ser consideradas como una tipología de la familia. Fue hasta la década de los setenta cuando el ciclo vital de la familia obtuvo finalmente un amplio reconocimiento por parte de los terapeutas familiares, llegándose entonces a entender como un marco útil para el diagnóstico y la planificación del tratamiento. En este sentido, este tema podría tratarse en el capítulo de los años setenta, pero lo revisaré en este apartado debido, tanto a la conveniencia de la continuidad del tema de la tipología, como por el aspecto cronológico, ya que fue planteado originalmente en la sociología familiar hacia el final de la década de 1950 (Simon *et al.*, 1997, p. 54-59).

El concepto de ciclo de vida familiar se formuló inicialmente en la sociología de la familia; los principales investigadores que lo desarrollaron fueron Ruben Hill y Evelyn Duvall, quienes comenzaron a conceptualizar las tareas de desarrollo de la familia a partir de 1948. En 1957, Duvall (1967)<sup>16</sup> dividió el ciclo de vida familiar en ocho etapas organizadas en torno a hechos nodales de salida y entrada de los integrantes de la familia. Por otro lado, Hill destacó la conexión intergeneracional del ciclo vital de por lo menos tres generaciones<sup>17</sup> (Simon *et al.*, *op. cit.*).

Una de las versiones más comunes que se han utilizado dentro de la terapia familiar, comprende cinco etapas principales: la pareja recién casada, la familia con hijos pequeños, la familia con adolescentes, el despegue de los hijos fuera de la familia y la familia en la vida posterior. Sin embargo, no se ha llegado a un acuerdo sobre la

---

<sup>16</sup> Simon, F. B. *et al*, hacen referencia al libro de Duvall, E. R. (1967), *Family Development*, Philadelphia: J. B. Lippincott.

<sup>17</sup> Simon, F.B., *et al*, hacen referencia al artículo de Hill, R. (1964), "Methodological Issues in Family Development Research", en *Family Process*, vol. 3: 186-204; Hill, R , (1970), *Family Development in Three Generations*, Cambridge: Schenkman.

cantidad de etapas que deben reconocerse, por lo que el ciclo de vida familiar ha sido subdividido por diferentes autores, asignándole entre cuatro y veinticuatro etapas, lo que constituye uno de los problemas metodológicos en el estudio de este concepto (Simon *et al.*, *idem.*).

Las etapas del ciclo de vida familiar funcionan para visualizar las tareas que cada familia tiene que asumir en cada etapa de su vida familiar. Al mismo tiempo, según este concepto teórico, los puntos de transición entre cada etapa se consideran como épocas de crisis potencial debido a un nuevo movimiento familiar pertinente a cada época, y en el cual la familia se puede estancar, evitándose el desarrollo adecuado de la familia (Simon *et al.*, *idem.*).

La hipótesis del ciclo de vida familiar es muy aceptada entre los terapeutas familiares. Según esa hipótesis, en los puntos de transición entre cada etapa aumenta la posibilidad de que surja alguna disfunción familiar. Sin embargo, se han realizado muy pocas investigaciones empíricas sobre esta idea, y en este sentido la investigación llevada a cabo por Hadley y otros en 1974,<sup>18</sup> es importante porque descubrieron una relación significativa y positiva entre la aparición de síntomas en un miembro de la familia y la crisis de desarrollo familiar por la agregación (nacimiento) o pérdida (muerte/separación) de un miembro. Empero, no hay que olvidar que no todas las familias que pasan por las etapas de transición desarrollan algún síntoma entre sus miembros, y en este sentido se espera realizar los estudios que analicen y esclarezcan la superación "sana" de la crisis por parte de las familias junto con los síntomas (Simon *et al.*, *idem.*).

Un punto interesante para reflexionar sobre esta tipología del ciclo de vida familiar es el de que ella nos ofrece la perspectiva cronológica del estudio de la familia, que es un aspecto no integrado por otras tipologías revisadas. Esto tiene que ver con el hecho de que el marco teórico cibernético-sistémico de la terapia familiar se enfocaba, básicamente, en el presente, debido a su fundamento teórico. En este sentido, la perspectiva cronológica del ciclo vital de la familia complementaba la perspectiva del

---

<sup>18</sup> Simon, F.B. *et al.* hacen referencia al artículo de Hadley, T.R., T. Jacob, J. Milliones, J. Caplan y D. Spitz (1974), "The Relationship between Family Developmental Crisis and the Appearance of Symptoms in a Family Member", *Family Process*, vol. 13: p. 207-214.

tiempo de la familia que la aproximación sistémica-cibernetica no integraba (Simon *et al.*, *idem.*).

### **2-3-2 Relación triangular como un nuevo factor de interés.**

La terapia familiar sistémica fue iniciada durante la década de los cincuenta, recibiendo una gran influencia del grupo de Bateson que enfocaba su interés en la interacción humana. En general, las interacciones se discutían en términos de díadas y esta tendencia continuó, incluso durante los años sesenta, en la que los investigadores del MRI desarrollaron las sistematizaciones más importantes al respecto. Un famoso concepto producto del grupo de Bateson, el de "doble vínculo", también es una hipótesis que se basa principalmente en la relación diádica. Dentro de este contexto un nuevo concepto estudiado a partir de la década de los sesenta es el de la *relación triangular*. Este hecho puede ser conceptualizado como una ampliación de los temas de interés que tuvo lugar durante esa década, ampliación comparable con el surgimiento del interés en las estructuras familiares, aparte del de las interacciones, tal y como lo revisamos en la sección anterior, relativa a la tipología familiar.

Los estudios de las relaciones triangulares son uno de los temas más importantes dentro de la historia de la terapia familiar de los años sesenta. Un artículo que condujo el interés de los investigadores de la familia a la relación triangular, relacionada con la estructura familiar, fue escrito en 1960 por John Weakland,<sup>19</sup> quien formaba parte del grupo original de Bateson y posteriormente del MRI. Hasta ese momento, los investigadores se habían enfocado, básicamente, en la comunicación diádica considerándola como la matriz para la sintomatología (Hoffman, 1998).

---

<sup>19</sup> Hoffman, L., hace referencia al artículo; Weakland, J. (1976) "The Double Bind Hipotesis of Schizophrenia and Three-Party Interaction", en C. Sluzki y D. Ranson (comps.), Double Bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family, Nueva York, Grune and Stratton.

### 2-3-2-1 Contribución de Weakland en el nuevo planteamiento de la relación triádica.

En su artículo "La hipótesis del doble vínculo de la esquizofrenia y la interacción de tres partes", Weakland hizo una observación en la que planteaba una relación triangular en el doble vínculo, tal como la que tiene lugar en la relación entre un hijo esquizofrénico y sus dos padres. Según la teoría original del doble vínculo, se supone que en la relación doble vincular una persona recibe mensajes oscuramente conflictivos en diferentes niveles de comunicación, de manera que no se le permitía hacer ningún comentario, ni tampoco abandonar el campo. Weakland añadió entonces una explicación original, según la cual los mensajes oscuramente conflictivos pueden ser emitidos, al menos, por dos personas simultáneamente, y que la persona que los recibe no puede hacer ningún comentario, ni abandonar el campo, para no traicionar su lealtad con ninguna de estos dos individuos (Hoffman, *op. cit.*).

Esta idea de la relación triangular en la situación doble vincular, coincidía con las descripciones de un estudio publicado en 1954 por el psiquiatra Alfred Stanton y el sociólogo Morris Schwartz: *The Mental Hospital*.<sup>20</sup> Ellos describieron que la agitación de un paciente en un pabellón estaba asociada con actitudes y directivas conflictivas acerca de su propio comportamiento, establecidas por dos autoridades y en las que, al mismo tiempo, negaban su mutuo desacuerdo y que definían su posición general como de benevolencia. Weakland cita a los autores al describir la situación del paciente: "Las dos personas más inmediatamente importantes en su vida estaban, por decirlo así, tirando de él en direcciones opuestas" (Hoffman, *ibid*, p. 108). Este tipo de relación triangular es fácilmente comparable, e imaginable, en un niño cuyos padres se hallaban en disimulado desacuerdo sobre él (Hoffman, *op. cit.*).

---

<sup>20</sup> Hoffman, L., hace referencia al libro; Stanton A. y M. Schwartz, (1954), *The Mental Hospital*, Nueva York: Basic Books.

### 2-3-2-2 Contribución de Haley en la relación triangular

Otro miembro original del grupo de Bateson, J. Haley, también empezó a interesarse en las triadas, en vez de la díada, que era la piedra angular de la hipótesis del doble vínculo. Haley planteó un concepto nuevo para el análisis de las triadas: las *coaliciones*, siguiendo las investigaciones de la época sobre la adopción de decisiones en pequeños grupos. Su observación era interesante: en familias con un miembro sintomático, la triada que más a menudo salía a la superficie era una coalición entre dos personas, habitualmente de generaciones distintas, y a expensas de una tercera. Por ejemplo, una madre que hablaba por un niño en tal forma que desacreditaba al padre; los padres que luchan entre sí y luego se volvían hacia el niño acusándolo de causar las dificultades que había entre ellos. (Hoffman, *idem.*).

En función de sus estudios sobre los comportamientos de las familias con esquizofrénicos en coalición, lo que Haley añadió a la explicación original del doble vínculo fue que los problemas no sólo surgían de una confusión de niveles de comunicación, sino de una confusión entre los niveles de un sistema de relación. Hay que hacer notar que en un comienzo la esquizofrenia fue descrita como reacción a un contexto de aprendizaje en el que habitualmente eran confusos los niveles de comunicación, pero en ello no había sido incluida la confusión de los niveles relacionales implícita en este proceso. Haley describió esta confusión relacional por medio del concepto de *coaliciones* (Hoffman, *idem.*).

En 1967 Haley escribió un importante artículo: "Hacia una teoría de los sistemas patológicos",<sup>21</sup> en el cual adoptaba la posición de que cuando en una familia o una red de parentesco existen facciones en guerra, un miembro de la familia puede encontrarse en la situación de ser castigado por haber tomado partido (pues a cualquiera quien no se haya alineado puede imponérsele un castigo), y al mismo tiempo ser castigado por no haberlo hecho. Así, en semejante caso puede ser necesario que una persona

---

<sup>21</sup> Hoffman hace referencia al artículo; Haley, J. (1977), "Toward a Theory of Pathological Systems", en P. Watzlawick y J. Weakland (comps.), *The Internacional View*, Nueva York, W.W. Norton, 1977.

descalifique todas sus comunicaciones, como es frecuente en la forma de hablar de los esquizofrénicos que aparentemente no tienen sentido (Hoffman, *idem.*).

Tanto el planteamiento de Weakland como el de Haley permitieron comprender el comportamiento sintomático de los individuos, en términos de las consecuencias dentro de las estructuras sociales en las que habitaban. Estos autores ampliaron el interés terapéutica de la díada comunicacional hasta alcanzar la estructura relacional que tiene lugar entre tres personas o más. Según el análisis de Lynn Hoffman las contribuciones de estos autores llevaron a la terapia familiar a un nuevo punto (*Ibid.*, p. 109):

“la terapia familiar ya no pudo ser desdeñada como una especie de metapsicología lingüística, sino colocada, justamente, con otras investigaciones contemporáneas del comportamiento.”

### **2-3-2-3 El triángulo perverso planteado por Haley**

Un concepto que fue adquiriendo una importancia particular en la terapia familiar, en los años posteriores. Éste fue planteado por Haley en 1967: el *triángulo perverso*, también llamado “la coalición intergeneracional”. Con base en sus observaciones, Haley planteó que un factor importante que causaba tensiones en un sistema social era una estructura triádica. De allí postuló coincidencias con manifestaciones socialmente indeseables como las de violencia, el comportamiento sintomático o la disolución del sistema, etcétera (Hoffman, *op. cit.*).

Lynn Hoffman resumió el triángulo perverso planteado por Haley de la siguiente manera (Hoffman, *ibid.*, p. 109-110):

Debe contener a dos personas del mismo nivel en una jerarquía de *status* y una persona de un nivel distinto. En la familia, esto significa dos miembros de la misma generación y uno de otra generación.

Debe abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que quedaba restante. Debe establecerse una distinción entre una alianza, que puede basarse en intereses comunes y no abarcar un tercer partido, y una coalición, en que dos personas se unen contra o con exclusión de una tercera.

La coalición contra la tercera persona debe mantenerse oculta. Es decir, el comportamiento que indica que existe semejante coalición será negado al nivel

metacomunicativo. En suma, Haley dice que el triángulo perverso es aquél en que la separación entre generaciones queda esbozada en forma encubierta.

Una coalición entre padre e hijo no sólo socava la autoridad del otro padre, sino que hace que la autoridad del padre con favoritismo dependa del apoyo que reciba del niño. Haley observó que los padres de un niño emocionalmente perturbado generalmente tienen dificultades en darle a su hijo una disciplina firme. Según este autor, esto se debía a la necesidad de los padres de establecer una coalición con su hijo contra el otro progenitor. Es decir, la coalición era reflejo de la incapacidad de la familia para mantener la línea entre diferentes generaciones (Hoffman, *op. cit.*).

El aspecto estructural de la familia referido como el *triángulo perverso* fue llamando cada vez más la atención dentro del área de la terapia familiar a partir de la segunda mitad de la década de los años sesenta, puesto que ofrecía una nueva línea de tratamiento para los problemas psiquiátricos. Los terapeutas familiares empezaron a buscar formas de desestructurar las relaciones triádicas perversas para la desaparición de los síntomas.

Por lo general, en cuanto a la triangulación es más frecuente referirse a los trabajos realizados por Salvador Minuchin. A principios de los setenta, este autor sistematizó un modelo terapéutico que se conoce como "terapia familiar estructural"; pero las investigaciones triádicas no se deben solamente a este autor y me parece importante hacer énfasis en el periodo de la historia de la terapia familiar en la que se fue desarrollando, poco a poco, la aproximación estructural, gracias a los esfuerzos realizados por varios investigadores de distintas instituciones. En este sentido, cabe mencionar que, además de Weakland y Haley, había otros autores que realizaron estudios importantes sobre la relación triádica en aquella década, como T. Caplow y J. Davis, entre otros.<sup>22</sup> También me parece interesante señalar que el artículo mencionado de Haley, sobre el triángulo perverso, fue escrito en 1967, año en que este autor salió del MRI y empezó a trabajar con S. Minuchin, en Filadelfia, siendo este último

---

<sup>22</sup> Para los que se interesan en este tema con más detalle, recomiendo revisar a Hoffman, *op. cit.*, capítulos 6, 7 y 8.

investigador el que se convertiría en el más importante representante del modelo estructural.

### **2-3-2-4 Triángulos que desvían conflictos familiares. Los planteamientos de S. Minuchin**

A pesar de que esta idea fue planteada formalmente durante la década de los años setenta, la describo en este apartado considerando la continuidad del tema de la triangulación. Como se ha mencionado, en la actualidad la triangulación se discute más en relación con el planteamiento de este autor, porque el modelo terapéutico planteado por Minuchin en los setenta, logró una considerable aceptación entre los investigadores en terapia familiar, en razón de su gran capacidad de sistematización. En cuanto al modelo en sí, lo revisaremos en el siguiente capítulo, junto con otros modelos terapéuticos planteados en la década de 1970; ahora sólo describiré el desarrollo teórico original planteado por Minuchin acerca de la triangulación.

Junto con sus colaboradores Minuchin planteó la hipótesis de que los niños sintomáticos encubrían o desviaban los conflictos parentales. Al analizar las configuraciones relacionales de las familias que tenían un niño sintomático, Minuchin formuló una tipología que llamó *triadas rígidas* (Hoffman, *idem.*).

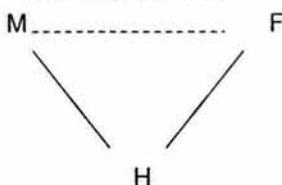
Estas *triadas rígidas* fueron planteadas tras realizar<sup>23</sup> estudios con niños que tenían desórdenes psicosomáticos, tales como asma, diabetes y anorexia nerviosa; en esta tipología incluían los siguientes cuatro tipos de configuración relacional en la familia: 1) la triangulación; 2) coalición padre-hijo; 3) ataque a la desviación, y 4) apoyo a la desviación. Nuevamente citamos los resúmenes de Lynn Hoffman<sup>24</sup> (*ibid.*, p. 148):

---

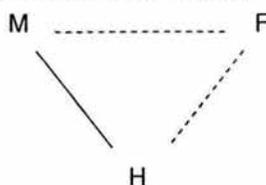
<sup>23</sup> Hoffman hace referencia al libro: Minuchin, S., B.L. Rosman y L. Baker (1978), Psychosomatic Families, Cambridge: Mass., Harvard University Press.

<sup>24</sup> Hoffman no utilizó las líneas comúnmente utilizadas por los autores estructurales para expresar las relaciones conflictivas en esta gráfica, pero se supone que estas líneas discontinuas significan las relaciones conflictivas o distantes. Por otro lado, las líneas continuas significan una buena relación.

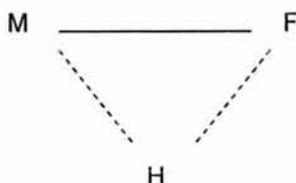
### 1. TRIANGULACIÓN



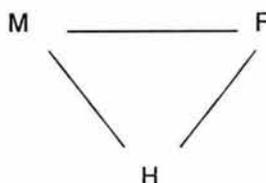
### 2. COALICIÓN PADRE-HIJO



### 3. ATAQUE A LA DESVIACIÓN



### 4. APOYO A LA DESVIACIÓN



[1.] La "triangulación" describe una situación en la que dos padres, en conflicto abierto u oculto, están intentando, cada uno ganarse el cariño y el apoyo del niño en contra del otro. Esta forma correspondería a lo que yo he llamado "triángulo inadmisibles" de la teoría del equilibrio, el triángulo con dos lados positivos, que connota un intenso conflicto de lealtades. [2.] "Padre-hijo" es una expresión más abierta del conflicto parental, aún que la familia puede acudir en busca de tratamiento con un niño problema. Uno de los padres se pondrá del lado del niño contra el otro, y a veces es difícil de determinar si el niño o el cónyuge que queda fuera se encuentra en dificultades mayores. La intensa intimidad del niño con el padre preferido puede resultar, sin embargo, en una sintomatología, especialmente cuando el proceso natural de crecer empieza por crear una tensión sobre la estasis padre-hijo. [...3.] En una tríada "de ataque a la desviación", las más de las veces el clínico considera que los padres están haciendo del niño un chivo expiatorio. El comportamiento del niño es perturbador o "malo", y los padres se unen para contenerlo, aunque uno de ellos a menudo está en desacuerdo con el otro sobre cómo tratarlo, y ambos lo tratan de manera contradictoria. La mayor parte de los desórdenes de comportamiento de los niños caen en esta categoría. [4.] En una tríada de "apoyo a la desviación", los padres suelen ocultar sus diferencias enfocando al niño, que es definido como "enfermo" y por el que los padres muestran una preocupación enorme, sobreprotectora. Esto los une mucho y es un rasgo frecuente de las familias en que la tensión se exprese mediante desórdenes psicósomáticos. Todas estas tríadas o permutaciones de ellas pueden encontrarse

en las familias con niños psicossomáticos, pero también prevalece en las familias en que los niños tienen, asimismo, otras dificultades.

Minuchin y sus colaboradores realizaron estudios que comprobaron que el cambio de la estructura relacional de las familias de los hijos sintomáticos propiciaba la disminución o desaparición de los síntomas. Las intervenciones terapéuticas apoyadas en la hipótesis de Minuchin, de que el síntoma de un niño puede vincularse con el conflicto entre sus padres, tuvieron un notable éxito. En estas terapias, enfocadas a cambiar la estructura familiar, se buscó apartar al niño de su posición *triangulada* entre los padres, y a ayudar a los padres a enfrentar más directamente sus problemas. Entre 50 familias de niños anoréxicos, en un periodo de ocho años Minuchin y sus colaboradores encontraron 86 por ciento de recuperación de dichos niños. La mayor parte del grupo llegó a un peso normal en menos de un año de tratamiento, y algunos de ellos incluso lo normalizaron en las primeras semanas posteriores al comienzo de la terapia. A su vez, el éxito en el retorno a un funcionamiento social y personal de cada paciente resultó impresionante al compararlo con el resultado de los programas estándar de terapia individual de aquel tiempo, pues en estos últimos el anoréxico podía recuperar el peso normal, pero seguía mostrando dificultades en su desempeño social (Hoffman, *op. cit.*).

Las triadas planteadas por Minuchin llamaron mucho la atención de los terapeutas familiares, especialmente debido a los resultados impresionantes de los experimentos mencionados. Además, el tratamiento planteado en estos estudios fue concreto y claro, lo cual fue muy atractivo para los investigadores que buscaban una mejor aplicación terapéutica de los conceptos estudiados en el área.

### **2-3-2-5 La relación triangular según M. Bowen**

En su libro de 1981 Lynn Hoffman no menciona nada sobre los trabajos de Bowen en relación con el tema de la relación triangular, ello a pesar de que en 1960 Bowen ya había planteado su concepto sobre este tema. Tal vez fue así porque Bowen explicó la relación triádica con base en algunos conceptos relacionados con el proceso intrapsíquico, lo cual fue un tema casi evitado por otros autores sistémicos de la época. Esta omisión nos plantea que la triada de Bowen no tuvo una repercusión teórica explícita en los planteamientos de otros autores. Por esta razón, revisaremos su planteamiento en el siguiente capítulo, en el que analizaremos la teoría familiar sistémica propuesta por este autor. En este apartado, tan sólo quiero apuntar que para

el desarrollo de la terapia familiar el tema de la tríada fue muy representativo en la década de 1960. Bowen planteó su teoría familiar sistémica en 1966, separándose de la visión individualista de la teoría psicodinámica después de revisar el tema de la tríada a partir de 1960. En los años siguientes Bowen describió la dificultad que sentía en el proceso de transición entre la visión psicoanalítica individualista y la holística sistémica. Es decir, seis años después de plantear el concepto de la relación triangular, él llegó a no poder sostener la visión individualista de la teoría psicodinámica y adoptó una visión sistémica, debido a su profunda reflexión acerca de la dinámica familiar. Esta observación me hizo pensar que los estudios de la relación triádica contribuyeron a profundizar la visión sistémica de los síntomas psiquiátricos y propiciaron el desarrollo de la terapia familiar de manera importante (Bowen, 1989; Yusa, 1984).

#### **2-4 Las tres distintas líneas del pensamiento terapéutico de la terapia familiar hacia finales de los años sesenta**

Las anteriores revisiones nos permiten comprender que en la década de los sesenta, se desarrollaron nuevas aproximaciones sistémicas del tratamiento familiar de los problemas psicoterapéuticos, además, del interés interaccional originado en los trabajos del grupo de Bateson. En realidad, para la segunda mitad de esa década ya eran visibles tres distintas líneas del pensamiento terapéutico: 1) el enfoque estratégico-interaccional del MRI; 2) la aproximación estructural de Salvador Minuchin, y 3) la aproximación transgeneracional de M. Bowen. Cada una de estas aproximaciones presentaba cualidades distintas a las de las otras.

Los autores representativos de estas orientaciones lograron sistematizar sus pensamientos como modelos, publicándolos en forma del libro, durante la década de 1970. Por esta razón, la revisión teórica de estos modelos se abordará en el siguiente capítulo. Entre estos tres lineamientos del pensamiento, me parece importante revisar el desarrollo de dos de las orientaciones que se desarrollaron durante los años sesenta, la de Minuchin y la de Bowen, ya que el del MRI ya fue abordado en páginas anteriores. Por medio de esta reflexión, podemos comparar los distintos contextos en los que se desarrollaron formas diferentes de conceptualizar la terapia familiar sistémica. Pienso que la diversificación del pensamiento terapéutico, en su mayor parte se dio en razón de las diferencias de los contextos en los que se ubicó cada uno de los autores fundadores. Es decir, los antecedentes personales de cada autor influyeron mucho en su planteamiento.

## 2-4-1 Salvador Minuchin y Philadelphia Child Guidance

Salvador Minuchin es un autor al que me he referido en repetidas ocasiones en este capítulo, dado que se relaciona con varios aspectos del desarrollo de la terapia familiar durante la década de los sesenta. Ahora abordaremos el contexto personal de este importante autor antes de que fuera reconocido como una autoridad dentro de la terapia familiar.

Minuchin, judío nacido en Argentina, tuvo una formación de pediatra en aquel país. Cuando se fundó el estado de Israel, en 1948, se alistó como médico militar voluntario durante el conflicto contra los países árabes. Posteriormente, después de estudiar pediatría en Estados Unidos, regresó a Israel y se dedicó a dar atención médica a los hijos de las víctimas del holocausto nazi y a los hijos de los inmigrantes judíos que se trasladaron de los países árabes. Fueron estas experiencias las que despertaron en Minuchin el interés por la aproximación terapéutica que enfoca a toda la familia (Yusa, 1984; Hoffman, 1998).

Su participación en el Proyecto Wiltwyck, se dio después de regresar de Israel, en dicho proyecto se dedicó durante tres años (de 1962 a 1965) a estudiar a los niños delincuentes de familias pobres de Nueva York, como ya se ha descrito (Yusa, *op. cit.*; Hoffman, *op. cit.*).

La aproximación terapéutica de Minuchin se caracterizaba por las acciones decididas, atrevidas y directas. La formación de dichas características se relacionan profundamente con las experiencias del proyecto mencionado, en el cual él atendía a las familias de extrema pobreza que le exigían dar resoluciones lo más rápidas posibles a los problemas debido a las restricciones de sus vidas. En estas situaciones, los terapeutas se veían obligados a tomar movimientos concretos respondiendo de manera inmediata a las necesidades de las familias. La situación cotidiana de las familias pobres no se adecuaba a métodos basados principalmente en reflexiones verbales, tal como era planteado en el marco psicoanalítico, el enfoque predominante de aquella época (Yusa, *idem.*; Hoffman, *idem.*).

La actividad principal de Minuchin durante la segunda mitad de la década de los sesenta se centró en una pequeña clínica de Filadelfia, la *Philadelphia Child Guidance*

*Clinic* (PCGC), que inicialmente sólo contaba con diez integrantes. Esta clínica se ubicaba en el barrio negro de la ciudad. Durante los diez años en que él fue su director, la clínica se desarrolló extraordinariamente; en 1982, un año después de que dejó el cargo, era la institución que prestaba servicios familiares más grande de Estados Unidos, siendo que su personal estaba constituido por más de 200 integrantes, todo ello gracias a su extraordinario liderazgo. En 1967 Minuchin fundó un centro de capacitación en donde varios terapeutas recibían formación como terapeuta familiar. El talento de Minuchin no se limitaba sólo al área de la terapia, sino también a la administrativa. Minuchin ponía especial atención en el descubrimiento y reclutamiento de personas competentes y talentosas. En la historia de la PCGC, se encuentran los nombres de varios autores reconocidos, quienes por algún tiempo pertenecieron a la PCGC. Entre ellos encontramos a J. Haley y Cloé Madanes —fundadores de *The Family Institute*, de Washington—; Lynn Hoffman, Peggy Papp —del Ackerman Institute—, M. Duncan Stanton —reconocido por la terapia familiar de farmacodependientes—, entre otros. En varios sentidos, Minuchin fue una figura importante dentro de la terapia familiar, y su contribución en el desarrollo de la misma ha sido grande (Yusa, *idem.*; Hoffman, *idem.*).

Desde la segunda mitad de la década de 1960 y hasta ya entrada la de 1970, Minuchin desarrolló la aproximación terapéutica original que ahora conocemos como terapia familiar estructural; en 1967 publicó un libro, *Families of the Slums*, en el que resumió sus trabajos con familias pobres. La aproximación terapéutica planteada por Minuchin se caracterizó por la atención puesta en los aspectos estructurales y jerárquicos de las relaciones familiares. La revisión concreta de esta aproximación se incluye en el próximo capítulo.

#### **2-4-2 El desarrollo de Murray Bowen en la década de 1960 y la aproximación histórica o multigeneracional**

En el capítulo anterior presenté a Murray Bowen como uno de los pioneros de los estudios familiares relacionados con los pacientes psiquiátricos. Por lo general, Bowen es considerado como una figura representativa entre los autores de la terapia familiar que guardan influencias del pensamiento psicoanalítico. Esto es comprensible al considerar que Bowen era psiquiatra de formación psicodinámica en la década de 1950, lo que lo distingue de otros autores importantes de la terapia familiar, tales como G. Bateson (antropólogo-biólogo), J. Haley (comunicólogo), J. Weakland (antropólogo-ingeniero en química), S. Minuchin (pediatra).

Bowen trabajó por muchos años con pacientes psiquiátricos apoyándose en el marco psicoanalítico y aceptando que la visión psicoanalítica describía adecuadamente la dinámica interna e individual de cada paciente. Pero al mismo tiempo consideraba que esta visión era muy limitada, ya que no lograba explicar suficientemente el cómo y el porqué del desencadenamiento de síntoma de cada paciente en un momento posterior al trauma infantil. Muchas personas sufren el desencadenamiento del síntoma en la vida adulta después de pasar por largo tiempo de manera estable. Bowen consideró que el desencadenamiento del síntoma no se debe únicamente a factores individuales del paciente, sino a factores relacionales entre él y otras personas, tales como los miembros de la familia. Es decir, el síntoma se desencadena cuando la relación familiar del paciente sufre una inestabilidad emocional. Esta forma de indicar la limitación del planteamiento psicoanalítico representaba un reto a la autoridad psiquiátrica dominante en aquel momento. Me parece importante comprender esta posición del autor, porque dentro de la terapia familiar Bowen fue considerado, hasta cierto grado, como "defensor" de la orientación psicoanalítica, pero a la vez, para la comunidad psicodinámica, en cierto sentido, era "traidor", debido a la objeción que mostró contra ella al plantear su visión sistémica (Yusa, *idem.*; Hoffman, *idem.*; Goldenberg, I. y H. Goldenberg, 2000).

Su principal aportación, durante la década de los sesenta, es la teoría del sistema familiar, formulada en 1967.<sup>25</sup> En ella intentó sistematizar los seis conceptos básicos planteados en los años anteriores: 1) el proceso emocional de la familia nuclear (*Nuclear Emotional Process*); 2) el proceso de proyección familiar (*Family Projection Process*); 3) la escala de diferenciación (*Scale of Differentiation*); 4) El triángulo (*Triangle*); 5) el proceso de transmisión multigeneracional (*Multigenerational Transmission Process*), y 6) la posición del hermano (*Sibling Position*) (Yusa, *idem.*; Hoffman, *idem.*; Goldenberg, I. y H. Goldenberg, *idem.*).

Es importante señalar que Bowen, quien tiene una orientación histórica multigeneracional, también desarrolló reflexiones sobre las triadas, dentro de su marco

---

<sup>25</sup> Lynn Hofman señala a 1967 como el año de presentación de esta teoría, mientras que Yusa señala al de 1966. Aquí usamos la fecha propuesta por Lynn Hoffman.

teórico, como un concepto central. Este dato nos confirma, una vez más, que el *triángulo* se convirtió en uno de los temas más importantes dentro de la terapia familiar a partir de los años sesenta, puesto que es revisado tanto por los investigadores interaccionales como por los estructurales e incluso por los de la aproximación histórica.

En cuanto al concepto del *proceso de transmisión multigeneracional*, lo desarrolló paulatinamente entre 1955 y 1962, en este concepto incluyó las influencias de la familia extensa en el individuo. Por lo general, el concepto multigeneracional es reconocido como el que más representa sus ideas, y a él se debe que el modelo terapéutico de Bowen sea clasificado por varios autores como el modelo multigeneracional, la aproximación histórica, la transgeneracional, etcétera. Según este planteamiento teórico, la disfuncionalidad severa de cada paciente se considera como el resultado de las transmisiones del grado de diferenciaciones del *self* realizadas tras varias generaciones. Por ejemplo, la esquizofrenia se puede explicar de la siguiente manera: los abuelos del niño esquizofrénico pudieron ser relativamente maduros, pero su hijo, muy apegado a la madre, no logra madurar; es decir, no logra una diferenciación adecuada del *self*. Después, este hijo contrae matrimonio con una mujer igualmente inmadura. El resultado de la combinación de estas personalidades inmaduras, puede ser un hijo tan simbióticamente atado a la madre que manifiesta el síntoma esquizofrénico (Yusa, *idem.*; Hoffman, *idem.*; Goldenberg, I. y H. Goldenberg, *idem.*).

Bowen planteó la "Teoría familiar sistémica" en 1967, sistematizando todos estos conceptos, más otro que planteó en 1966: el de la "posición del hermano" (*Sibling Position*). A partir de ese año, Bowen afinó, cada vez más, esta teoría, hasta llegar a formular sus ocho conceptos básicos, agregando dos conceptos adicionales: "Corte emocional" (*Emotional cut off*) y "Regresión social" (*Societal Regression*) (Yusa, *idem.*; Hoffman, *idem.*; Goldenberg, I. y H. Goldenberg, *idem.*). El análisis de este modelo se aborda en el siguiente capítulo en relación con el desarrollo de la terapia familiar durante los años setenta.

Me parece interesante presentar la siguiente descripción de Lynn Hoffman acerca de la situación en la cual conoció, por primera vez, el modelo de Bowen; esto sucedió en un simposio celebrado en 1967. Bowen leyó un texto en el que describía a su propia familia de origen, un grupo de parentesco extenso muy numeroso, el cual se remontaba muchas generaciones, y que procedía de una pequeña población del sur de Estados Unidos. Veamos la descripción de Hoffman (*ibid.*, p. 231) :

"Bowen nos habla de haberse inmiscuido deliberadamente en la mayor parte de los triángulos dominantes de esa familia inmediata por medio de una táctica asombrosa. Envió cartas en que informaba a varios parientes suyos de ciertos chismes desagradables que otros estaban haciendo circular por el pueblo. Estas cartas terminaban con cariñosos saludos como "tu hermano entremetido", o "tu hijo estratégico", y anunciaban una visita inminente. Bowen apareció entonces como lo había anunciado, para enfrentarse a las relaciones de su familia, predeciblemente indignada. El efecto de esto fue dramático, sobre todo en la familia. Desencadenó muchas relaciones antes cerradas y –una vez que se calmó la furia original contra el propio Bowen– creó un clima de mejor entendimiento en general. El efecto de esto sobre el simposio fue no menos dramático. Bowen había preparado una charla sobre la teoría, pero la anuló en el último momento, y en cambio hizo un relato detallado de su increíble viaje: la primera vez, en la experiencia de la mayor parte de su público, en que un practicante había tratado de cambiar e influir sobre su propia familia o descrito semejante procedimiento, literalmente 'contra las convenciones' ante un augusto cuerpo de ilustres colegas."

Como Hoffman lo describió, este experimento de Bowen preparó el escenario para el desarrollo de un proceso terapéutico totalmente nuevo. Después de la presentación de Bowen, esta nueva metodología llamó mucho la atención del área. Ella consistía en revisar las historias de varias generaciones de una familia, tanto las familias de origen del esposo como las de la esposa. Como un procedimiento importante de la terapia familiar muchos terapeutas, junto con la familia, empezaron a buscar un patrón repetitivo que se pudiera encontrar en las relaciones transgeneracionales. A partir de esto, se abrió el camino para la exploración de las triadas, algunas formadas incluso mediante miembros esparcidos en tres o cuatro generaciones de una familia, mismas que fueron estudiadas por Weakland, Haley y Minuchin, básicamente dentro de las familias nucleares (Yusa, *idem.*; Hoffman, *op cit*; Goldenberg, I. y H. Goldenberg, *idem.*).

Lynn Hoffman clasifica a Bowen como uno de los autores que tienen enfoques históricamente orientados a la terapia familiar. Dentro de esta clasificación se incluyen autores como Norman Paul (el proceso de duelo no resuelto); Ivan Nagy (el libro de cuentas familiares) y James Framo (la aplicación de la "introyección", planteada por Fairbairn, en la terapia familiar), entre otros. Aunque estos autores no están asociados, en ningún sentido formal ni literal, con la teoría o la práctica psicoanalítica, en algunos

aspectos se pueden encontrar ciertas similitudes con el establecimiento psicodinámico. Según Hoffman (*ibid.*, p. 229), "los objetivos (alcanzar un ego individualizado) pueden ser similares; o las técnicas (explorar sentimientos, obtener atisbos, "elaborar" acontecimientos pasados) pueden ser semejantes". A diferencia de los otros enfoques, los autores clasificados dentro del enfoque histórico tienen como objetivo la mayor maduración del individuo, para la cual ponen un interés especial en los datos de la vida pasada de cada individuo, algo que evitan los autores de otros enfoques, quienes para cualquier problema que se presente proceden a cambiar un contexto actual, con la esperanza de que una vez logrado esto, por sí solos los individuos estén libres del problema. En el presente trabajo, revisaremos solamente el modelo de Bowen como el representativo entre los modelos de la aproximación históricamente orientada.

Me parece importante fijar nuestra atención en los diferentes antecedentes de cada autor para poder comprender los factores que influyeron en la diversificación del pensamiento terapéutico. Cada autor planteó sus pensamientos después de tener diferentes experiencias clínicas pertinentes a sus propios contextos. Creo que estos episodios conforman el contexto en el que surgió la diversidad del pensamiento terapéutico. En este sentido, considero relevante revisar cada lineamiento de las ideas terapéuticas en relación con los antecedentes personales de cada autor.

## **2-5 La teoría cibernética y la teoría general de los sistemas: similitudes, diferencias y confusiones, y su repercusión en la diversificación del pensamiento terapéutico**

La cibernética es una teoría básica, que constituyó el fundamento epistemológico de la investigación sobre la comunicación que realizó el grupo de Bateson en la década de 1950. La cibernética se ha utilizado en la terapia familiar junto con la teoría general de los sistemas, como una referencia epistemológica de varios investigadores, porque estas dos teorías se ocupan casi del mismo tema de estudio, a saber, establecer las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas, independientemente de su constitución material (Simon *et al.*, 1997, p. 337). Las dos teorías se fundamentan en la intuición de que un sistema, en su conjunto, es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y "se comporta" de un modo distinto (el concepto de totalidad). A partir de la década de los años sesenta, aumentó el número de investigadores que analizaban el comportamiento sintomático de un paciente psiquiátrico en su contexto familiar, para lo cual el concepto de *sistema*,

planteado en ambas teorías, adquirió una importancia vital. Por esta razón, las terapias familiares que plantean distintos modelos terapéuticos empezaron a ser clasificadas dentro de una categoría común, que es el enfoque sistémico (Griffin, 1993, P.16-19; Simon *et al.*, *op. Cit.*; pp. 55-56, 336-339; Hiraki, 1999).

A pesar de que ambas teorías tienen muchas características comunes, puesto que comparten el mismo tipo de objetivo de estudio, podemos observar algunas diferencias sutiles. Desde mi punto de vista, estas diferencias pueden reflejar la diversidad del pensamiento terapéutico dentro de la terapia familiar, por lo que es importante revisar estas variaciones sutiles junto con sus similitudes.

Mientras que la cibernética<sup>26</sup> fue planteada en los años de la segunda guerra mundial por un matemático, Norbert Weiner, para establecer una ciencia del control (la primera referencia con este término data de 1948), la teoría general de los sistemas fue propuesta por un biólogo, Ludwig von Bertalanffy, hacia principios de los años treinta. Por esta razón, en el trabajo de Weiner se encuentran más los términos mecánicos, mientras que en el de Bertalanffy, los términos biológicos.

Como se ha expuesto en el primer capítulo, Bateson participó en las actividades que coadyuvarían al desarrollo de la teoría cibernética, e introdujo las ideas sistémicas de esta teoría en las investigaciones de los síntomas psiquiátricos. En este contexto, las dos teorías, que en varios aspectos son indistinguibles, despertaban el interés, cada vez más, de los investigadores que trabajaban la terapia familiar.

Las dos teorías nos brindaron un marco abstracto para observar las dinámicas y las organizaciones complejas de varias entidades, a la vez que nos permitieron ver de manera abstracta las entidades organizadas, como si todas las clases de organizaciones fuesen del mismo tipo de sistema, así se tratara del sistema social, el biológico (los organismos), el mecánico (la máquina), el psicológico. Esta cualidad del sistema es conocido con el término de *isomorfismo*. Si nos apoyamos en estas teorías, la familia también puede ser considerada como un sistema que comparte varias características y principios comunes con otros tipos de sistema.

---

<sup>26</sup> Ya se ha mencionado, en el primer capítulo, el contexto en donde se generó la cibernética.

En la terapia familiar los conceptos planteados por la teoría general de los sistemas, han sido utilizados activamente para describir el movimiento del sistema familiar, entre los cuales encontramos totalidad, equifinalidad, equipotencialidad, isomorfismo. Por ejemplo, la totalidad es un concepto clave que se encuentra en todas las aproximaciones terapéuticas de la terapia familiar sistémica, como se ha discutido en el capítulo anterior, en relación con el concepto del paciente identificado. Los conceptos de la equipotencialidad y de la equifinalidad, al igual que la causalidad circular planteada en la cibernética, niegan la posibilidad de hacer predicciones deterministas sobre los movimientos y los procesos de desarrollo de los sistemas vivientes en general. Estos conceptos sostienen que cuando se observa un sistema, estructura o función, no se puede hacer una inferencia con respecto a su estado pasado o futuro, porque las mismas condiciones iniciales no producen necesariamente los mismos efectos (equipotencialidad). Lo mismo sucede en una situación contraria: iguales resultados no tienen por qué haber partido de iguales condiciones iniciales (equifinalidad). Estos conceptos implicaban un enfrentamiento con los procedimientos convencionales de la investigación positivista, los que trataban de determinar la causa de un fenómeno concreto en función de una escala del tiempo en forma lineal.

A pesar de que las dos teorías comparten varios conceptos similares, también se observan algunas diferencias entre ellas. En la cibernética se observa un mayor énfasis en el proceso informacional de un sistema, mientras que en la teoría general de los sistemas, hay una mayor atención en las estructuras jerárquicas del mismo. Maldonado señala la falta de claridad al respecto dentro de la terapia familiar. Me parece importante centrar nuestra atención en esta diferencia al analizar la variedad existente entre los modelos terapéuticos planteados en la terapia familiar (Maldonado, 2001).

Como ya se ha mencionado, en la década de los años sesenta, se observaban tres líneas muy distintas de pensamiento terapéutico: la interaccional del MRI, la estructural de Minuchin y la transgeneracional de Murray Bowen. La diferencia sutil entre la teoría cibernética y la teoría general de los sistemas, me hace pensar en la naturaleza de la diversidad del pensamiento terapéutico que ha existido dentro de la terapia familiar, puesto que las diferencias y las similitudes entre ambas son comparables con las que existen entre el modelo interaccional del MRI y el modelo estructural de Minuchin. En el pensamiento terapéutico del MRI se percibe claramente su énfasis en el proceso informacional, -que le permite al sistema autorregularse para adquirir el estado de

equilibrio; mientras que en el modelo estructural, se observa una clara atención en la estructura jerárquica del sistema, que es una característica distintiva de la teoría general de los sistemas en comparación con la cibernética.

Además, esta diferencia en la forma de aproximarse al movimiento familiar es comprensible, si consideramos los antecedentes personales de los fundadores de cada modelo terapéutico. Los iniciadores del modelo del MRI eran un antropólogo y un comunicólogo, que no tenían formación psiquiátrica; sin embargo, ellos desde sus profesiones originales ya habían tenido un interés especial en la comunicación y en el proceso informacional de la interacción humana. En cambio, Minuchin era pediatra, lo que significaba que tenía una formación dentro del modelo médico moderno occidental,<sup>27</sup> que implicaba la visión biologicista. En este sentido, me parece natural que en el modelo estructural de Minuchin se observe una consideración de la estructura jerárquica del movimiento familiar, que es inherente en la teoría general de los sistemas, planteada por un biólogo, Ludwig von Bertalanffy.

Pienso que es sumamente atractivo visualizar la analogía existente entre *la relación de la cibernética con la teoría general de los sistemas*, por un lado, y *la relación del modelo interaccional con el modelo estructural* para analizar la delicada relación entre los dos modelos terapéuticos de la terapia familiar, que, por lo demás, son muy distintos en su práctica, pero a la vez muy similares, porque se han desarrollado basándose en conceptos epistemológicos casi idénticos. Los dos autores (Wiener y Bertalanffy), quienes estudiaron la organización de los sistemas desde perspectivas muy distintas (una matemática-informacional y la otra biológico-estructural), llegaron a conclusiones muy parecidas y no contradictorias. La cibernética y la teoría general de los sistemas tienen distintas formas de sistematizar y describir los resultados de sus estudios, pero el conjunto de las ideas implícitas en cada teoría son compatibles.

El modelo interaccional y el modelo estructural de la terapia familiar plantean distintas formas de alcanzar el cambio terapéutico de cada familia, pero tienen varios puntos comunes, tales como: el considerar el síntoma del paciente identificado dentro del

---

<sup>27</sup> El modelo médico moderno occidental a que se refiere en este párrafo es el modelo alopático que se distingue del modelo homeopático.

contexto organizacional de una familia y el tratar de cambiar la organización del sistema para resolver el síntoma de un paciente identificado, etcétera. Al considerarlo de esta manera resulta más comprensible que la diferencia existente entre estos modelos no consista en determinar cuál es más "veraz", sino que se trata de dos aproximaciones distintas que buscan obtener el mismo tipo de cambio terapéutico: la transformación de la organización sistémica que se relacione con la desaparición del síntoma.

Entonces, ¿cómo podemos ubicar el modelo transgeneracional de Bowen en este esquema de comparación? Al responder esta pregunta es importante considerar el antecedente personal de Bowen: antes de desarrollar su modelo sistémico de terapia familiar él era un psiquiatra con orientación psicodinámica. Planteó la teoría familiar sistémica en 1966, pero parece que no buscaba aplicar los principios planteados en la teoría general de los sistemas, ni los de la cibernética, para describir la dinámica familiar que tuviera un miembro sintomático. Como se ha mencionado, él sostenía las perspectivas descriptivas de las teorías psicodinámicas, mismas que pretendían explicar el movimiento psicológico de cada individuo. Pero no estaba del todo de acuerdo con ellas, pues no ofrecían una explicación convincente sobre la influencia de la organización familiar actual en el desencadenamiento sintomático de un paciente psiquiátrico. La visión individualista del psicoanálisis le obstaculizaba el intento de intervenir con los pacientes psiquiátricos dentro del contexto familiar. En este sentido, Yusa plantea que el pensamiento sistémico de Bowen era más bien el reflejo de su postura, que tenía el objetivo de superar al pensamiento individualista, el mismo que es característico del psicoanálisis (Yusa, 1984, p. 69). Parece que no se interesaba en tener una continuidad teórica estricta con la cibernética ni la teoría general de los sistemas. La postura de Bowen puede ser considerada como sistémica en el sentido de que él percibía el desencadenamiento sintomático del paciente identificado en función de la inestabilidad emocional surgida en la relación familiar actual, pero su noción de la desaparición del síntoma era más individualista, si lo comparamos con otros autores sistémicos. Para Bowen, el factor importante para el cambio terapéutico parecía estar fundamentado en el crecimiento individual, en los términos de una mayor individuación, y no en el cambio organizacional de cada sistema familiar. En este sentido encuentro una marcada diferencia con otros autores que no tenían formación psiquiátrico-psicodinámica; él utilizó el concepto sistémico para explicar la relación entre la psicodinámica individual y el movimiento grupal y actual de la familia, mientras que los otros buscaban aplicar los principios de la organización sistémica planteados en la cibernética o en la teoría general de sistemas al planteamiento terapéutico.

Con base en este análisis se puede plantear el siguiente esquema que muestra los tres lineamientos distintos del pensamiento terapéutico que se desarrollaron en la década de 1960.

**LOS TRES LINEAMIENTOS DEL PENSAMIENTO TERAPEUTICO EN LOS AÑOS SESENTA.**

LÍNEAS	1	2	3
Autores	Investigadores del MRI (el grupo de Bateson)	S. Minuchin	M. Bowen
Modelo terapéutico	Interaccional	Estructural	Multigeneracional
LUGAR	COSTA OESTE Palo Alto	COSTA ESTE Filadelfia	Washington
Antecedentes personales de los iniciadores	Antropólogo Comunicólogo, etcétera.	Pediatra	Psiquiatra
Pensamiento sistémico	Énfasis en el sistema informacional que autorregula el estado de equilibrio de la organización interior del sistema.	Énfasis en la estructura jerárquica de la organización familiar.	La visión sistémica como una oposición a la visión individualista enfatizada en el psicoanálisis.
Afinidad con la teoría....	<b>Cibernética</b> planteada por un matemático que atendió aspecto informacional del sistema.	<b>La Teoría General de los Sistemas</b> planteada por el biólogo Bertalanffy.	Psicodinámica
El factor importante para el cambio terapéutico.	El cambio en la organización del sistema familiar. El cambio en la organización del sistema autorregulador que mantiene la existencia del síntoma.	El cambio en la estructura relacional (organización jerárquica, límites entre subsistemas, etcétera) del sistema familiar.	Mayor individuación en el individuo que está en constante interacción con el otro. Lograr un ego estable en cada individuo que no se desequilibre en una situación de inestabilidad relacional.

## CAPÍTULO 3

### LOS AÑOS SETENTA: LOS CUATRO MODELOS REPRESENTATIVOS

Durante la década de los años setenta fue notable el desarrollo de la terapia familiar. En ese período hubo varias publicaciones acerca de cada uno de los cuatro modelos terapéuticos representativos (ver tabla 4-1); muchos de esos textos han sido considerados como básicos de la terapia familiar sistémica. Por ello, ubico esta década como una etapa de consolidación de dichos modelos, en la que tuvo lugar un marcado refinamiento y sistematización teórica, y en la que se dio una mayor divulgación de la terapia familiar sistémica. Por tal razón, en el presente capítulo revisaré estos cuatro modelos terapéuticos. En él realizo una descripción que nos permitirá una mejor contextualización del desarrollo del pensamiento terapéutico en esta década. Cabe resaltar que salvo el modelo de la escuela de Milán, los otros tres tratados en este capítulo, no han tenido hasta la fecha ningún cambio significativo en sus planteamientos básicos.

Los cuatro modelos terapéuticos tratados son: 1) la terapia breve enfocada en la solución del problema del MRI; 2) el modelo estructural de Minuchin; 3) la terapia familiar sistémica de Bowen, que es reconocida como el modelo multi-generacional (trans-generacional); 4) La terapia breve a largo plazo de la escuela de Milán, que fue reconocida como la aproximación sistémica.

En cuanto al MRI, en 1974 los nuevos autores representativos de este instituto, Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, plantearon un modelo original: la terapia breve enfocada en la solución del problema. Actualmente este modelo es reconocido, precisamente, como el representativo de este instituto; en él se observa una apertura revolucionaria con respecto al pensamiento tradicional de dicha institución.

En la segunda mitad de la década de 1960 se encuentra también el inicio del modelo terapéutico planteado por Minuchin, pero el primer libro introductorio del modelo estructural fue publicado hasta 1974 (*Family and family therapy: La Familia y la Terapia Familiar*), y muchos terapeutas familiares se familiarizaron a esta aproximación clínica por medio de dicho libro.

Bowen planteó su modelo terapéutico en 1967, dándole el nombre de "terapia familiar sistémica", tal como fue descrito anteriormente, y continuó el refinamiento de su teoría

en la década de los años setenta. El libro: "Terapia Familiar en la práctica clínica (*Family Therapy in Clinical Practice*)" fue publicado en 1978, y se ha reconocido como uno de los escritos más representativos de este autor.

El modelo terapéutico de la escuela de Milán fue presentado en inglés, en un libro publicado en 1978 ("*Paradoja y contraparadoja*")<sup>28</sup>, en el que se observa una clara influencia del modelo del MRI. El primer autor de este grupo, Mara Selvini-Palazzoli, aclaró en el prólogo del libro que se trata de un resumen que intenta desarrollar de manera original los planteamientos de la teoría de la comunicación humana aprendidos en el MRI. El libro está escrito con base en una profunda reflexión acerca de los conceptos básicos de la perspectiva sistémica y causó un gran impacto en el área de la terapia familiar.

Por otro lado, además de la consolidación importante de los modelos terapéuticos para la terapia familiar, la década de los años setenta representaba una etapa de florecimiento, en la que diversos autores contribuyeron en el desarrollo de esta aproximación terapéutica al plantear nuevas ideas. Sin embargo, en el presente escrito no busco abarcar todos estos movimientos para cumplir los fines de una exposición estratégica, sino que me concentro básicamente en los cuatro modelos representativos mencionados.

Podemos sintetizar el desarrollo de la terapia familiar hasta la década de los años setenta de la siguiente manera. En la década de los cincuentas, la terapia familiar buscaba una adaptación de la teoría cibernético-sistémica en la comprensión clínica de los pacientes psiquiátricos. En la de los sesentas se lograron plantear algunas ideas terapéuticas concretas que podían ser aplicadas tanto en los problemas psiquiátricos como en los sociales, en el sentido más amplio. Finalmente en la década de los setentas se sistematizaron dichas ideas y se plantearon varios modelos terapéuticos en forma didáctica, que podía ser puesta en práctica incluso por los neófitos del tema.

---

<sup>28</sup> Originalmente en idioma italiano se publicó en 1974 (citado en el prefacio de la versión español de este libro). En el idioma español su primera publicación tuvo lugar en 1988.

Actualmente, estos cuatro modelos son clasificados como pertenecientes a un grupo basado en la epistemología sistémica o la terapia de primer orden, y se les contrasta con los modelos desarrollados a partir de la segunda mitad de la década de los años ochenta dentro del área de la terapia familiar, puesto que estos últimos tienen bases epistemológicas distintas: la teoría de la construcción social y/o la idea posmodernista-postestructuralista.

Me parece importante tener claridad con respecto a la contextualización de los cuatro modelos tratados en este capítulo para poder comprender posteriormente la diversificación de la base epistemológica ocurrida a partir de la segunda mitad de los ochentas dentro del área de la terapia familiar.

**Tabla. 3-1.** Los cuatro modelos terapéuticos representativos de la terapia familiar en la década de los años setenta y los escritos representativos de cada uno de ellos.

Autores	Año de publicación	Modelo Planteado	Nombre del libro o artículo representativo de cada modelo.
MRI	1974	Terapia Breve (Modelo Inter.-Accional)	Brief Therapy: Focused Problem Resolution" (Un artículo publicado en Family Process)"
Minuchin	1973	Modelo Estructural	Families and Family Therapy
Bowen	1978	Modelo multi-generacional	Family Therapy in Clinical Practice
Escuela de Milán	1978	Aproximación Sistémica (Terapia Breve a largo plazo)	Paradox and counterparadox

### 3-1 La década de 1970 como una etapa de la Segunda Cibernética.

Al principio de la década de los setenta, dentro del área de la terapia familiar, D. C. Speer (1970) y L. Hoffman (1971) cuestionaron al modelo homeostático tradicional. La institución principal que sostenía la idea de la homeostásis familiar fue el MRI, por lo que me parece importante leer el modelo planteado en 1974 por este instituto, teniendo conciencia de las críticas mencionadas. Estas se desarrollaron con base en la "Segunda Cibernética", planteada en 1960 por un ciberneta, Magoro Maruyama, por

supuesto dentro del área de la cibernética, y concebida en contra del modelo tradicional de esa disciplina. Es decir, se trató de una idea que llegó a la terapia familiar diez años después de haber sido discutida en su área original, la cibernética. Pienso que al principio de la década de los setenta el MRI estaba obligado a dar alguna respuesta a aquel cuestionamiento, porque tradicionalmente su pensamiento terapéutico se apoyaba, en su mayor parte, en el modelo homeostático. Por esa razón el cuestionamiento mencionado también apuntaba indirectamente al modelo del MRI. Sostengo que la terapia breve planteada por el MRI en 1974 fue de alguna manera una respuesta ante aquél cuestionamiento. Para comprender mejor esta idea, revisaremos el planteamiento de la "Segunda Cibernética".

### 3-1-1 "Cibernética 2" de Magoro Maruyama: Morfogénesis y Morfoestásis.

En 1960, un sociólogo-cibernetista Magoro Maruyama propuso dos funciones importantes para la supervivencia de cualquier sistema vivo: la **morfogénesis** y la **morfoestásis**. Maruyama planteó que todos los organismos necesitan un mecanismo autocorrectivo que les permite mantener cierta estabilidad para sobrevivir en un ambiente variable. A este mecanismo le llamó "morfoestásis". Por ejemplo, la "osmosis" del proceso celular es un claro ejemplo de mecanismo morfoestático. A su vez, hay ocasiones en las que la modificación de la condición ambiental llega a ser tan impactante que le exige al organismo cambiar su estructura básica para poder adaptarse. Maruyama llamó "morfogénesis" esta capacidad del organismo. Un ejemplo de morfogénesis sería la triunfante mutación que le permite a una especie su adaptación a condiciones ambientales radicalmente modificadas (Hoffman, 1998; Simon, Stierlin y Wynne, 1997).

Con base en esta idea, Maruyama criticó a la cibernética de los años anteriores que sólo se había preocupado por determinar cómo podría mantenerse la estabilidad de un sistema, y la denominó **la primera cibernética**. Al mismo tiempo planteó **la segunda cibernética**, ocupada por el cambio estructural de un sistema, hasta el grado de garantizar la supervivencia de los organismos. La 2ª cibernética se interesa en las relaciones causales recíprocas que amplifican las desviaciones o las modificaciones de la estructura básica del sistema. Por lo que sus principales temas del estudio tenían que ver con las condiciones y necesidades del cambio y la creatividad de los sistemas vivos. Bajo esta línea de pensamiento, se plantearon dos tipos de retroalimentaciones que

operaban dentro de la dinámica cibernético-sistémica (Hoffman, *op. cit.*; Simon *et al.*, *op. cit.*).

La retroalimentación que funciona para mantener la estructura preexistente al sistema se denomina "**retroalimentación negativa**", y la otra para provocar los cambios estructurales de sistema se denomina "**retroalimentación positiva**". Maruyama planteó la importancia de describir la retroalimentación positiva para el estudio de los fenómenos sociales (Simon *et al.*, *idem.*).

### **3-1-2 Influencia del cuestionamiento de Maruyama en el área de la terapia familiar.**

La idea de Maruyama influyó de manera importante en la terapia familiar alrededor de diez años después de su primer planteamiento. Los terapeutas familiares empezaron a pensar en la necesidad de desarrollar un lenguaje que nos permitiera describir el **cambio** en el sentido de la segunda cibernética. En el principio de la década de los setenta, la aproximación cibernético-sistémica se basaba principalmente en la primera cibernética, y todavía no desarrollaba una idea organizada sobre el cambio en la estructura básica del sistema. La desaparición del síntoma era entonces casi la única señal explícita del cambio, pero ésta no era suficiente para explicar lo que sucedía en la organización familiar durante el proceso terapéutico. Debido a este contexto histórico, surgió una pregunta que debía ser contestada: ¿cómo es posible describir la "morfogénesis" en la terapia?

En este sentido, la aproximación estructural dirigida por Salvador Minuchin tenía una ventaja, en tanto que contaban con un lenguaje propio mediante el que describían la organización familiar con base en el aspecto estructural de la relación familiar. La aproximación estructural podía describir el cambio de la familia basándose en un concepto similar al de la morfogénesis de Maruyama. Contra esto, considero que el MRI se encontraba en situación de tener que desarrollar su propia respuesta a esta discusión.

Me parece importante tener en cuenta este contexto al comprender los cuatro modelos desarrollados en la década de los años setenta. Considero que en el aquel tiempo, en el área de la terapia familiar, sucedió una transición importante respecto del foco del interés. Anteriormente el esfuerzo del terapeuta se centraba en describir cómo la

organización familiar permitía existir al síntoma en la interacción relacional entre los miembros. Después de recibir la influencia del cuestionamiento de la segunda cibernética de Maruyama, se empezó a discutir más explícitamente acerca del cómo del proceso de cambio en la terapia. En realidad, esta transición del interés era muy congruente a la profesión de los psicoterapeutas, porque ellos, por definición, deben ser expertos en el "cambio", y no en el "mantenimiento", cosa en la que consiste la "curación" del síntoma.

Fue dentro de este contexto que el MRI elaboró sus ideas originales acerca del "cambio", y que planteó un nuevo modelo terapéutico llamado "Terapia Breve". Es interesante revisar los modelos representativos de la década de los años setenta, fijando nuestra atención en las diversas explicaciones que cada autor propuso acerca del cambio. Bajo esta comprensión, es posible contextualizar las décadas de los años cincuenta y los sesenta como la etapa de la primera cibernética, y la de los setenta como la de la segunda cibernética.

### **3-2 Cuatro Modelos Representativos de Terapia Familiar Sistémica en la década de 1970.**

#### **3-2-1 El Modelo del MRI (La Terapia Breve Enfocada en la resolución del Problema).**

En 1974, los cuatro autores del MRI, J. Weakland, R. Fisch, P. Watzlawick, y A. Bodin presentaron un programa terapéutico revolucionario llamado "Terapia Breve" en *Family Process*, como el resultado de seis años de investigación realizada en el Centro de Terapia Breve, fundado en dicha institución a partir de 1967 (Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin, 1974).

En el principio de los años setenta, dentro de la psiquiatría estadounidense, la aproximación psicoanalítica conservaba todavía una influencia importante y el tratamiento psiquiátrico se realizaba generalmente a lo largo de un periodo prolongado, incluso de varios años. Dentro de este contexto, la terapia breve planteada por el MRI fue impactante, porque este tratamiento buscaba lograr una curación total o una mejoría notable en la cantidad máxima de 10 sesiones. La "brevedad", definida en el modelo, no se refería a la ligereza del problema psiquiátrico, sino al tiempo necesario para lograr el cambio terapéutico esperado sin importar cual fuera la gravedad del problema de cada

consultante. Dentro de esta investigación, los tratamientos que no satisfacían este criterio (el máximo de 10 sesiones) fueron evaluados como casos en los que se fracasó (Yusa, 1984).

Después de seis años de aplicación del programa, en los casos que llegaban al centro, sin importar el tipo de problema (incluso en los casos difíciles, a los que otras instituciones abandonaron, dejándoles de aplicar los tratamientos), el porcentaje de éxitos terapéuticos marcó un registro muy alto: 70%<sup>29</sup>. Así los investigadores del MRI, plantearon que un cambio terapéutico significativo y profundo puede ser producido independientemente del tiempo invertido en el tratamiento siempre que se proceda de manera adecuada; lo cual contrariaba el sentido común, convencional y aceptado de la psiquiatría estadounidense de aquella época<sup>30</sup> (Weakland, Fish, Watzlawick, y Bodin, *op. cit.*).

En esta nueva propuesta terapéutica del MRI se observaron dos nuevos conceptos claves que no existían en la línea tradicional del pensamiento terapéutico de dicha institución: el de “**brevedad**” y el de la “**descripción del cambio**”. Sin embargo, los autores, puntuaron claramente que esta idea revolucionaria se desarrolló gracias a todos aquellos conocimientos estudiados por varios investigadores relacionados con el MRI (incluyendo por su puesto los del grupo de Bateson).

En realidad, en sus planteamientos observamos la conservación de varios conceptos inherentes a la línea tradicional del pensamiento terapéutico del MRI, tales como el de paradoja, de reencuadre, el de énfasis interaccional, etc., y al mismo tiempo encontramos varios puntos innovadores que lo caracterizaron como un nuevo modelo terapéutico, esto es cualitativamente distinto, que representaba la nueva época del MRI.

---

<sup>29</sup> Dentro de 97 casos, la proporción de cada término terapéutico fue la siguiente: casos exitosos: (desaparición completa del problema presentado), 39 casos, 40 por ciento; casos de mejoría significativa: 31 casos, 32 por ciento; fracasos (cambios pequeños o no cambio): 27 casos, 28%.

<sup>30</sup> Generalmente se consideraba que era natural un período prolongado del tratamiento psiquiátrico especialmente en los casos de problema traumático profundo y grave. En la psiquiatría psicodinámica suele considerarse que el tiempo necesario para lograr un efecto terapéutico significativo se define dependiendo del grado de patología contenida en la estructura psíquica de cada paciente.

La terapia breve planteada en el MRI creó un nuevo *boom* dentro de la terapia familiar, y su influencia ocasionó que en Italia se desarrollara otro modelo terapéutico original (la terapia breve a largo plazo desarrollada por la escuela de Milán), con el que compartía algunos conceptos básicos. El conjunto de estos dos modelos propició una expansión de la influencia de la terapia breve todavía más significativa dentro del área de la terapia familiar. Para comprender los cuatro pasos básicos planteados en su tratamiento es importante revisar algunos conceptos teóricos relevantes de este modelo terapéutico.

### **3-2-1-1 Cambio de primer orden, cambio de segundo orden y la formación del problema.**

En 1974, el mismo año en el que se presentó el artículo mencionado sobre la terapia breve, los investigadores del MRI publicaron un libro: ***El Cambio, la formación del problema y la resolución del problema***. Por medio de este escrito se introdujeron en el área los conceptos innovadores que constituyen el eje central del modelo terapéutico de este instituto<sup>31</sup> (Watzlawick, Weakland y Fish, 1974).

En el libro citado, se plantearon dos tipos de cambio cualitativamente distintos: el cambio de primer orden y el cambio de segundo orden. **El cambio de primer orden** se refiere a las modificaciones ocurridas en el interior del sistema que no ocasionan cambios en la organización básica. Por su parte, **el cambio de segundo orden** hace referencia a modificaciones del sistema que sí ocasionan cambios en su organización básica.

Con relación al problema humano, los autores de la terapia breve plantearon que las resoluciones sugeridas por el sentido común se clasificaban como un cambio de primer orden. Cuando una familia tiene algún problema, suele buscar una resolución que su experiencia previa o su sistema de creencias le indica es la adecuada. En este caso, las personas pueden desarrollar varias ideas acerca de la resolución de problema, pero sin

---

<sup>31</sup> Estos conceptos fueron originalmente planteados por Ashby en 1952 dentro del área de la cibernética. Sabih, W. R.: *Design for a brain*, Londres, Chapman y Hall, 1952; Ashby, W.R.: *An introduction to cybernetics*, Londres, Methen, 1956. (Simon, Stierlin y Wynne, 1997).

cambiar su marco de referencia. Las resoluciones de problemas más comunes en la vida cotidiana suelen ser de este tipo, las cuales equivalen a un cambio del primer orden. Por ejemplo, cuando la gente se siente agobiada, es natural que se recomienden algunas resoluciones socialmente aceptadas tales como: tomar algún tiempo de descanso, hacer algunas actividades que les den oportunidades de cambiar el estado de humor, etcétera (Watzlawick, Weakland y Fish, *op. cit.*).

Por otro lado, también hay ocasiones en las que nos sentimos impotentes ante el problema, sobre todo cuando todos los esfuerzos relacionados con la resolución resultan fallidos. En estos casos, nuestros intentos de resoluciones suelen contribuir contradictoriamente al mantenimiento del problema o incluso a empeorarlo. Los investigadores del MRI se fijaron en el carácter paradójico de estas situaciones, y consideraron que para estos casos es necesario plantear resoluciones cualitativamente distintas al método convencional. Esta resolución puede ser aparentemente paradójica porque no concuerda con el pensamiento convencional de cada persona o el sentido común social. Según el planteamiento del MRI, este tipo de resolución equivale a un cambio de segundo orden, porque se relaciona con modificaciones del sistema de creencias (Watzlawick, Weakland y Fish, *idem.*).

Junto con esta perspectiva, se planteó que los motivos de consultas en la psicoterapia requieren una solución de cambio de segundo orden, pues la gente no busca ayuda profesional para los problemas que puedan resolverse mediante los métodos convencionales. Observaron que, en términos generales, alrededor de los problemas psicoterapéuticos existe un círculo vicioso, mismo que genera una nueva estabilidad homeostática, dentro del cual los intentos de soluciones ante un problema (el proceso de adaptación ante la situación del cambio) están contribuyendo paradójicamente al mantenimiento del problema presentado e incluso a la amplificación de la gravedad del problema (Watzlawick, Weakland y Fish, *idem.*).

Por ejemplo, una persona que tiene insomnio, trata de controlar su sueño. Todos sus esfuerzos para poder dormir y su decisión de dormir le generan una tensión aún mayor al respecto y resulta estar despierta toda la noche. El sueño es un fenómeno espontáneo que no puede ser provocado por voluntad propia. Todos los **esfuerzos para resolver el insomnio** pueden conducir a la persona cada vez más hacia el insomnio patológico. Cada intento fallido de resolución del problema puede aumentar el grado de obsesión de esta persona, haciéndole repetir los mismos intentos de control tales como;

modifica la comida, el horario de dormir, el uso de somnífero. Así incluso puede desarrollar una dependencia farmacéutica llevándolo a agravar su problema original. Es un ejemplo claro de que la "resolución" genera, mantiene o empeora el problema, formando un nuevo círculo vicioso homeostático que no permite su resolución (Watzlawick, Weakland y Fish, *idem.*). Bajo esta concepción de la formación del problema, los investigadores del MRI plantearon una nueva forma de tratamiento terapéutico que buscaba interrumpir este círculo en términos de un cambio de segundo orden.

En este sentido, encontramos otro ejemplo clarificador. Cuando una persona que no sabe nadar cae al agua, tiende a manotear ferozmente para poder salir a la superficie del agua. Este manoteo eventualmente le permite respirar a esta persona, pero también puede que le haga correr un mayor riesgo de ahogarse. La tentativa de sacar su cara del agua y de respirar es natural porque no podemos respirar dentro del agua, pero, ¿qué tan frecuentemente las situaciones de conflicto se empeoran debido a nuestros intentos lógicos de resolución? En este caso, la persona que pretende realizar el salvamento tiene que interrumpir el manoteo de la persona que se está ahogando (Yusa, *op. cit.*).

En el caso de que quien se está ahogando, para salir a la superficie del agua tratara de agarrar el cuerpo de quien lo intentase salvar, el salvador tendría que sumergirse en el agua, en lugar de intentar salir junto con el que se está ahogando, así evitará que se ahoguen los dos. En este ejemplo, el intento de salir a la superficie del agua, congruente con la lógica del marco de referencia preexistente, equivale a un cambio de primer orden, mientras que un esfuerzo de salvamento que involucre sumergirse en el agua e interrumpir el manoteo del otro resultan ser un cambio de segundo orden, en tanto que introduce nuevos elementos en el marco de referencia preexistente, tales que producen un cambio cualitativamente distinto en la resolución (Yusa, *idem.*).

Como podemos ver en este ejemplo, el cambio de segundo orden tiene un carácter **contra-paradójico**, porque en el caso anterior, el intento de resolución (salir del agua para no ahogarse: el cambio de primer orden) generaba un **resultado paradójico** (un aumento en el riesgo de ahogarse). En cambio el ejercicio del salvador mediante el que interrumpe los intentos del otro de salir del problema (sumergirse más en el agua, etcétera) producían **contra-paradójicamente** el resultado esperado, esto es, la salvación del otro (el cambio de segundo orden). La comprensión del cambio de segundo orden

es indispensable para poder entender el sustento teórico de la terapia breve planteada en el MRI.

Dentro del modelo del MRI, la resolución psicoterapéutica del problema es considerada en términos de la interrupción de la interacción estereotipada que, dentro del sistema familiar y en la forma de un círculo vicioso, sostiene el comportamiento sintomático del paciente. De allí que se busque generar una nueva organización interaccional que impida el mantenimiento del síntoma, misma que fue concebida como un cambio de segundo orden (Wakasima y Hasegawa, 2000).

### **3-2-1-2 Algunas consideraciones acerca del problema.**

La definición del problema terapéutico planteada por el modelo del MRI era original. Incluso se puede decir que ésta es la característica más importante de la terapia breve de este instituto. Para ellos, el objeto de la terapia debe ser el síntoma definido por la familia misma. Esta afirmación era una postura muy distinta del modelo psicoanalítico que todavía tenía una influencia importante en la psiquiatría estadounidense de los años setenta, porque la teoría psicoanalítica prohibía el que el tratamiento se enfocara en la eliminación del síntoma, promoviendo en cambio el que los terapeutas buscaran resolver el conflicto en el que se originaba dicho síntoma, por ejemplo, enfocándose en un trauma infantil, en la represión del deseo inconsciente, etcétera. El discurso psicoanalítico sostenía que los síntomas eran simples manifestaciones del problema fundamental, a saber, la estructura intrapsíquica disfuncional, y para ellos una persona no podía recuperar la "sanidad" mientras que no lograra un cambio en su problema fundamental, aunque los síntomas desaparecieran. Contrariando a este tipo de postura, la dominante de aquella época, la terapia breve se enfocó solamente en los problemas planteados por el consultante. En los casos de que los consultantes no tuvieran la claridad al respecto, la primera tarea del terapeuta es la de ayudar a que los consultantes puedan definir su propio problema. Esta postura constituye una parte importante del marco teórico de la terapia breve (Weakland, Fish, Watzlawick, Bodin, *op. cit.*; Watzlawick, Weakland y Fish, *op. cit.*).

En contraste con el discurso tradicional del psicoanálisis, la terapia breve planteó que algunas intervenciones bien intencionadas (enfocadas en la solución de un problema específico, tal como el de un comportamiento sintomático) podían producir cambios desproporcionadamente grandes en el sistema familiar. Con base en esta idea, ellos

sustentaron la factibilidad teórica de una terapia que lograra su objetivo en un breve proceso terapéutico, planteando que el criterio del período interventivo no debía ser mayor de diez sesiones. La distinción entre dos tipos de cambio apoyó la idea de que el cambio significativo de un problema persistente no se obtiene en razón de la cantidad de los intentos de soluciones del cambio de primer orden, sino que más bien depende del cambio de lógica de solución que imposibilite el mantenimiento del problema dentro del sistema, lo que equivale al cambio de segundo orden.

Los investigadores del MRI consideraron que el problema existía en razón de la organización actual del sistema que recurría a la resolución estereotipada, en tanto que esta organización, de carácter homeostático, paradójicamente propiciaba mantener el problema, sin importar las condiciones que lo originaron. Con base en esta idea, se discutió la importancia de atender el problema como una parte del proceso interactivo actual, y no en relación con un suceso causante del pasado. Es decir, plantearon la idea básica de que el problema no puede persistir si se genera un cambio en la organización interaccional que lo mantiene. Este planteamiento permitió una abstracción del proceso terapéutico, según el cual los terapeutas pueden intervenir, en cualquier caso, con la misma y simple lógica, a saber, cambiar el círculo interaccional homeostático, sin que en ello importara el tipo de síntoma, ni el diagnóstico, o la etiología, o la gravedad del problema.

### **3-2-1-3 Formación del problema.**

Dentro de la terapia breve del MRI, los problemas se consideran en relación con los intentos de adaptación de las personas a una situación de cambio en las condiciones cotidianas de vida. Estos cambios podían ser tanto esperados (el casamiento, el nacimiento de un hijo, el crecimiento de los hijos, etc.) como inesperados (la enfermedad, el accidente, el desempleo, etcétera). Eventualmente cualquier familia o persona puede sufrir por algún tipo de cambio en la vida cotidiana, y verse obligada a resolver el problema que ello les acarrea. Hay veces en las que los problemas se agrandan debido a los obcecados intentos de resolverlos, tal como se explicó anteriormente. En estos casos, dichas tentativas de resolución por sí mismas se convierten en un nuevo problema. Es importante comprender semejante lógica de formación de un problema persistente (Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin, *idem.*; Watzlawick, Weakland y Fish, *idem.*; Yusa, *op. cit.*).

Los autores del MRI plantearon la revolucionaria idea de que **las soluciones son las que creaban los problemas**. Ellos supusieron que en los problemas de la vida cotidiana (por los que los pacientes llegaron a requerir ayuda profesional), debía haber un proceso en el que las formas convencionales de resolución ya no funcionaban de manera alguna, e incluso llegaban a empeorar aún más el problema preexistente. Esta situación es la que se observa en el siguiente ejemplo:

Podemos imaginar el ejemplo presentado por Yusa (*op cit.*), en el que un hombre sufre de una aguda agorafobia. Inicialmente éste sentiría ligeros ataques de ansiedad en lugares donde había mucha gente, como en una tienda departamental o un centro comercial. Después, los lugares en los que podía estar serían cada vez más reducidos. Finalmente habría llegado a no poder salir de su casa, porque con el sólo hecho de imaginarse en un espacio con otras personas le produciría un grave ataque de ansiedad.

En este caso podemos identificar un círculo vicioso entre la anticipación de la ansiedad de este hombre y sus intentos de evitarla. Para la identificación de este círculo vicioso no necesitamos saber el motivo inicial del ataque de ansiedad, que bien podría deberse a razones tan variadas como la muerte de su madre, un cambio de trabajo, etc. Probablemente este hombre sintió una pérdida de estabilidad, debido a algún cambio en la vida cotidiana. Bajo este contexto, la resolución que este hombre buscó darse fue la de anticipar las situaciones que le pudieran causar alguna ansiedad, y evitarlas con antelación. Podemos ver que este remedio constituyó su proceso de adaptación a un cambio inesperado en la vida cotidiana. Sin embargo este proceso creó un nuevo estado de estabilidad, que se convirtió en un círculo vicioso: cada intento de evadir anticipadamente las situaciones que le podrían causar alguna ansiedad, le obligaban a disminuir el tamaño de los espacios de sus posibles estancias, lo cual le provocaba una sensación de empeoramiento y de ansiedad aún mayor que con las que había iniciado el proceso.

Al identificar este tipo de círculo vicioso, lo mejor que podamos hacer es interrumpirlo. Es decir, sustituir la resolución seleccionada por esta persona por una nueva alternativa que la libere del círculo vicioso. Esta nueva resolución tiene que ser algo cualitativamente distinto a la resolución anterior, lo que equivale al cambio de segundo orden. Así, con base en esta concepción de la formación del problema, los investigadores del MRI plantearon un nuevo modelo terapéutico: la terapia breve.

### 3-2-1-4 Cuatro pasos que generan el cambio terapéutico.

Con base en los desarrollos teóricos antes mencionados, los investigadores del MRI plantearon los siguientes **cuatro pasos**<sup>32</sup> para generar el cambio terapéutico (Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin, *op. cit.*; Watzlawick, Weakland y Fish, *op. cit.*).

1. Definir el problema de manera concreta y clara.
2. Explorar los intentos de resoluciones realizados por los consultantes. (Establecer una hipótesis sobre el patrón de comportamiento que mantiene el problema.)
3. Definir la meta terapéutica de manera clara y concreta. (Interrumpir el círculo vicioso detectado.)
4. Planear cómo generar este cambio definido y su realización.

**Paso 1.** Definir el problema de manera concreta y clara.

Los autores de la Terapia Breve ponen énfasis en la definición del problema, tal que se presente de manera concreta, antes de cualquier intento de solución. En otras palabras, se trata de distinguir entre el problema y un "pseudo-problema". Para que esto sea posible se debe definir el problema en términos conductuales concretos, puesto que un "pseudo-problema" no tiene solución alguna.

Para el modelo del MRI, un ejemplo de pseudo-problema es, precisamente, el concepto de "trauma infantil". Los padres pueden plantear el problema del hijo en estos términos teóricos, pero esta definición es demasiado abstracta, por lo que no es posible plantear una la solución en términos concretos y realizables. En este caso, lo que se debe hacer es preguntarse: en la actual situación, ¿Cómo se constituye el problema que observan los padres en el hijo? En otras palabras, se debe redefinir el problema en términos de la

---

<sup>32</sup> En el artículo de 1974, los autores de MRI plantearon estos cuatro pasos. Sin embargo, en el año 2000, en el curso de una capacitación realizada en este instituto, los mismos autores planteaban en cambio solamente tres pasos, que eran los siguientes: 1. definición del problema, 2- exploración de las soluciones intentadas por el paciente, 3- planteamiento del terapeuta de soluciones alternativas. Hay que señalar que no hay una diferencia importante entre la lógica de los cuatro pasos y la de los tres pasos propuestos en este curso.

conducta observable. Por ejemplo, "el hijo muestra pena cuando habla con los hombres adultos", etcétera. A partir de esta definición se puede preguntar acerca de la situación concreta en la que se encuentra este hijo con el "problema" (Yusa, *idem.*).

## **Paso 2. Explorar las Soluciones Intentadas de los consultantes.**

La meta terapéutica de la terapia breve del MRI es generar un cambio de segundo orden, por lo que es indispensable identificar el patrón conductual e stereotipado que mantiene el problema familiar. Para esto, el terapeuta le pregunta a la familia cómo se ha buscado solucionar el problema planteado, antes de ir a la terapia.

En este paso, también es importante que, ante la exploración de la solución intentada, el terapeuta tenga una actitud cooperativa con la familia. El terapeuta debe mostrar sensibilidad para hacer preguntas a la familia, sobre todo para que a estas no le generen una sensación de que se están buscando culpables en el problema. El terapeuta debe observar las interacciones familiares en este proceso, sobre todo, cómo es que se es posible explicar sus soluciones convencionales. Es muy importante saber de qué manera ellos discuten, describen y explican los comportamientos de la vida cotidiana de la familia en relación con el comportamiento sintomático del paciente identificado.

Se deben explicar las soluciones intentadas también en términos de las conductas observables y concretas. Por ejemplo, una descripción tal como: "la mamá procura dar soluciones amorosas, mientras que el papá apela a la disciplina", puede ser redefinida, exponiéndola en una forma más concreta: cada vez que el hijo manifiesta depresión por medio del silencio y del aumento de tiempo en el que permanece en casa sin hacer nada, la mamá se acerca más a su hijo. La mamá le habla al hijo de cosas diversas que le interesan a ella misma, tales como rumores de los vecinos, etcétera. Por otro lado, el papá le obliga hacer quehaceres caseros, utilizando frases de regaño tales como: "tienes que servir de algo en tu vida", "cuando era joven yo era más activo", etcétera. La exploración de las secuencias conductuales relacionadas con las resoluciones intentadas del problema nos permite conceptualizar la organización familiar en la forma de un circuito de retroalimentación negativa, uno que, como hemos señalado, mantiene el problema dentro del sistema familiar.

### Paso 3. Definir la Meta Terapéutica.

Una definición clara de la meta terapéutica nos sirve de dos maneras: 1) todos empiezan a ver de manera más concreta la posibilidad de un cambio; 2) nos permite evaluar de manera sencilla el alcance de la meta terapéutica. Si no hay una definición clara del objetivo terapéutico, la gente no puede evaluar el efecto terapéutico de manera concreta. En este caso, aun cuando se obtiene una mejoría, las personas suelen no percibirla. El objetivo terapéutico debe ser definido de manera suficientemente pequeña y clara, tal que permita aumentar la probabilidad de ser alcanzado. El MRI recalca la importancia de reconocer el primer paso de mejoría de manera concreta.

Es muy frecuente que la gente tenga metas terapéuticas ambiguas, tales como: "quiero ser más feliz", "quiero mejorar la relación con mi marido", "quiero ser más libre", entre otras. Encontrar respuestas para una meta semejante como la de "ser más feliz" resulta ser muy complicado. En este caso el terapeuta debe preguntarle al cliente: en concreto, ¿qué significa para ti "ser más feliz"?

Establecer una meta clara es un concepto fundamental para el MRI. El concepto fue planteado con base en la idea de Wittgenstein de que, cuando no se encuentra una respuesta, se puede suponer que la pregunta misma no ha sido bien planteada. La definición de una meta concreta se relaciona con el planteamiento adecuado de las preguntas (Wakasima y Hasegawa, *op. cit.*).

Para los investigadores del MRI un factor importante es el de fijar el límite del máximo número de sesiones ya que consideran que esto aumenta la probabilidad del éxito terapéutico. Por medio de este criterio se puede evaluar si el proceso terapéutico está siendo adecuado o no. La terapia adecuada puede ocasionar el cambio de segundo orden en el sistema familiar; en caso contrario, cualquier intento, por muy extenso que sea, resulta ser un cambio de primer orden que no genera la resolución del problema.

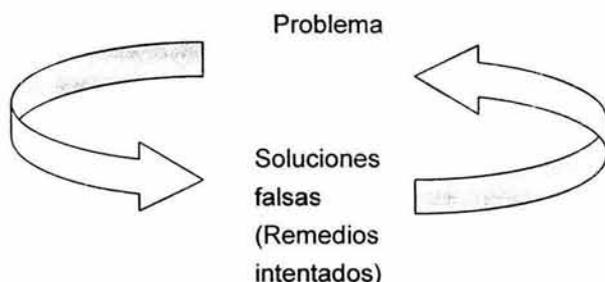
Para definir la meta terapéutica en forma lo más concreta posible, el terapeuta hace preguntas como: "¿qué es lo mínimo que debe pasar para que puedan sentir la convicción de que están avanzando hacia la resolución del problema?". Por ejemplo, en el caso de los padres que buscaron la terapia para mejorar el rendimiento académico de su hijo, al terminar la terapia, que estos mismos padres puedan decir; "Subió el promedio de mi hijo de 7 a 9. Pero en realidad, ahora tampoco estudia mucho, por lo que me queda la duda de si realmente está aprendiendo bien las cosas que le enseñan

en la escuela." Para que no ocurran este tipo de reacciones (que constantemente frenan y descalifican el avance terapéutico) es importante plantear una meta terapéutica pequeña de manera clara y observable en cada momento (Yusa, *op. cit.*).

**Paso 4. Introducción de la Solución Alternativa para generar la meta definida**

En la Terapia Breve del MRI, el terapeuta realiza una intervención específica e intencionada para generar un cambio definido. El terapeuta especifica la prescripción que debe dar al cliente con base en la exploración previa.

Como se ha explicado anteriormente, la terapia breve del MRI presupone la existencia de un círculo vicioso que mantiene el problema por medio de resoluciones falsas. Este proceso se reconoce también como "*la autorregulación del sistema*".



Bajo esta comprensión, se busca interrumpir el círculo vicioso; para esto se introduce una solución alternativa (el cambio de segundo orden) que sustituye a la solución intentada (el cambio de primer orden).

Podemos revisar el ejemplo presentado por Wakasima y Hasegawa, el caso de un PI<sup>33</sup> que le temblaban fuertemente las rodillas cuando estaba en cualquier tipo de entrevista. En la consulta psicoterapéutica también mostró un temblor intenso en las rodillas. Esta niña y su mamá buscaban pararlo ejerciendo presión en las rodillas, pero estos intentos nunca lograban detener el temblor, por el contrario, se intensificaba cada vez más. En este caso, las reacciones de la niña y de su mamá pueden ser consideradas como las

<sup>33</sup> Paciente identificado. En el capítulo uno se explicó este concepto.

soluciones falsas que equivalen al cambio de primer orden. Presionar las rodillas para controlar el temblor parece ser natural en tal situación, pero no lograba el cambio esperado y sus intentos empeoraban el problema. En este caso, el terapeuta puede buscar una forma de interrumpir este círculo vicioso haciéndoles abandonar las formas convencionales de controlar el problema. Así, les recomienda realizar nuevas soluciones alternativas tales como; la niña tiene que mover sus piernas por 15 segundos intensamente. El terapeuta contó 15 segundos con su reloj y cuando pasó el tiempo indicado, le dijo: "ya puedes dejar de hacerlo", entonces ella pudo detener el temblor de sus rodillas. Ante la misma problemática, la niña fue impulsada a esforzarse por intensificar su síntoma en vez de obligarse a controlarlo de manera forzada (Wakasima y Hasegawa, *op. cit.*).

Este es uno de los varios ejemplos que pueden ser planteados para explicar la interrupción del círculo vicioso. En estos planteamientos, se observan claramente las influencias de líneas tradicionales del pensamiento terapéutico de MRI, revisadas en el capítulo anterior. Esto es la famosa prescripción del síntoma que es una de las intervenciones paradójicas.

Estos son los cuatro pasos de la Terapia Breve Enfocada en la Solución del Problema.

### **3-2-2 El modelo Estructural de Salvador Minuchin**

Como se ha presentado en el capítulo anterior, el modelo estructural de S. Minuchin se desarrolló en relación con las investigaciones sociales realizadas durante la década de los años sesenta. La terapia planteada por este autor era reconocida por las acciones terapéuticas demostrativas, decididas, atrevidas y directas. Minuchin es famoso por su estilo terapéutico carismático, atractivo y claro. Dicen que desarrolló este estilo gracias a la experiencia de trabajar con familias de extrema pobreza que requerían la resolución urgente de su problema. Minuchin buscó una manera adecuada de intervenir en dichas familias y en este proceso sistematizó su modelo terapéutico original poniendo el énfasis en la evaluación estructural de cada sistema familiar. Para las familias de extrema pobreza, no era adecuada la intervención que buscaba hacerles reflexionar y analizar a los consultantes sobre el problema, que era la tendencia general del trabajo psicodinámico (Hoffman, 1998; Yusa, *op. cit.*).

Como se ha analizado en el capítulo anterior, es interesante saber su antecedente profesional como pediatra, porque en el modelo planteado por este autor se observa una libertad y creatividad impresionante, igual que el del MRI, en el cual no aparece ninguna preocupación por tener coherencia o continuidad teórica con respecto al modelo terapéutico dominante en la década anterior de EUA: la psiquiatría psicodinámica.

El estilo terapéutico de Minuchin llamó la atención del área ya desde la segunda mitad de los años sesenta, debido a su originalidad y efectividad, a pesar de que inició su trabajo profesional en una pequeña clínica de Philadelphia (Philadelphia Child Guidance Clinic: PCGC). (Hoffman, *op. cit.*; Yusa, *op. cit.*).

En 1973 Minuchin publicó el primer libro introductorio de la terapia familiar estructural: "*Families and family therapy*" (*La familia y la terapia familiar*), gracias al cual muchos de los terapeutas familiares empezaron a poder revisar de forma más concreta este planteamiento terapéutico. Esta es una de las razones por la que decidí insertar el modelo terapéutico de este autor como uno de los sucesos representativos de la década de los setenta, a pesar de que su planteamiento inicial fue en la década anterior a ésta. Revisaremos los principales conceptos de este modelo.

### **3-2-2-1 El estructuralismo y la terapia familiar estructural.**

El estructuralismo<sup>34</sup> es el marco epistemológico que se desarrolla en distintas disciplinas científicas que hacen uso predominante de la noción de estructura para su análisis y especulación metodológicas-filosóficas (Mora, 2001). El estructuralismo explica que para describir la totalidad y las partes de un sistema, se deben explicar las relaciones entre las partes (Yusa, *op. cit.*). En el modelo estructural de Minuchin se observa claramente este pensamiento, porque se busca comprender las relaciones

---

<sup>34</sup> Según Ferrater Mora, generalmente "estructuralismo" se refiere por antonomasia al tipo de investigaciones e ideas que han florecido, especialmente en Francia con autores como Lévi Strauss, Jaques Lacan, Michel Foucault y Roland Barthes J. (Ferrater Mora, 2001) Ferrater Mora menciona que algunos de los autores referidos, por lo demás, como sucede a menudo en estos casos, niegan ser, o ser solamente, estructuralistas.

entre los miembros de la familia con base en la metáfora de la estructura que nos permite percibir la totalidad de su organización.

Es importante tener una conciencia clara acerca de que la estructura familiar es un concepto abstracto. A diferencia de un edificio cuya estructura puede ser percibida físicamente, la estructura familiar requiere ser conceptualizada por medio de varios términos abstractos tales como la relación, la jerarquía, los límites, las reglas familiares, entre otros. Es decir, para poder visualizar una estructura familiar se deben plantear varias preguntas que permiten saber las reglas relacionales entre los miembros, tales como: ¿Quién toma la iniciativa de la organización familiar? ¿Quién tiene el poder de tomar decisiones para cada área de la función familiar? ¿Entre cuáles miembros se observa una mayor cercanía? Con base en estas preguntas, el terapeuta conceptualiza la estructura relacional de la familia de manera abstracta. Esta forma de ver a la familia es muy útil para evaluar la totalidad de la organización relacional del sistema.

Bajo esta perspectiva, el modelo de Minuchin busca ubicar la función del síntoma del PI<sup>35</sup> dentro de la estructura familiar. La conducta desadaptativa o disfuncional de un individuo se analiza en función de la estructura familiar al que éste pertenece. Así, trata de identificar el contexto relacional de cada familia que sostiene el comportamiento sintomático del PI dentro de su organización, y busca modificar la estructura familiar con el fin de preparar una condición favorable para el cambio del síntoma. La ubicación del síntoma dentro de la estructura relacional de la familia permite una lectura distinta del síntoma del paciente identificado (Minuchin, 1999; Minuchin y Fishman, 1998).

### **3-2-2-2 El procedimiento de la intervención en la terapia familiar estructural**

Dentro de esta aproximación terapéutica, la evaluación de la estructura familiar no se considera como un diagnóstico definitivo, sino como una hipótesis que siempre está sujeta a una nueva evaluación. En el transcurso del proceso terapéutico, se plantean varias hipótesis estructurales, con base en cada una de las cuales, se establece un objetivo terapéutico específico, y se realiza una intervención adecuada para el objetivo

---

<sup>35</sup> Paciente identificado. En el capítulo uno se explicó este concepto.

preestablecido. El resultado de cada intervención siempre se retroalimenta para plantear una nueva hipótesis estructural. Yusa (1984) plantea el siguiente círculo de retroalimentación de seis pasos para explicar el procedimiento de la terapia familiar estructural:

El paso 1: La definición del problema.

El paso 2: La recolección de datos alrededor del problema.

El paso 3: El planteamiento de una hipótesis estructural.

El paso 4: El establecimiento del objetivo terapéutico.

El paso 5: La intervención terapéutica.

El paso 6: La evaluación del resultado y regresar al paso 2.

Según este análisis, Minuchin, para adquirir un cambio estructural de la familia, repite varias veces este procedimiento durante todo el proceso terapéutico (Yusa, *op. cit.*).

En cuanto a la definición del problema, se observa cierta similitud con el de la terapia breve del MRI, porque también dentro del modelo estructural, el problema se plantea en términos conductuales relacionándolo con la totalidad organizacional de la familia. Minuchin (1999, p138) menciona:

"La terapia estructural de la familia es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente."

Este énfasis, puesto en el presente, es un punto en común con el modelo del MRI, el cual es una característica importante tanto de la teoría general de los sistemas, como de la cibernética.

Como se ha discutido en los capítulos anteriores, ambas teorías consideran "la causa" de un cierto fenómeno en términos de una organización actual del sistema, y no como el resultado de un suceso anterior. La diferencia sería que en la aproximación de Minuchin, el síntoma del PI se considera como un reflejo de la estructura familiar disfuncional. Por esto, buscan generar un cambio en la estructura familiar. Distintamente, el modelo del MRI utiliza la metáfora de un círculo interaccional que

constantemente autorregula el funcionamiento de cada parte para mantener el estado homeostático de la organización familiar. Bajo esta metáfora, lo que se busca es interrumpir tal circuito al introducir una solución alternativa al problema. Me parece importante tener claridad sobre esta diferencia de la metáfora terapéutica empleada por cada modelo, porque en ella se refleja la diferencia del procedimiento terapéutico.

El tercer paso del procedimiento terapéutico estructural consiste en establecer una hipótesis estructural, por lo que ahora se revisará cómo se realiza la evaluación estructural de cada familia y los conceptos principales relacionados con este proceso.

### **3-2-2-3 La evaluación de la estructura familiar y varios conceptos relacionados**

Como se ha explicado anteriormente, la estructura familiar se evalúa por medio del análisis de las reglas relacionales predominantes. Para esto, existen varios conceptos básicos que permiten visualizar, de manera simplificada, la organización familiar. Estos conceptos son: a) los subsistemas, b) las fronteras y los límites, c) varias modalidades relacionales –el sobreinvolucramiento, el conflicto, la coalición y la alianza– y d) la jerarquía familiar. La terapia familiar estructural se caracteriza por describir la estructura familiar por medio de expresiones gráficas, lo cual es uno de los méritos más importantes de este modelo ya que permite captar la organización familiar de manera sencilla y rápida. Es por ello que se presentará también la expresión gráfica de cada concepto. (Yusa, *op. cit.*; Minuchin, *op. cit.*; Minuchin y Fishman, *op. cit.*).

**a) Subsistema familiar:** Dentro de un sistema familiar, se puede conceptualizar la existencia de varios subsistemas tales como el subsistema conyugal, el parental, el de los hijos, el de las mujeres, el de los hombres, entre otros. En este sentido, cada miembro de la familia es en sí un subsistema. De acuerdo a la situación relacional, se identifican los subsistemas representativos de cada familia, dentro de los cuales una misma persona puede pertenecer a varios grupos simultáneamente. En general, se busca identificar el funcionamiento del subsistema conyugal, el parental y el de los hijos como un procedimiento estándar, pero dependiendo de la situación familiar puede ser más útil plantear los conceptos como el subsistema de las mujeres, el de los hijos varones, el de los adolescentes, etcétera.

Fue una contribución importante de Minuchin diferenciar entre el funcionamiento conyugal y el parental como dos subsistemas distintos, porque así posibilitó considerar

una variedad de problemáticas vinculadas con la relación de pareja, con base en las dos dimensiones (Troya, 2000). Las tareas y funciones esperadas para el subsistema conyugal y para el parental son distintas, y hay muchas familias que tienen una buena funcionalidad en uno, pero no en el otro. Por ejemplo, puede haber una familia en la que los cónyuges se nutren mutuamente por el vínculo amoroso establecido en la pareja, pero no establecen un funcionamiento parental adecuado con respecto a sus hijos. De otra manera, puede haber familias en las que las tareas parentales están bien distribuidas y cumplidas por los dos padres, pero su relación afectiva como pareja conyugal no está funcionando. Asimismo, se evalúa el funcionamiento de otros subsistemas tales como el de los hijos, el de los hombres, etcétera. Con base en las tareas y las funciones observadas en cada uno de los subsistemas, se visualiza la peculiaridad de la organización relacional de cada familia.

**b) Límites y fronteras:** Son dos conceptos que se utilizan para describir las reglas de participación de cada miembro en las interacciones familiares. Tanto la frontera como el límite se describen básicamente en tres términos: 1) rígido, 2) abierto o claro, y 3) difuso. La frontera es un concepto que expresa la permeabilidad del sistema con respecto a la participación del miembro externo. Por ejemplo, una familia con una frontera rígida no se le permite interactuar con el mundo exterior, y aunque alguien externo a la familia intenta relacionarse con ella, ésta lo rechaza y no lo permite. Por otro lado, una familia con la frontera difusa, no establece una clara demarcación como un sistema familiar con respecto al mundo exterior, los externos, como sus parientes y vecinos, intervienen libremente en la interacción familiar sin sentirse ninguna restricción al hacerlo. Dentro de este ambiente, se vuelven muy ambiguos los roles esperados para cada integrante, y se confunde quién es el padre y la madre dentro del contexto familiar. Un sistema con la frontera clara se considera que tiene una funcionalidad "normal" y esperada, puesto que se interactúa flexiblemente con el mundo exterior estableciendo las reglas claras y adecuadas de participación.

En este mismo sentido se utilizan los conceptos de límite claro, límite difuso y límite rígido para evaluar el funcionamiento de la interacción relacional. La diferencia entre la frontera y el límite radica en que la primera expresa la flexibilidad de un sistema familiar con respecto a la aceptación de interactuar con un externo, mientras que el segundo suele describir las reglas de participación entre los miembros de la familia nuclear.

Por ejemplo, se describe como "el subsistema parental tiene el límite difuso con el subsistema de los hijos". En este caso, no hay una claridad en la asignación de tareas familiares ni una definición respecto del criterio referente al acceso de ciertas informaciones entre ellos. Así, la manifestación del límite difuso puede ser de varias maneras como: los hijos están involucrados excesivamente en los conflictos conyugales, la madre exige a sus hijos adolescentes no tener un espacio privado tanto dentro como fuera de la familia, el hijo toma decisiones familiares en lugar de los padres, etcétera.

En una familia con el límite difuso, los miembros interactúan indiferenciadamente y no permiten que ningún miembro tenga un espacio personal. Cuando hay un problema familiar, se discute el tema entre todos sin importar la jerarquía ni la autoridad en la familia. Los miembros se involucran mutuamente sin ninguna limitación, lo cual suele ocasionar una confusión de identidad en cada miembro. Este tipo de familia se clasifica como una familia enmarañada o amalgamada

Por el otro lado, los miembros de una familia con límites rígidos viven un distanciamiento emocional. Las tareas asignadas para cada miembro están rígidamente definidas y no hay mucha posibilidad de interactuar fuera de los roles establecidos. Están empobrecidos los repertorios de la interacción familiar y difícilmente permiten algún intento de la negociación para el cambio de las reglas.

Se puede evaluar cualquier relación familiar bajo la perspectiva de los límites. Por ejemplo, se puede describir como "el padre tiene un límite rígido con su hijo, la primogénita tiene un límite difuso con su hermano menor".

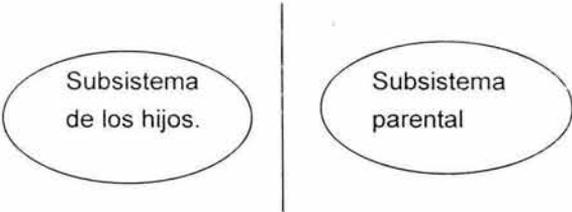
Tanto la familia con límites rígidos, como la familia con límites difusos, pueden manifestar problemas en el transcurso del cambio del ciclo vital de la familia, ya que los hijos, conforme van creciendo, necesitan redefinir las reglas relacionales con sus padres, repetidas veces, ampliando el espacio de autonomía adecuado para su maduración. Las familias con límites difusos tienen dificultad para establecer un espacio independiente que es indispensable para la individuación de los hijos. Por otro lado, las familias con límites rígidos, tienen problemas para ajustarse de forma flexible a las necesidades de los hijos que crecen constantemente.

En cualquier familia, eventualmente, se establecen todos estos tipos de límites; dichos estilos de interacción, en sí, no están directamente relacionados con el problema funcional de la familia, pero los casos extremos se consideran patológicos. En este sentido, el límite claro que permite una flexibilidad relacional, se considera una condición necesaria para la "sanidad" de la relación familiar. En una relación con el límite claro existe el criterio explícito de la participación a la vez que hay una flexibilidad para poder ajustarse a cualquier exigencia de cambio en el proceso de la maduración familiar.

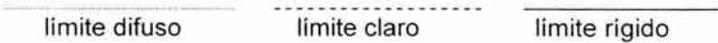
(Ejemplos de la graficación de la estructura familiar)



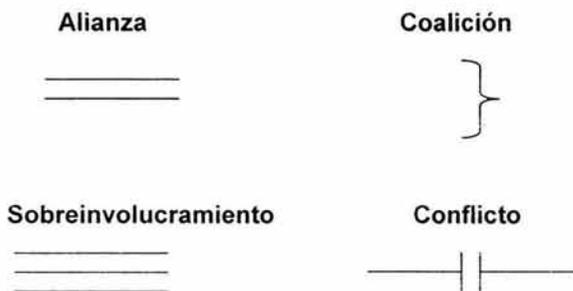
El límite rígido entre dos subsistemas:



Distintas formas de expresar el límite relacional:



c) **Varias Modalidades de Relación:** Las relaciones diádicas de los miembros de la familia pueden ser clasificadas en estos cuatro términos.



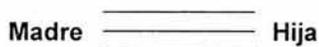
Por ejemplo, una relación cooperativa entre dos hijos (alianza) puede ser graficado como;



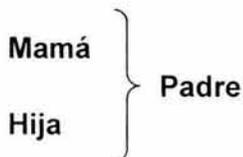
La relación conflictiva entre el padre y la madre;



La relación del sobreinvolucramiento entre la madre y su hija (una relación demasiado estrecha que no les permite individuarse mutuamente);



La coalición entre la madre y la hija contra el padre (la mamá está aliada con la hija y ellas están contra del padre);



Se considera natural y funcional que surjan, flexiblemente, varias relaciones conflictivas y de alianzas en la familia. Pero si estas relaciones llegan a ser rígidamente establecidas, tal familia se considera como una organización disfuncional porque no permite los cambios y ajustes necesarios en la vida familiar. La descripción de todas las diadas existentes en la familia permite visualizar una organización integral de la misma. Con base en este análisis relacional, podemos buscar el significado, igualmente relacional, del síntoma del PI.

**d) Jerarquía familiar:** Aparte de todos los conceptos mencionados, se evalúa la relación jerárquica de cada subsistema familiar. Esta posición jerárquica se expresa en los tipos de límites que comparten dos subsistemas.

Por ejemplo, se puede graficar el siguiente enunciado; "la madre está en la posición jerárquica superior y el subsistema de los hijos está en la inferior. Existe un límite rígido entre estos dos subsistemas."

**Mamá**

---

**Subsistema de los Hijos**

La evaluación de la jerarquía permite ver otro aspecto organizacional de la relación familiar. Hay algunos casos en los que la jerarquía de los hijos es superior a la de uno de los progenitores. Esta inversión de la jerarquía familiar se considera disfuncional y se busca corregir por medio de intervenciones intencionadas en la terapia.

En la terapia familiar estructural se evalúa la organización relacional principalmente con base en los conceptos mencionados. Adicionado a estos, también se deben tomar en cuenta las relaciones triangulares que se explicaron en el capítulo anterior. Con base en estas, el síntoma del paciente identificado se ubica dentro de la estructura familiar en su forma total y se intenta cambiar el aspecto disfuncional de la organización familiar relacionado con la existencia del problema. Con base en esta hipótesis estructural, se realiza una intervención intencionada para generar un cambio estructural específico.

### 3-2-2-4 Las técnicas de la intervención estructural

Después de establecer una hipótesis estructural de la familia, se busca cambiar las partes disfuncionales de dicha organización. Para lograr este fin, se utilizan varias técnicas terapéuticas que no necesariamente son originales de este modelo. Minuchin publicó en 1981 un libro que presenta técnicas de la terapia familiar, e incluyó un capítulo sobre las paradojas, escrito por una terapeuta estratégica, Peggy Papp (Minuchin y Fishman, *op. cit.*). Es decir, este autor no define su modelo terapéutico con base en las técnicas utilizadas, sino que lo hace en razón de la metáfora de la estructura utilizada para plantear la meta terapéutica.

Para la práctica terapéutica Minuchin plantea las tres estrategias principales, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: **I) cuestionar el síntoma, II) cuestionar la estructura familiar y III) cuestionar la realidad familiar.**

**I. Cuestionamiento del síntoma:** En el modelo estructural, el síntoma se considera dentro de la organización total de la familia, por lo que todos los miembros son considerados igualmente sintomáticos, no únicamente el PI; en este sentido, la tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, motivando a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. El cuestionamiento puede ser directo, indirecto, explícito o implícito, ir directo o por la vía de la paradoja. Se plantearon las siguientes tres técnicas para esta estrategia terapéutica: **la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.**

**La escenificación** es la técnica a través de la cual el terapeuta pide a la familia que muestre la dinámica cotidiana en su presencia. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en la que se ponen en escena interacciones disfuncionales de los miembros de la familia. Al observar estas escenas, el terapeuta puede intervenir directamente en la modificación del proceso en diversas formas tales como; prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar otros modos de interacción entre otros (Minuchin y Fishman, *idem.*).

La hipótesis principal subyacente en la escenificación es que la estructura familiar se manifiesta en estas interacciones y, en consecuencia, el terapeuta obtendrá una visión de las reglas que presiden las pautas de interacción de la familia. Dentro de todo este proceso, el terapeuta no sólo es un observador, sino que se asume como un participante activo que se alía de manera diferencial con ciertos miembros de la familia y que forma coaliciones contra otros. Por medio de esta técnica se intenta profundizar el cuestionamiento del síntoma.

Otra técnica que ayuda al cuestionamiento del síntoma es **el enfoque**, que significa una focalización estratégica de la atención del terapeuta. Bajo este principio, el terapeuta investiga un campo limitado de exploración y desechará los diversos campos que, siendo interesantes, no son por el momento útiles para su meta terapéutica. Jerarquizar los temas a tratar en la terapia de acuerdo al orden de prioridad es un aspecto importante de esta técnica; en efecto, por el hecho de que el terapeuta destaque temas que a su juicio son primordiales, suele modificar la idea que la familia se ha formado sobre lo que es importante. En ocasiones, el terapeuta se enfoca en un aspecto mínimo de la estructura familiar tal como una interacción representativa. En este proceso, la familia experimenta la transformación de su percepción; algo que le parecía trivial pasa a ser considerado relevante (Minuchin y Fishman, *idem.*).

A su vez, el terapeuta debe saber modular **la intensidad** de las informaciones tratadas en la terapia. Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminadora, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. Además, todas las familias, aun las que se componen de personas muy motivadas, operan dentro de cierta frecuencia; por ello, el mensaje del terapeuta puede no ser registrado o puede perder penetración. El terapeuta necesita hacer que la familia escuche, y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia. Puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero sin asimilarlo como una información nueva dentro de su esquema cognitivo. Por estas razones es importante que el terapeuta logre una intensidad suficiente para hacer que la familia "escuche" las nuevas informaciones acerca de su interacción. Para lograr la intensidad necesaria que se busca que tenga el mensaje terapéutico, se utilizan las repeticiones. Dentro de una misma sesión, se puede cuestionar un mismo tema, de varias formas, repetidas veces (Minuchin y Fishman, *idem.*).

**II. Cuestionamiento de la estructura familiar:** Con base en la evaluación estructural de la organización familiar, lo que se busca es modificar los sectores disfuncionales que a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Para esto, el terapeuta se hace copartícipe de la familia, se convierte en miembro participante del sistema. Tras vivenciar la interacción familiar como un miembro participante, el terapeuta puede formular el diagnóstico estructural de manera más viva: pone de manifiesto coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos, así como los modos en los que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos. El terapeuta es un participante en el sistema familiar pero al mismo tiempo es un miembro externo, por lo que puede desplazar su posición y trabajar incorporándose en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y de sus funciones. El cuestionamiento de la estructura familiar se realiza por medio de este proceso para el cual se plantean técnicas tales como: **la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad** (Minuchin y Fishman, *idem.*).

La **fijación de fronteras** significa la intervención terapéutica que modifica las reglas relacionales que demarcan diferencias entre los subsistemas. El terapeuta propone directa e indirectamente cambiar las alianzas y las coaliciones de los miembros de la familia. El terapeuta consigue esto activamente por medio de la interacción estratégica con la familia. Por ejemplo, en un caso en el que la mamá establecía una alianza con su hijo oponiéndose a su esposo, Minuchin le dijo al hijo pequeño: "cuando explicas la conducta de tus padres o apoyas a tu madre, o a tu padre, me atrae muchísimo la rapidez con que pasas a ser un niño de diez años a ser una persona de 65 o de 208, y después a toda prisa te reduces a cuatro años. Pero ¿no es raro que te conviertas en el abuelo de tu madre o de tu padre? Te ayudaré a reducir tu edad. Trae tu silla junto a la mía y quédate quieto mientras ustedes dos discuten sus problemas" (Minuchin y Fishman, *ibid.*, p. 154).

Como se observa en este ejemplo, la fijación de fronteras también se realiza por medio del cambio de asientos que el terapeuta sugiere a la familia durante el transcurso de la sesión. Dentro del modelo estructural, el terapeuta utiliza la distribución de sillas entre los miembros como un indicador de la estructura relacional de la familia. Si el niño está en medio de sus padres, el terapeuta le indica al hijo que salga de esa posición así, la familia cambia la ubicación topográfica dentro del salón terapéutico. Al aceptar esta indicación, la familia experimenta nuevas formas de relacionarse; de esta manera el

terapeuta sugiere a la pareja un mecanismo que los lleve a interactuar directamente entre ellos. El terapeuta debe ingeniar modos por medio de los cuales surjan en la familia nuevas modalidades de relación.

Por otro lado, para las familias que tienen los límites difusos entre sus miembros, Minuchin introdujo una regla al comienzo de la terapia: "En este consultorio tengo sólo una regla. Es muy simple esta regla, pero es evidente que a esta familia le resultará difícil respetarla. Nadie debe hablar por otro, o decir en su lugar cómo esa otra persona siente o piensa. Cada uno debe contar su propia historia y ser dueño de su propia memoria (Minuchin y Fishman, *idem*, p154)." De esta manera, el terapeuta toma la iniciativa en la interacción con la familia para que se establezca una demarcación distinta y más funcional de las fronteras entre los subsistemas.

Con la técnica de **desequilibrio** se busca cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. De acuerdo al modelo estructural, el terapeuta funge el papel de perito del sistema y el de líder de la empresa terapéutica.

Por esta razón, el sólo ingreso del terapeuta al sistema ya está modificando la estructura de poder de la familia. Todos los miembros dan un paso atrás, por así decir, concediendo al terapeuta el poder necesario para la utilización de su pericia. Los miembros de la familia esperan que el terapeuta sea "firme pero equitativo", esperan que apoye el punto de vista de todos dejando todo como estaba o "juzgando" quien tiene razón desde la posición objetiva de un perito ajeno a la familia.

Por su lado, el terapeuta tiene que saber aprovechar esta posición para introducir las nuevas modalidades de las relaciones jerárquicas. Para esto, el terapeuta coparticipa con la familia y apoya a un individuo o a un subsistema a expensas de los demás. Se alía con un miembro de la familia que está situado en una posición jerárquicamente inferior, así, introduce en la familia nuevas modalidades, atreviéndose a explorar terrenos no habituales de funcionamiento personal. En este proceso se ponen de relieve posibilidades que antes no se conocían. Esta experiencia en el cambio de la posición jerárquica produce una modificación de la perspectiva acerca de las reglas interaccionales entre los miembros lo cual propicia que se descubran y posibiliten alternativas en todos los subsistemas.

En cuanto a esta técnica, Minuchin mismo menciona dos problemas. Por un lado, es éticamente cuestionable dado que estas técnicas son inequitativas por definición; para obtener el efecto significativo, el terapeuta tiene que apoyar temporalmente el punto de vista de uno de los miembros de manera imperante. Por otro lado, también corre el riesgo de desarrollar una proximidad intensa entre el terapeuta y un subsistema familiar. El terapeuta debe tener cierto control al respecto para que esta alianza terapéutica no se prolonge por demasiado tiempo. Aún después de reflexionar estos posibles problemas inherentes a la técnica, es importante tomar en cuenta su gran efecto terapéutico en la modificación de la estructura familiar rígidamente establecida (Minuchin y Fishman, *op. cit.*).

Para cuestionar la estructura familiar es útil **enseñar la complementariedad** de la relación. En términos generales la familia suele tener una observación lineal del fenómeno relacional y no es común ver la circularidad de los vínculos humanos. Por ejemplo, es frecuente que se construya una observación como la siguiente: debido al carácter agresivo de la esposa, el esposo es retraído. Pero para esta misma situación, también es posible realizar otra observación: la actitud retraída del esposo propicia que la esposa se vuelva agresiva. Al mismo tiempo, en lugar de ver a uno de los dos como culpable, se pueden ver a ambos como personas fieles a la estructura relacional establecida. Tras percatarse de la complementariedad relacional, podemos cambiar las reglas de participación en los vínculos humanos. En cierto nivel, todas las personas saben que se trata de los dos lados de la misma moneda. Pero no saben cómo ver la moneda entera, y no sólo la cara o sólo la cruz (Minuchin y Fishman, *idem.*).

**III. Cuestionamiento de realidad familiar:** Minuchin considera que todas las variedades de la psicoterapia se basan en el cuestionamiento de las realidades que han construido los pacientes mismos. Por ejemplo, la terapia psicodinámica presupone que la realidad consciente de estas personas es demasiado estrecha; hay un mundo inconsciente que deben explorar. La terapia familiar parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivida por cada uno de los miembros. Con base en este supuesto se plantea flexibilizar la definición de la realidad que sostiene cada familia para que se generen nuevas modalidades relacionales (Minuchin y Fishman, *idem.*).

En el espacio clínico, el terapeuta toma los datos que la familia le ofrece y los reorganiza. En este proceso, la realidad conflictiva y estereotipada de la familia recibe

un nuevo encuadramiento gracias al cual, los miembros de la familia empiezan a vivir de otra manera la relación familiar. Las técnicas planteadas para esta estrategia son: **los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.**

Para modificar la realidad de la familia se utilizan tres tipos de **constructos cognitivos** que tiene la familia: símbolos universales, verdades familiares y el consejo profesional. El terapeuta utiliza los constructos cognitivos como un punto de referencia o de comparación para cuestionar la definición del mundo de la familia. Veamos el ejemplo de Minuchin en el que usó el valor universal para cuestionar la realidad de la familia (*ibid.*, p216);

"La familia West solicitó terapia porque el padre, un sacerdote, tenía dificultades para controlar a sus dos hijas adolescentes, él se refirió a la esposa, y a las hijas llamándolas 'las tres muchachas'. El terapeuta se puso de pie, suspendiendo la sesión por así decir, y extrajo una moraleja: 'Usted debe de tener problemas en su relación con Dios porque no comprende que Él ha creado una jerarquía en la familia. Los padres tienen su lugar y los hijos el suyo.'"

Como se observa en este ejemplo, el terapeuta cuestionó la idea construida en esta familia, bajo la iniciativa del padre, de que él ocupa una posición jerárquicamente superior a la de la madre. La mamá está en el mismo nivel que sus hijas. Para movilizar esta idea, Minuchin utilizó el símbolo universal que armonizaba con la concepción del mundo de la familia. La fuerza de las construcciones universales reside precisamente en el hecho de que se refieren a cosas que "todo el mundo conoce". Con base en las creencias socialmente aceptadas, el terapeuta puede cuestionar la interacción familiar acostumbrada.

Asimismo, el terapeuta puede utilizar también verdades familiares. Para esto tiene que poner atención a las justificaciones que la familia aduce en sus interacciones y utilizar su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento (Minuchin y Fishman, *idem.*).

El autor explica que es una suerte de judo<sup>36</sup> en el que el terapeuta se vale de la fuerza de la misma familia para inaugurar una dirección diferente. En el caso de los padres que se consideran a sí mismos como atentos con sus hijos, el terapeuta puede utilizar este argumento para alentarles a interactuar de una nueva manera, diciendo: "Como son ustedes padres solícitos, dejarán a su hijo espacio para crecer" (Minuchin y Fishman, *ibid.*, p215).

Una vez que el terapeuta ha seleccionado, de la propia cultura de la familia, las metáforas que simbolizan su realidad reducida, las utilizará para flexibilizar la definición que la familia tiene acerca de su vida. El terapeuta puede aprovechar su posición profesional y presentar a la familia una explicación diferente sobre su interacción, por ejemplo, diciendo: "He visto otros casos que..."; "Si usted se pone a investigar esto, descubrirá que..." etcétera (Minuchin y Fishman, *idem.*).

Minuchin clasificó las **intervenciones paradójicas** establecidas originalmente por los investigadores estratégicos como una técnica para cuestionar las realidades de la familia. En lugar de que él mismo explique esta técnica, cita el capítulo escrito por la terapeuta estratégica, Peggy Papp. Es prácticamente lo mismo que lo que se planteó por los terapeutas estratégicos; lo interesante es que Minuchin lo considera como una técnica para cuestionar la realidad de la familia. Revisaremos brevemente los tres supuestos básicos de Peggy Papp; 1) una familia es un sistema autorregulador, 2) el síntoma es un mecanismo de autorregulación y 3) el concepto de resistencia sistémica al cambio, que es consecuencia de los dos anteriores. Con base en estas ideas, se considera que la familia con hijos sintomáticos suele presentar al terapeuta una demanda contradictoria: piden que el síntoma se modifique, pero sin cambiar su sistema. Minuchin planteó la utilidad de las intervenciones paradójicas para cambiar la estructura disfuncional de la familia que es el objetivo principal del modelo estructural (Minuchin y Fishman, *op. cit.*).

Para la estrategia del cuestionamiento de la realidad de la familia, Minuchin también planteó la importancia de **utilizar los lados fuertes** de cada familia. Para esto, es indispensable basarse en el siguiente axioma: cada familia posee en su propia cultura

---

<sup>36</sup> Judo, el deporte originario de Japón.

elementos que, si se les comprende y utiliza, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros. Hay algunos psicoterapeutas que asumen que su papel profesional consiste en localizar la perturbación psicológica del paciente, clasificarla y erradicarla. Pero una percepción basada en el axioma de lado fuerte puede ser igual de efectiva o incluso mejor para cambiar las realidades de la familia de manera muy positiva. Es importante que el terapeuta pueda involucrar los lados fuertes y los recursos de la familia en la terapia.

Cabe resaltar que en el modelo estructural se busca flexibilizar la organización familiar con base en la evaluación estructural de la familia en dos sentidos: 1) generar funcionamientos que les faltan en comparación con otras familias "normales" y 2) flexibilizar, como consecuencia del primero, el funcionamiento rigidamente establecido en la interacción familiar.

### **3-2-3 El modelo Multigeneracional de Murray Bowen**

Como se ha explicado en los capítulos anteriores, Bowen no nombró al modelo planteado por él como modelo multigeneracional. Ésta es una clasificación atribuida por investigadores posteriores debido al carácter peculiar de su planteamiento, en particular el de revisar los patrones conductuales repetitivos en varias generaciones de una familia. Bowen denominó su planteamiento como "teoría familiar sistémica", lo cual es interesante porque en su modelo no se observan las características comunes de otros autores sistémicos, tales como: poner relativamente poca importancia en los datos del pasado y enfocarse en las conductas observables y presentes del paciente sin referirse a su proceso intrapsíquico.

Contrario a esto, Bowen explicó el fenómeno psiquiátrico en relación con el proceso intrapsíquico, como es el caso de la diferenciación del *self*; a la vez dio importancia a los datos pasados del paciente planteando un análisis multigeneracional de la familia (Bowen, 1989; Yusa, *op. cit.*; Hoffman, *op. cit.*). Por esta razón, su planteamiento fue considerado, por algunos autores, como una propuesta que conectaba la teoría psicodinámica con la teoría sistémica y que no era el más representativo del modelo sistémico (Yusa, *idem*; Hoffman, *idem*). El nombre del planteamiento de Bowen: "la teoría familiar sistémica" da la impresión de que su modelo tiene características representativas de la perspectiva sistémica de los estudios de la familia, pero me parece importante recalcar que dentro del área de la terapia familiar sistémica su

modelo fue considerado como el que tiene fuerte influencia psicoanalítica, y que no es típicamente sistémico.

Bowen era sistémico en el sentido de que le preocupaba la interacción de los miembros de la familia, pero a diferencia de otros autores sistémicos su interés se enfocaba en describir dicha interacción en relación con el proceso intrapsíquico de cada miembro. Bowen consideraba que la teoría psicoanalítica describía acertadamente la estructura intrapsíquica de los pacientes, en relación con sus experiencias durante la infancia. Sin embargo, consideró que esta teoría no explicaba el porqué y el cómo del desencadenamiento del síntoma de los pacientes en su vida actual, por lo que planteó la necesidad de describir este proceso en relación con el contexto interaccional de cada individuo. Bowen puso énfasis en la importancia de explicar este aspecto para la intervención de los pacientes psiquiátricos y criticó la visión individualista de la teoría psicoanalítica (Bowen, *idem*; Yusa, *idem*).

Con base en esta idea principal, buscó determinar un conjunto de funciones prácticas que estaban alrededor del síntoma y planteó un cuerpo teórico que explicaba tanto la dinámica intrapsíquica como la interaccional de manera coherente (Yusa, *idem*). Bowen criticaba a muchos terapeutas familiares, porque estaban haciendo una mezcla parcial de dos teorías totalmente distintas, la psicoanalítica y la sistémica, sin lograr integrarlas de manera coherente (Bowen, *idem*).

Debido a esta visión peculiar, el pensamiento sistémico de Bowen era muy diferente del de otros autores sistémicos que consideraban la aplicación de la causalidad circular como una característica importante de la aproximación sistémica-cibernética. Su pensamiento sistémico radicaba básicamente en la liberación de la visión individualista planteada en la teoría psicodinámica y su modo de explicar el fenómeno se aproximaba más a la causalidad lineal que a la circular (Yusa, *idem*). Al parecer, Bowen tampoco le dio mucha importancia a la función homeostática del síntoma, relacionada con la interacción familiar. A diferencia del modelo del MRI y del estructural, que buscaban un cambio en la organización familiar para la desaparición del síntoma, este autor puso el acento en la maduración de cada individuo, lo que propiciaría el cambio organizacional de la familia. Resulta relevante revisar los conceptos básicos del modelo de Bowen para reflexionar sobre esta diferencia.

### 3-2-3-1 El sistema intelectual y el emocional

En el modelo de Bowen, el concepto de **la diferenciación del self**, planteado con base en la comprensión de la constitución biológica del ser humano, es particularmente importante; se estima por medio del grado de fusión existente entre el funcionamiento intelectual y el emocional del ser humano (Bowen, *idem*). Bowen dice que: "se concibe al hombre como la forma de vida más compleja que evolucionó a partir de formas inferiores y está íntimamente conectada con todos los seres vivos. La diferencia más importante que existe entre el hombre y las formas inferiores estriba en su corteza cerebral y, por ende, en su capacidad de pensar y razonar. El funcionamiento intelectual está considerado como una forma inconfundiblemente distinta del funcionamiento emocional, el cual es compartido por el hombre con las formas inferiores" (Bowen, *ibid.*, p35).

Un hombre puede usar selectivamente ambos funcionamientos —el intelectual y el emocional—, siempre y cuando haya un equilibrio armónico entre ellos. Pero cuando se da el caso de que los dos sistemas estén fusionados y no exista una diferenciación suficiente, las emociones dominan las conductas y los pensamientos, debido a que se pierde el control de selección al respecto (Yusa, *idem*).

Desde el punto de vista filogenético, el sistema límbico que opera las emociones es más antiguo que la corteza cerebral, lo cual explica el dominio y la mayor estabilidad del funcionamiento emocional sobre el intelectual (Bowen, *op. cit.*). Cada vez que se aumente la ansiedad o el grado de emoción, la fusión entre los dos sistemas se intensifica (Yusa, *idem*); cuando esto sucede, el funcionamiento intelectual deja de operar de manera armónica con el emocional, la capacidad intelectual pierde su control independiente y trabaja solamente como herramienta para las reacciones emotivas. Así, una persona con un razonamiento claro y estable, cuando es colocada en una situación sentimentalmente difícil, puede mostrar repentinamente reacciones emotivas irracionales.

En el modelo de Bowen el principal objetivo terapéutico es ayudar a cada miembro de la familia a que aumente el grado de diferenciación del *self* para que los dos sistemas puedan ser operados de manera armónica y selectiva (Yusa, *idem*). Este planteamiento ha recibido críticas debido a que se ha considerado que el autor ha dado mayor importancia al funcionamiento intelectual que al emocional (Yusa, *idem.*); ante esto,

Bowen argumentó que lo más importante es mantener la capacidad selectiva entre ambos sistemas y no el buscar o definir cuál de ellos es más necesario para los seres humanos.

En la práctica clínica se observa una diferencia relevante entre el planteamiento de Bowen y el del psicoanálisis, debido a que el primero no ponía importancia en la manifestación de emociones a diferencia del segundo que buscaba recuperar la conciencia de los sentimientos reprimidos en el inconsciente (Yusa, *idem*). El modelo de Bowen tiene como objetivo ayudar a las personas para que aumenten el funcionamiento intelectual de su *self* de tal forma en que puedan evitar el dominio del funcionamiento emotivo; los pacientes suelen ser alentados a mantener su capacidad intelectual y racional sin ser impulsados por sus emociones. La postura de Bowen es interesante al considerar que la manifestación de emociones en el espacio terapéutico ha sido el fundamento básico y crítico de varias psicoterapias tradicionales en las que se encuentra incluido el psicoanálisis.

Así, según Bowen, una persona que tiene la tendencia a ser dominado por las emociones tiene el bajo grado de la diferenciación del *self* (Bowen, *idem*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op cit*; Yusa, *idem*). Tales personas reaccionan emotivamente en el ambiente, por lo que pierden casi totalmente la capacidad selectiva del funcionamiento intelectual en las situaciones de alta tensión. Por el contrario, en una situación de baja tensión se puede aumentar la capacidad selectiva de ambos funcionamientos, aun cuando tal persona tenga una baja diferenciación en el *self* básico.

### **3-2-3-2 Ocho Conceptos Básicos de la Teoría Familiar Sistémica**

Bowen planteó ocho conceptos teóricos entrelazados mismos que conforman la teoría familiar sistémica: a) la escala de diferenciación de *self*, b) los triángulos, c) el sistema emocional de la familia nuclear, d) el proceso de proyección familiar, e) el proceso de transmisión multigeneracional, f) la posición entre los humanos, g) la regresión social (Bowen, *ibid.*, p.37; Goldenberg, I. y H. Goldenberg, *ibid.*, p.169-180; Yusa, *ibid.*, p.76-90). Como se ha descrito en el capítulo anterior, estos conceptos fueron desarrollados poco a poco en la década de los sesenta y de los setenta. Ahora revisaremos brevemente cada uno de estos conceptos para saber la diferencia significativa de este modelo en comparación con otros modelos representativos de la terapia familiar.

### a) La escala de diferenciación de self

Como se ha explicado anteriormente, la diferenciación de *self* es "piedra angular" en la teoría de Bowen (*op. cit.*). Este autor planteó una escala por medio de la cual se puede estimar el grado de fusión existente entre el funcionamiento intelectual y el emocional del *self* (Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*). Él tenía la intención de "clasificar todos los grados de funcionamiento humano, desde los más bajos posibles hasta los potenciales más altos, sobre una única dimensión" (Bowen, *ibid.*, p.190). Esto puede parecerse a una escala de la madurez emocional, sólo que no se basa en el concepto de "normal" para su estimación. Tanto las personas que tienen la diferenciación del *self* baja como las que la tienen alta pueden desarrollar, eventualmente, los síntomas psicopatológicos a causa de la inestabilidad del contexto y, del mismo modo, pueden tener una vida estable y nada patológica si no llegan a encontrarse en una situación de estrés que sobrepase su umbral de tolerancia. Lo que distingue a estos dos tipos de personas es el nivel de resistencia al contexto de estrés emocional; los que tienen una diferenciación del *self* baja, tienden a desestabilizarse emocionalmente de manera más fácil que los que tienen la misma en término alto. Respecto a la diferenciación del *self* el autor dice (Bowen, *ibid.*, p.190):

"hay personas que pertenecen a las regiones bajas de la escala que guardan sus vidas en equilibrio emocional libres de síntomas psicológicos, y hay otros situados en zonas superiores que desarrollan síntomas en condiciones de fuerte tensión".

Así, sin embargo, el autor sugiere que la gente situada en la parte inferior de la escala es más vulnerable al estrés y para ellos la recuperación a partir de los síntomas puede ser lenta o imposible, mientras que los que se sitúan en regiones más altas tienden a recuperarse en seguida. Hay que observar que la escala no esté correlacionada directamente con la inteligencia debido a que una persona intelectualmente brillante puede pertenecer a un rango bajo de la escala, y otra menos brillante a un rango superior.

Dentro de la escala, el grado se mide entre el valor de 0 a 100, donde una persona con una diferenciación completa se evalúa con 100 y la que tiene el *self* totalmente fusionado con 0. Cabe recalcar que esta escala está basada en una estimación conceptual y no en una operación psicométrica formal.

Las personas que pertenecen al rango de entre 0 a 25 tienen una baja diferenciación del *self* y están emocionalmente fusionados con el otro; tienen tendencia a no distinguir los sentimientos de los hechos y viven en un mundo controlado por las emociones.

Las personas que pertenecen al rango de entre 26 a 50 pueden actuar con base en las metas planteadas, aunque su vida está regida principalmente por reacciones emocionales ante otras personas. Realizan las metas principalmente para recibir aprobación y admiración de otras personas.

Las personas que pertenecen al rango de entre 51 a 75 tienen una diferenciación del *self* adecuada, aún en situaciones de estrés no se dejan dominar fácilmente por las emociones.

Las personas que pertenecen al rango de entre 76 a 100 tienen un *self* altamente diferenciado donde el juicio y la decisión se adquieren por medio del funcionamiento intelectual. Estas personas pueden tener fácil y libremente una relación íntima con otras debido a que tienen muy baja posibilidad de ser fusionados con el otro. No desarrollan un enredo emocional destructivo con el otro.

Con respecto a esta estimación, Bowen mencionó que "todavía no hemos podido comprobar la escala en quienes poseen un nivel extremadamente alto, pero mi impresión es que 75% es un nivel alto y que quienes superan el 60 constituyen un porcentaje reducido de la sociedad" (Bowen, *ibid.*, p.190-193).

Cabe mencionar que Bowen ha planteado dos tipos de *self*: el *self* básico y el *pseudoself*. El autor explicó el primero como "una cualidad ilustrada por la adopción de posturas tales como «la posición desde el yo» reflejada en: «Estas son mis creencias y convicciones. Esto es lo que soy, quien soy, y lo que haré o no haré»" (Bowen, *idem.*). El *self* básico se distingue del *pseudoself* en el sentido de que éste último se puede modificar, depende del sistema de relaciones al que uno pertenece; a diferencia del *self* básico que no puede cambiar con la coacción o la presión, o para ganar aprobación, o reforzar la posición propia frente a los demás, en este sentido no es negociable en el sistema de relaciones, sólo se cambia desde dentro del *self*, a partir de la adquisición de conocimientos nuevos y experiencia.

## b) Los triángulos

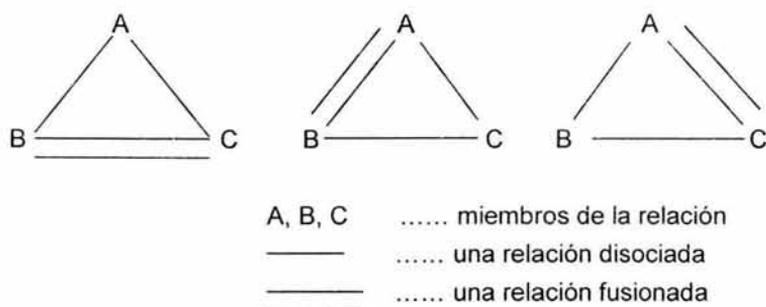
Según Bowen, el sistema emocional diádico tiene dificultad para mantenerse estable; cuando dos personas se encuentran en una relación tensa, suelen involucrar a una tercera persona en su vínculo. Para este autor, "el triángulo, el sistema de tres personas, es como la molécula del cimiento básico de todo el sistema emocional, ya sea en la familia o en cualquier otro tipo de grupo" (Bowen, *ibid.*, p.100). Me pareció interesante esta idea del autor que considera la triada como el cimiento básico de las relaciones humanas. Revisaremos su explicación al respecto.

Cuando surge una tensión en la relación diádica se observa frecuentemente un patrón viciado según el cual, quien tiene una mayor insatisfacción trata de establecer una nueva fusión relacional con una tercera persona. Esta nueva fusión ayuda a disminuir temporalmente la tensión preexistente. Cuando una tercera persona se involucra en una relación diádica con una alta tensión se forma una "triangulación"; entonces, ambos miembros de la diada original logran sentir cierta liberación de la tensión, pues, por un lado uno puede entrar a la **nueva fusión** con la tercera persona, y el otro siente la libertad de alejarse de la tensión relacional con la primera persona.

Sin embargo, conforme se va bajando el grado de tensión original, este miembro disociado empieza a sentirse expulsado con la consecuente falta del vínculo. Esta descripción tiene mucha coincidencia con las vivencias de ciertos padres, quienes se dan cuenta repentinamente que perdieron su posición en el hogar después de estar concentrados intensamente en su trabajo por un tiempo prolongado. Por otro lado, la nueva fusión con la tercera persona tampoco resulta ser estable, pues, por ejemplo, la madre que estableció una relación demasiado estrecha con su hijo, debido a la insatisfacción en la relación diádica con su esposo, puede empezar a lamentarse de su hijo diciéndole: "a pesar de que yo me he sacrificado tanto por ti no respondes a mis expectativas...". Situación que se da debido a que ella trataba de sustituir la falta de cercanía de su esposo estrechando el vínculo con su hijo. Cuando aumenta la tensión en esta nueva fusión diádica suele ser involucrado, nuevamente, el miembro disociado (en el ejemplo anterior, el padre). Por ejemplo, la madre dice a su esposo: "Tú eres su padre. Tú tienes que colaborar para corregirlo" (Yusa, *idem*). De esta manera, se va formando una relación triangular buscando una disminución de tensión consecutiva entre las dos diadas establecidas.

Según Bowen, la relación triangular implica un vínculo emocional fuerte entre tres personas aun cuando uno de los tres miembros aparente estar disociado. Cuando aumenta la inestabilidad de una relación triangular pueden surgir series de triángulos entrelazados (*Interlocking Triangle*) entre más de cuatro personas. Este tipo de múltiples triángulos interconectados pueden desarrollarse incluso fuera del sistema familiar, en los que resultan estar involucrados los amigos, los jefes, los parientes, los policías, personas de la escuela y el terapeuta, entre otros. Es posible que se cambie el tercer miembro integrado en esta relación diádica original, pero la estructura básica de la relación triádica siempre se mantiene y en ella invariablemente se identifican un cateto relacional altamente fusionado y los dos catetos disociados (Bowen, *ibid.*, p. 38).

[La composición básica de las relaciones triangulares (Yusa, *ibid.*, p. 78)]



Bowen planteó dos variables importantes en los triángulos: 1) el grado de "diferenciación del *self*" de cada individuo y 2) el grado de ansiedad del sistema relacional total. Señaló que: "cuanto más ansiedad hay, más intensamente se conforman los triángulos de modo automático dentro del sistema. Cuanto más bajo es el grado de diferenciación de los individuos implicados, más intensamente se configuran los triángulos" (Bowen, *idem.*). El autor lo explica así debido a que un mayor grado de diferenciación implica un mayor control por parte de los sujetos sobre el proceso emocional, inversamente, un menor grado de diferenciación implica un menor control. A su vez describió que la relación triangular suele ser inestable, porque los tres integrantes desarrollan una relación fusionada entre los miembros, en la cual cada integrante se vuelve más vulnerable a las influencias del desequilibrio emocional de los otros. El miembro que se siente incómodo, hace esfuerzos para recuperar una distancia emocional cómoda para él en la que involucra a los otros miembros de varias maneras estableciendo un nuevo desequilibrio relacional entre ellos. En la relación triangular,

cada miembro realiza esta operación en orden sucesivo, lo cual propicia un vínculo constantemente inestable.

Con base en esta comprensión, la intervención terapéutica de Bowen se enfoca en el miembro clave de la familia. El terapeuta escoge a uno de los dos padres o a ambos como el motor de la terapia. Ayuda a estos individuos a obtener el mayor funcionamiento intelectual del *self*, tras alentarles a tener una mayor conciencia acerca del proceso triangular en el que están sumergidos. Según el autor (*ibid.*, p.39), "cuando una persona del triángulo es capaz de controlar su *self*, al tiempo que sigue permaneciendo en contacto emocional con los otros dos, desaparece la tensión entre estos." Esto es así porque la mayor parte del movimiento triangular es automático, en donde se desencadenan las reacciones emocionales entre los integrantes de manera no controlada. Asimismo agregó que "cuando es posible modificar el triángulo central de una familia, los otros triángulos familiares se modifican automáticamente sin necesidad de que otros miembros familiares participen en la terapia" (*idem.*).

Es muy interesante observar el pensamiento terapéutico de Bowen quien daba gran importancia a que cada miembro obtuviera un mejor funcionamiento intelectual del *self* y así controlar sus actos automáticos emotivos. Me parece interesante esta observación, porque nos indica cierta similitud teórica entre este autor y el psicoanálisis. El planteamiento de Bowen nos recuerda el siguiente principio terapéutico psicoanalítico: "convertir lo inconsciente en lo consciente". A su vez, el planteamiento de Bowen muestra la importancia del aspecto sistémico al plantear modificar todo el sistema familiar a partir de la maduración de un miembro clave, lo cual coincide con el concepto de la totalidad planteada en la perspectiva sistémica (ver cap. 1). Esto es un punto de divergencia entre el autor y el psicoanálisis, porque éste último no ha incluido en sus fundamentos teóricos dicho aspecto sistémico.

### **c) Sistema Emocional de la Familia Nuclear**

Bowen identificó cuatro patrones interaccionales que disminuyen la tensión familiar, a saber, 1- el distanciamiento emocional, 2- el conflicto marital, 3- el desarrollo de un cónyuge disfuncional y 4- la proyección del problema a los hijos. Según el autor, estos mecanismos se desarrollan como resultados de los intentos de la familia por recuperar la estabilidad emocional dentro del sistema familiar. Es decir, estos patrones interaccionales tienen ciertas funciones adaptativas y cualquier familia recurre

eventualmente a alguno de los mecanismos mencionados. Sin embargo, el uso prolongado de estos produce una seria patología familiar (Bowen, *op. cit.*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*; Yusa, *op. cit.*).

El primer mecanismo es el **distanciamiento emocional** que lleva consigo evitar reacciones emocionales entre los miembros de la relación. Los ejemplos serían los siguientes: la pareja que no se hablan entre sí, la pareja que divide la recámara, la pareja que evitan tocar ciertos temas delicados en su conversación, entre otros.

El segundo mecanismo es el **conflicto marital**. La pareja desarrolla un conflicto explícito como una reacción a la tensión generada en su relación. Se observa un proceso cíclico entre el período del distanciamiento emocional y el de acercamiento. Temporalmente, la pareja vive una mayor tensión pero a la vez obtiene la oportunidad de experimentar una cercanía por medio del proceso de reconciliación. Este patrón tiene un aspecto positivo dado que le otorga a la pareja una mayor posibilidad de buscar ayuda profesional para su conflicto.

El tercer patrón es el de **desarrollo de un cónyuge disfuncional** que se expresa ya sea en forma de problema físico, emocional o social. Para mantener el equilibrio de la fusión emocional, uno de los dos cónyuges muestra una actitud de sacrificio como asumir excesivamente las responsabilidades o mostrar incapacidad y dependencia total. Esta relación complementaria puede ser adaptativa si el período no se prolonga de manera excesiva.

El último mecanismo es **la proyección del problema a uno o más hijos**. Los padres ignoran o niegan su propia falta de diferenciación y enfocan la atención en su hijo. El hijo se queda triangulado por sus padres y se sitúa en el centro del problema familiar disminuyendo el conflicto conyugal.

Bowen planteó que los síntomas psiquiátricos de los pacientes se desarrollan en el contexto familiar en donde se hace uso constante y rígido de estos mecanismos.

#### **d) Proceso de proyección familiar**

Por medio de este concepto, Bowen explica el proceso según el cual los padres proyectan o transmiten sus propios problemas a uno o más hijos dentro de la familia.

Esto puede ser uno de los motivos por los que los hijos desarrollen problemas psiquiátricos en su vida posterior. Al principio, el autor explicaba este proceso en relación con el concepto de "la simbiosis madre-hijo" que había planteado en la década de los años cincuenta; sin embargo, finalmente lo describió vinculándolo con el concepto de la relación triádica.

Los cónyuges, quienes tienen una baja diferenciación del *self*, desarrollan constantemente una tensión emocional en su relación. Cuando a ambos les parece intolerable esta tensión buscan, automáticamente, incluir a uno de los hijos en el vínculo, y así entre los tres se desarrolla una relación triangular emocionalmente fusionada. Este vínculo obstaculiza al hijo a desarrollar una diferenciación del *self* adecuada; de esta manera, el *self* fusionado de los padres se trasmite al hijo. Cuando la pareja tiene más de dos hijos, cada uno recibe de manera distinta la influencia de sus padres. Cuando la pareja logra equilibrar la tensión emocional gracias a la participación de uno de sus hijos, los demás hijos pueden estar relativamente libres de dicha influencia conflictiva. Según Bowen, los hijos que se involucran más en la relación triangular con sus padres tienen ciertas características distintivas respecto a sus hermanos tales como; el primogénito, el hijo más pequeño, el hijo con discapacidad, el hijo que nació cuando los padres estaban en una situación de tensión alta, entre otras (Bowen, *ibid.*, p.39, p. 83-84.; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *ibid.*, p.176-177; Yusa, *ibid.*, p.83-84).

#### e) El Proceso de Transmisión Multigeneracional

El mecanismo que se analiza en el proceso de proyección familiar se observa entre las familias nucleares y las familias extensas e incluso entre varias generaciones. Este proceso se llama de transmisión multigeneracional. Una pareja que desarrolló una relación fusionada trasmite a su hijo una baja diferenciación del *self* por medio de la interacción. El grado de la diferenciación del *self* de este hijo suele ser aún más bajo que el de sus padres. A su vez, este hijo se casa con una pareja que tiene el mismo grado de diferenciación del *self*, lo que propicia que su hijo desarrolle una diferenciación del *self* todavía más baja que la de sus padres (Bowen, *op. cit.*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*; Yusa, *op. cit.*). De esta manera, se va transmitiendo la falta de diferenciación del *self* entre varias generaciones, por esta razón cuando un terapeuta ve al paciente sintomático presupone una etiología multigeneracional de dicho síntoma en su familia.

#### **f) La posición del hijo entre sus hermanos**

Haciendo referencia a los estudios de Toman, Bowen propuso que cada hijo desarrolla ciertos rasgos típicos de personalidad de acuerdo a la posición que ocupa entre sus hermanos. Salvo cuando existen algunas condiciones irregulares tales como discapacidad o enfermedad, entre los hermanos varían dichos rasgos inherentes a cada posición de los hijos. Yusa aprecia especialmente la contribución de Bowen, porque planteó las posiciones funcionales en lugar de las posiciones de acuerdo al orden de nacimiento de cada hijo. Por ejemplo, cuando un primogénito tiene discapacidades el segundo hijo actúa funcionalmente como el primogénito<sup>37</sup> (Bowen, *ibid.*, p.39, p148-49.; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *ibid.*, p.179; Yusa, *ibid.*, p.90).

#### **g) La desvinculación emocional**

Cuando un hijo tiene una fusión emocional muy intensa con sus padres su diferenciación del *self* se desarrolla de manera muy baja. Este tipo de hijo conserva el apego emocional excesivo con sus padres lo cual puede ocasionar una reacción contradictoria en su vida adulta, de tal manera que se desvincula emocionalmente con sus padres. Bowen informa que es un fenómeno frecuente entre los hijos que tienen una diferenciación del *self* baja (Bowen, *ibid.*, p.39, p.148-149; Yusa, *ibid.*, p.87-89).

#### **h) El proceso emocional de la sociedad**

Bowen había planteado este concepto en 1975, pero en el escrito de 1978 se limitó a considerar la posibilidad de aplicar el proceso emocional familiar a sistemas sociales más grandes, sin embargo no profundizó a detalle en esta idea (Bowen, *ibid.*, p.39; Yusa, *ibid.*, p.90).

---

<sup>37</sup> En cuanto al detalle del planteamiento de Toman consultar: Toman, W.: Family Constellation. Springer, N.Y.1961.

### 3-2-3-3 El procedimiento de la terapia familiar sistémica de Bowen

#### a) La Evaluación Familiar y la construcción del Genograma Familiar

En la terapia familiar sistémica de Bowen se evita utilizar el concepto de "diagnóstico" para no connotar el síntoma del PI<sup>38</sup> como una enfermedad individual. En lugar de esto prefiere evaluar a la familia del paciente sintomático en forma total, con base en los ocho conceptos básicos de la teoría familiar sistémica. El síntoma del PI se considera como un reflejo de la situación familiar emocionalmente desequilibrada debido a algún factor de la tensión familiar.

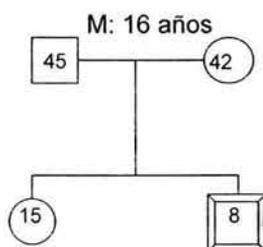
Para construir una evaluación familiar se deben explorar historias familiares; por esta razón el modelo terapéutico de Bowen se ha denominado, por otros investigadores, como "una aproximación histórica" (Hoffman, *op. cit.*). En el primer paso de la evaluación familiar se explora la **historia del motivo de consulta** en la cual se plantean preguntas tales como: ¿quién manifiesta el síntoma?, ¿cómo fue el proceso del desarrollo del síntoma?, ¿en qué situación fue el primer desencadenamiento del síntoma? ¿existieron algunos sucesos familiares importantes en relación con la aparición del síntoma?, entre otras.

El siguiente paso es la exploración de **la historia de la familia nuclear** en la cual se preguntan los episodios familiares desde el inicio de la relación de la pareja hasta el momento de la consulta con el terapeuta. Con base en estos datos se evalúan el sistema emocional de la familia nuclear, los triángulos y el proceso de la proyección familiar. Después, se revisan las **historias de las familias extensas tanto del esposo como de la esposa** en las cuales se coleccionan los datos acerca del proceso de la transmisión multigeneracional, el desvinculamiento emocional y la posición entre los hermanos, en relación con las familias de origen de ambos padres y con base en los conceptos explicados anteriormente.

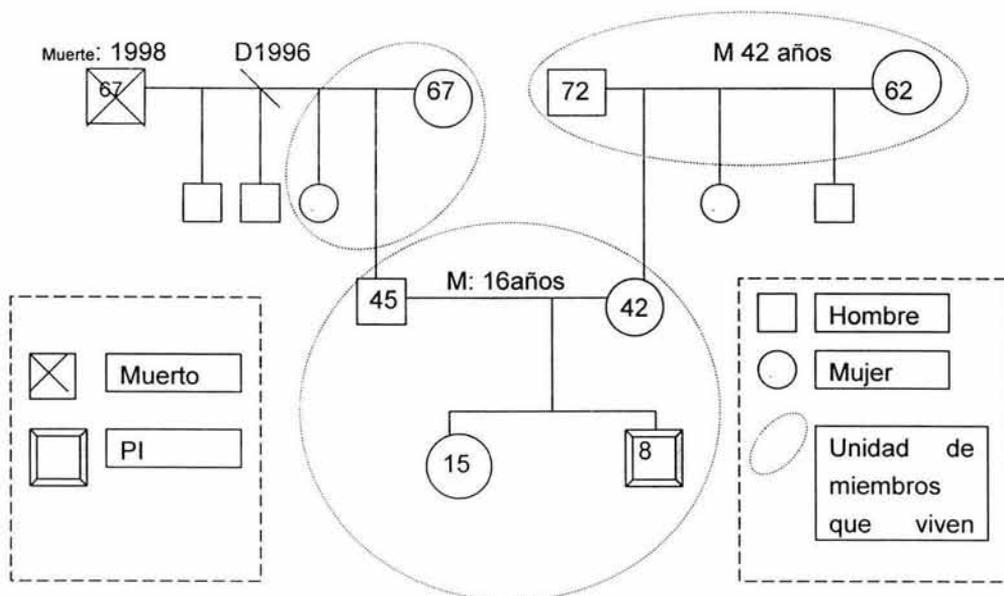
---

<sup>38</sup> Paciente identificado. En el capítulo uno se explicó este concepto.

En el proceso de exploración de las historias familiares de ambos padres se construye el **genograma familiar** que muestra, en forma pictórica, el contexto histórico de la construcción de la familia nuclear actual (Goldenberg I. y H. Goldenberg, *ibid.*, p.182-184); por ejemplo, una familia nuclear compuesta de cuatro integrantes: el padre de 45 años, la madre de 42 años, la hija mayor de 15 años y el hijo menor de 8 años, se describe de la siguiente manera: La pareja lleva casada 16 años y el paciente identificado (PI) es el hijo menor de ocho años. Los hombres se expresan con la figura cuadrada y las mujeres con el círculo.



Después de construir el genograma de la familia nuclear se añaden las anotaciones acerca de las familias extensas de cada cónyuge:



Este esquema señala que el esposo es el cuarto hijo de cuatro hermanos cuyos padres se divorciaron en 1996. Actualmente el abuelo paterno del PI está muerto, y la abuela paterna de 67 años vive con la hermana mayor del padre del PI. Por su parte, la madre del PI es la primogénita de tres hermanos, cuyos padres han estado casados durante 42 años. Los abuelos maternos viven solos; la edad del abuelo es de 72 años y la de la abuela es de 62 años. La familia nuclear vive separada tanto de la familia paterna como de la materna.

Aparte de esta información, en el mismo esquema se pueden añadir los datos básicos de cada integrante tales como ocupación, escolaridad, existencia de las enfermedades importantes en la familia, etcétera. Bowen establecía la evaluación familiar con la ayuda de esta presentación gráfica del contexto familiar por lo menos de tres generaciones.

Cabe mencionar, como una de las contribuciones más importantes de este autor en el área de la terapia familiar, el considerar el síntoma del PI en relación con patrones conductuales repetitivos y significativos en varias generaciones de una familia. Gracias a esta influencia, la construcción del genograma está considerada como uno de los métodos de exploración más importantes y estándares de la terapia familiar.

#### **b) Dos grandes etapas terapéuticas en este modelo**

Según la teoría de Bowen, dos grandes factores que desencadenan el síntoma en algún miembro de la familia son: 1- el estrés surgido en el contexto familiar, 2- el bajo grado de diferenciación del *self* de los miembros. Si todos los miembros de la familia tienen un grado alto de la diferenciación del *self* básico, no se desencadena el síntoma en ningún miembro, aún cuando la familia se encuentra en una situación de alta tensión. A su vez, aunque algún miembro tenga el grado bajo de la diferenciación del *self*, si no se encuentra en el contexto de estrés, no hay un desencadenamiento del síntoma. Según Bowen, los miembros de las familias que buscan la psicoterapia suelen tener el grado de diferenciación del *self* bajo y, además, viven en una situación relacional de alta ansiedad. En el nivel funcional, el grado de la diferenciación del *self* se incrementa con que se baja la ansiedad en el contexto relacional; pero para aumentar el grado de la diferenciación del *self* básico, cada individuo debe pasar un proceso terapéutico prolongado.

Bajo esta comprensión, el procedimiento de la terapia familiar sistémica de Bowen se puede dividir en dos etapas. La **primera etapa** de la terapia consiste en disminuir la ansiedad en el contexto familiar para aumentar el grado de diferenciación del *self* en el nivel funcional, y en la **segunda** se busca incrementar el mismo, pero en el *self* básico de cada miembro de la familia (Yusa, *op cit*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*).

En general, el síntoma del PI desaparece cuando se disminuye la ansiedad relacional de la familia, lo cual es congruente con el planteamiento teórico de Bowen, porque el desencadenamiento del síntoma de un individuo se comprende en relación con el desequilibrio emocional ocasionado en el sistema familiar. La disminución de ansiedad se logra en un período relativamente corto ya que puede lograrse en algunos días o hasta aproximadamente en un año. Hay familias que deciden terminar la terapia al ver que desapareció el síntoma, pero cuando se observa disponibilidad por parte de la familia, el terapeuta sugiere continuar la terapia para lograr el desarrollo de una mayor diferenciación del *self* básico de cada miembro (la segunda etapa), puesto que este aumento ayuda a crear una mayor resistencia a la situación de estrés en la vida posterior de cada miembro.

En términos generales, se parecen mucho las actividades terapéuticas en ambas etapas, pero mientras que la primera está destinada principalmente a comprender el proceso emocional de la familia nuclear en relación con la aparición del síntoma, en la segunda etapa, la terapia se enfoca a la transmisión multigeneracional, extendiendo el foco de interés hasta las familias extensas en varias generaciones anteriores.

En la segunda etapa, la terapia se realiza principalmente con la pareja, porque son las personas claves en la familia nuclear, en la cual ambos aprenden los conceptos básicos de la teoría de Bowen. Por medio de este proceso, los padres llegan a comprender de forma racional cómo se ha transmitido multigeneracionalmente la reactividad emocional estereotipada en su familia de origen. El autor plantea que la comprensión racional de este mecanismo les ayuda a aumentar el grado de diferenciación de su *self* básico.

La segunda etapa, que es el proceso particular en este modelo, generalmente tarda varios años. La diferencia entre el planteamiento de Bowen y el del MRI es contrastante porque el segundo pone énfasis en no plantear el problema fundamental (diagnosticado por el terapeuta), ya que éste debe ser definido por los pacientes mismos. Por su parte Bowen presupone que además del síntoma consultado por la familia, el problema

primordial radica en la falta de diferenciación del *self* básico de cada individuo. A su vez, a diferencia del MRI que ponía énfasis en una terapia de un breve periodo, Bowen planteaba que ésta se prolongaba naturalmente, ya que la resolución del problema fundamental —la maduración del *self*— se tardaba más que la simple desaparición del síntoma.

### **c) Posición del terapeuta: Mantenerse fuera de la triangulación**

Durante las sesiones, el terapeuta alienta a los miembros de la familia a observarse objetivamente a sí mismos preguntándoles: ¿Cómo es su forma de participar en la relación familiar? Les exige mantener una actitud racional, aún en una situación de conflicto emocional. Este énfasis en el funcionamiento racional de cada miembro es uno de las características más importantes del modelo de Bowen.

El terapeuta da varias instrucciones para que cada individuo pueda aprender a resolver los conflictos emocionales utilizando el funcionamiento intelectual de su *self*; asimismo, indica a sus pacientes que controlen sus reacciones emotivas. Estas indicaciones son drásticamente diferente a otras psicoterapias tradicionales que dirigen a activamente al paciente a expresar sus emociones sin reprimirlas (Yusa, *ibid.*, p. 71-72).

En el proceso terapéutico es menester que el terapeuta se mantenga fuera de los triángulos interconectados de los miembros de la familia, pero sin desvincularse emocionalmente de ellos. Esta capacidad del terapeuta propicia que se disminuya la ansiedad de la familia, ya que los miembros experimentan una nueva forma de interactuar que no se basa en la triangulación; en realidad, no es fácil mantener esta posición en la interacción con la familia, porque cada miembro le insiste al terapeuta, directa e indirectamente, apoyar su opinión debido a que ésta es la forma habitual de relacionarse entre ellos: el involucrar constantemente a una tercera persona en su relación diádica formando una triada emocionalmente fusionada. El terapeuta se relaciona con la familia tanto en el nivel emocional como en el intelectual, pero sin ser dominado por su mecanismo de triangulación. Por medio de esta interacción con el terapeuta, la familia aprende que ellos mismos pueden establecer un vínculo estable fuera del dominio del funcionamiento emocional del *self*. Esto no quiere decir que la familia deba aprender a reprimir su emoción, sino que debe saber manejar su emoción por medio del funcionamiento intelectual.

Bowen plantea trabajar básicamente en una triada: los dos adultos más significativos de la familia (en general los dos padres) y el terapeuta mismo, porque en esta interacción los adultos logran incrementar su funcionamiento intelectual gracias a que el terapeuta se encuentra fuera de la "triangulación". Una vez que se obtiene estabilidad relacional entre los dos adultos claves de la familia, se logra también una disminución de estrés entre los otros miembros, ya que se decreta drásticamente la necesidad contextual de triangularse mutuamente. Los miembros de la familia, al tener a un terapeuta como mediador en el intercambio de opiniones, adquieren mayor aceptación respecto a la expresión emocional del otro (Yusa, *ibid.*, p.101). En el proceso terapéutico, el terapeuta se presenta a sí mismo como un "entrenador" que ayuda a los miembros para que obtengan la capacidad de usar el funcionamiento intelectual de su *self* en las interacciones familiares. Esta figura del terapeuta, planteada por Bowen, es muy distinta a la de otros terapeutas familiares como Minuchin, quien postulaba que el terapeuta se debía involucrar activamente en las interacciones habituales de la familia para evaluar la estructura relacional desde el interior del sistema.

En algunos casos, el terapeuta les pide a los padres que no intenten resolver sus problemas fuera de la sesión terapéutica debido a que considera que si la familia ha buscado la psicoterapia, es porque no puede establecer comunicación racional debido a que tiene un manejo deficiente de la ansiedad. Según Bowen, para la negociación y la colaboración es indispensable una comprensión racional del problema en la que ayuda la actitud tranquila y racional del terapeuta, mediador. (Yusa, *op cit*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*).

Yusa presenta el siguiente caso de Bowen. En primer lugar, el terapeuta pidió al esposo que explicara lo más objetivamente posible el progreso que había tenido desde la última sesión. Después, pidió a la esposa que hablara acerca de lo que ella pensaba mientras escuchaba la explicación de su esposo. A continuación, pidió al esposo su opinión sobre lo que había dicho su esposa. Cada vez que la pareja mostraba su emotividad de manera no controlada, el terapeuta les pedía a ambos que describieran racionalmente su emoción, así les prohibía las expresiones emocionales directas (Yusa, *op. cit.*).

Para la segunda etapa de la terapia, incluso llegó a invitar a tres o cuatro parejas juntas con objeto de aumentar el grado de diferenciación del *self* básico de cada persona, por medio de la observación mutua. El terapeuta discute con cada una de las parejas acerca de las relaciones con sus familias extensas mientras las demás parejas

observan la comunicación y las reacciones de otras parejas hasta que les toca su turno. En este proceso, las parejas no interactúan directamente entre sí, y el terapeuta debe saber controlar las reactividades emocionales entre ellas. Cada pareja profundiza la comprensión del proceso emotivo multigeneracional en su familia de origen, para lo cual es muy útil observar los casos de otras parejas (Yusa, *idem*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *idem*).

Aparte de la terapia con múltiples parejas, el modelo de Bowen sugiere realizar las sesiones individuales de cada padre. En este proceso, el terapeuta indica a cada individuo realizar una visita a su familia de origen con el fin de realizar una interacción destriangulante con sus miembros. En este proceso, cada persona tiene que observar objetivamente su propio proceso emocional. Se han informado varias experiencias positivas con respecto a esta actividad, mismas que propician el aumento en el reconocimiento del modelo de Bowen dentro del área. (Yusa, *op cit*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*).

### **3-2-4 La aproximación sistémica de la Escuela de Milán**

El cuarto modelo representativo que causó un gran impacto en la década de los años setenta es **el modelo sistémico de la escuela de Milán**. Es interesante observar que la terapia familiar, después de desarrollarse por más de dos décadas predominantemente en EUA, a finales de los años setenta empezó a recibir influencias de los terapeutas familiares de otros países como es el caso de Italia. La contribución de la escuela de Milán en esta década representa la expansión internacional del desarrollo teórico-práctico de la terapia familiar en aquellos momentos. Muchos terapeutas extranjeros aprendieron los conceptos desarrollados en EUA gracias a cursos de capacitación organizados en este país a partir de la década de 1960 y que fueron llevados a su propio país y desarrollados de manera original. El modelo de Milán es el caso representativo de esta expansión internacional, puesto que dio una contra-influencia en el área de la terapia familiar. Los investigadores de EUA que gozaban el liderazgo y el dominio del desarrollo teórico-práctico de la terapia familiar empezaron a prestar atención a los trabajos realizados en otras regiones del orbe.

La escuela de Milán estaba compuesta por cuatro integrantes: M. Selvini Palazzoli, G. Prata, L. Boscolo y G.Cecchin, cuyos planteamientos teóricos han cambiado en el transcurso del tiempo. Según mi análisis, el desarrollo del pensamiento terapéutico de

la escuela de Milán se pueden dividir básicamente en tres etapas<sup>39</sup>; 1- Formación de la **nueva terapia breve** basada en la visión estratégica de la consultoría de P. Watzlawick del MRI (1971-1978). El libro publicado en 1978 en inglés: **"Paradox and Counterparadox"** es representativo de esta etapa de la escuela de Milán. 2- Etapa de la Transición: revisión del fundamento epistemológico original y los nuevos planteamientos teóricos: **"hipotetizar, circularidad, neutralidad"**. El artículo publicado con este nombre en 1980 representa la transición del pensamiento terapéutico de la segunda etapa (1977-1980), 3- La **separación de los integrantes** en dos grupos (a partir de 1980). M. Selvini Palazzoli y G. Prata se concentraron en la investigación y en el desarrollo posterior de la primera línea del pensamiento terapéutico basada en la visión estratégica. Por otro lado L. Boscolo y G. Cecchin se enfocaron en la formación de otros terapeutas y desarrollaron una nueva visión terapéutica con base en el planteamiento sistémico de Bateson.

En realidad, existe una diferencia epistemológica importante entre el planteamiento de la primera etapa y el de la segunda, pero esta diferencia no se comprendió claramente en el momento en que se presentó el artículo mencionado de 1980.

Me da la impresión de que dentro del mismo grupo de Milán existía una ambigüedad al respecto debido a las diferencias de opiniones entre los integrantes en el momento en que publicaron el artículo mencionado puesto que en él, los tres nuevos conceptos: neutralidad, circularidad, e hipotetizar se presentaron como las ideas que explican más claramente el modelo previamente planteado en la mencionada escuela. Sin embargo, Boscolo y Cecchin explicaron posteriormente que dichos conceptos fueron planteados tras revisar y modificar las bases epistemológicas del primer modelo desde una perspectiva diferente: la batesoniana (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, s/f, p27).

Esta descripción de dos autores del grupo en 1987, me hizo pensar que en el artículo de 1980 los tres nuevos conceptos fueron presentados con base en la visión y la

---

<sup>39</sup> Hay varios autores que observan dos etapas en el desarrollo de la escuela de Milán consistentes en un antes y un después de la separación del grupo. Desde mi punto de vista, es más ilustrativo dividir el proceso en tres etapas donde la segunda consiste en cierto cambio epistemológico surgido en el grupo. Wakasima, K., K. Sato y H. Misawa (2003) también tienen esta visión.

comprensión del líder del grupo, Mara Selvini quien tomaba estos conceptos como una profundización del planteamiento anterior, más que como un resultado de la revisión epistemológica. Sin embargo, la historia posterior mostró la importancia de comprender dichos conceptos en relación con el cambio epistemológico mencionado, puesto que justamente este planteamiento tuvo resonancia relevante en el desarrollo de nuevos pensamientos terapéuticos de otros autores en el área durante la década de los años ochenta. Según la descripción de Lynn Hoffman y Peggy Penn, el cambio epistemológico de Cecchin y Boscolo se puede nombrar como: "de la epistemología estratégica a la batesoniana".

Considero que en el área de la terapia familiar también ha existido una confusión al respecto, debido a este contexto histórico. He visto varios terapeutas familiares que utilizan "la connotación positiva" planteada en la primera etapa de Milán y "la circularidad" de la segunda etapa como dos conceptos que integran el mismo pensamiento terapéutico sin tener una claridad con respecto a la diferencia epistemológica subyacente entre estos dos conceptos. Estas experiencias me hicieron pensar que el cambio epistemológico ocurrido entre la primera y la segunda etapa de Milán no está comprendido ampliamente en el área, o por lo menos en el caso de México en este momento.

Esta confusión es comprensible al considerar la ambigüedad de la propia escuela de Milán que se observa en la discrepancia entre la descripción del artículo de 1980 y la de 1978<sup>40</sup>(Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *op. cit.*). A su vez, creo que hubo una condición contextual que contribuyó a esta ambigüedad: la evolución del pensamiento terapéutico de Milán se dio en un período relativamente corto, mientras que los lectores apenas comprendían los planteamientos de la primera etapa de Milán a partir del libro publicado en 1978 (Paradoja y Contraparadoja), dos de los cuatro integrantes de esta escuela, Boscolo y Cecchin, y a buscaban modificar las bases epistemológicas de su primer planteamiento (a partir de 1977)<sup>41</sup>(Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *idem.*). Cuando presentaron los tres conceptos de la segunda etapa de Milán en el artículo de 1980, los lectores generales apenas habían tenido dos años para digerir los

---

<sup>40</sup> El libro de "Paradoja y Contraparadoja"

<sup>41</sup> La explicación de Cecchin y Boscolo descrita por Penn y Hoffman.

planteamientos de la primera etapa de Milán; además, esta misma escuela no aclaraba la revisión epistemológica subyacente en la elaboración del artículo de 1980. Me parece importante tener en cuenta este contexto histórico para comprender las contribuciones del grupo de Milán en sus distintos momentos.

### **3-2-4-1 La primera etapa de la escuela de Milán: el planteamiento del nuevo modelo terapéutico desde la perspectiva estratégica**

#### **a) Antecedentes**

En 1967, Mara Selvini Palazzoli organizó a un grupo de ocho psiquiatras para tratar niños gravemente perturbados junto con sus familias. Entre estos ocho integrantes se encontraban L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata. El trabajo del grupo se basaba en la visión psicodinámica y en el proceso hubo varias discusiones con respecto a la manera de aplicar conceptos psicoanalíticos a las familias. Los terapeutas se frustraban mucho por los resultados de este trabajo, porque las terapias se prolongaron demasiado y no pudieron ver las mejoras esperadas. Al parecer, las familias estaban satisfechas porque seguían asistiendo a las sesiones a pesar de la ausencia de mejoría (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *op. cit.*).

En esta situación decepcionante los integrantes del grupo se interesaron en el tratamiento y la investigación de las familias de los pacientes psiquiátricos, realizadas por los investigadores de EUA (los del grupo de Bateson y del MRI). Estos informes estimaban inadecuado el enfoque psicodinámico para comprender la dinámica familiar, porque su visión acerca de la patología se centraba en la dinámica intrapsíquica de cada paciente y no en la del grupo. Estas informaciones despertaron un nuevo debate dentro el grupo en cuanto a cuál es el mejor: entre el modelo psicoanalítico y el modelo sistémico. Y se estudió seriamente si ambos eran o no compatibles (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *idem.*).

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata consideraban que estos dos modelos eran incompatibles y decidieron escindirse del grupo original con el fin de trabajar exclusivamente en un marco que considerara a la familia de forma sistémica. En 1971 fundaron en Milán *el Centro per il Studio della Famiglia* recibiendo en sus comienzos la consultoría de Watzlawick del MRI (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *idem.*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *ibid.*, p.245-246).

## **b) La visión Estratégica Introducida por el MRI**

El grupo de Milán recibió en su inicio una influencia importante del MRI, especialmente del libro publicado en 1967 por Watzlawick *et al.*: "*Pragmatics of Human Communication, (Teoría de la Comunicación Humana)*". (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *ibid.*, p.21-23; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *idem*). Este libro fue escrito con base en una postura estratégica del MRI, según la cual existe la necesidad de introducir el doble vínculo terapéutico (la paradoja terapéutica) en el sistema familiar del paciente con objeto de contrarrestar la función paradójica y homeostática del sistema que resiste a cualquier cambio.

El grupo de Milán describe los instrumentos del análisis de la comunicación ofrecidos por el libro: "la Teoría de la Comunicación Humana" de la siguiente manera: "1- el concepto de contexto como matriz de los significados, 2- la coexistencia, en el hombre, de dos lenguajes: el analógico y el digital, 3- el concepto de secuencia en la interacción, 4- el concepto de necesidad de definición de la relación y los distintos niveles verbales y no verbales sobre los que puede darse tal definición, 5- el concepto de posición simétrica o complementaria en el vínculo, 6- los conceptos fundamentales de paradoja simétrica y paradoja terapéutica" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1998, p. 18).

Con base en esta visión realizaron el análisis y el estudio de la interacción con las familias de los pacientes psiquiátricos y plantearon el propio modelo terapéutico que implicaba varios conceptos originales tales como: 1- contraparadoja, 2- connotación positiva y 3- rituales familiares.

En cuanto a estos conceptos, después de la separación del grupo de Milán en 1987, Boscolo y Cecchin describieron que fueron simplemente la ampliación de los métodos introducidos por MRI. Por ejemplo, la "contra-paradoja" corresponde al "doble vínculo terapéutico" de este instituto, la "connotación positiva" a la "prescripción del síntoma" y

los "rituales familiares" a las "tareas estratégicas"<sup>42</sup> (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *op. cit.*).

Como se ha explicado anteriormente, el pensamiento terapéutico del MRI se basaba principalmente en el modelo homeostático dentro del cual el terapeuta fue considerado como un experto que planteaba las estrategias adecuadas para producir el cambio, pese a la "resistencia" de la dinámica familiar. Para comprender el modelo terapéutico de la primera etapa de la escuela de Milán, es muy importante tener claridad con respecto a esta influencia contextual.

Según Lynn Hoffman, "la postura notablemente antagónica del grupo de Milán" con respecto a sus clientes fue la influencia del modelo de Palo Alto que se basaba en la perspectiva estratégica. "Al principio, el grupo había centrado su atención en la resistencia del sistema", contra el cambio, tal como el pensamiento tradicional del MRI proponía y, "acorde con ello, presentaba a clientes y terapeutas casi como si fueran enemigos". La escuela de Milán expresaba el encuentro terapéutico en términos de "batallas secretas", "coaliciones desmentidas", "lances", "contraataques", "escaladas", "tácticas" y "maniobras". La autora consideró que en gran parte de este lenguaje se representaba un legado de la influencia que la teoría de los juegos y la teoría de las coaliciones ejercieron sobre el proyecto de Bateson, que se llevó a cabo durante la guerra fría. Argumentó: "los primeros textos del MRI rebosan de la terminología propia de aquel conflicto. Es posible que la guerra fría también haya proporcionado una analogía inconsciente para las descripciones de las transacciones esquizofrénicas y las transacciones entre terapeutas y familias." (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *ibid.*, p. 23).

En los principales conceptos del modelo de Milán se observan notoriamente las atenciones prestadas a vivencias y sentimientos de las familias en el proceso terapéutico (connotación positiva, rituales, etc), por lo tanto, estimo que hay varios terapeutas que tienen una imagen de esta escuela como de ser más "humana o cálida".

---

<sup>42</sup> En sentido estricto, Lynn Hoffman fue quien escribió esta descripción con base en las entrevistas realizadas con estos autores: p21-23.

Sin embargo, al mismo tiempo de que existían estas atenciones, en su base epistemológica se observaba la perspectiva estratégica que consideraba la interacción terapéutica con las familias como una batalla o el juego en donde una de las dos partes gana y la otra pierde. En realidad, el objetivo terapéutico de la primera etapa de la escuela de Milán era que los terapeutas vencieran a la función homeostática del sistema familiar rígido, por medio de sus astucias estratégicas.

Con base en esta contextualización sobre la primera etapa de la escuela de Milán, revisaremos los tres conceptos más importantes del modelo terapéutico del grupo en esta fase.

### **3-2-4-2 Familias con organización paradójica y la Contraparadoja como una estrategia del terapeuta**

La escuela de Milán consideraba que el síntoma del paciente identificado es el resultado de la dinámica familiar que contiene una paradoja en su organización. Bajo esta visión planteó que el trabajo clínico de los terapeutas era introducir una **contraparadoja** en estas familias para romper la función homeostática que les imposibilitaba cualquier intento de cambio (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, *op. cit.*).

Para comprender la necesidad de una contraparadoja, es indispensable entender el aspecto paradójico de la familia rígida, el cual es originalmente planteado por el grupo de Bateson y el MRI. El aspecto paradójico de la familia está profundamente relacionado con su función homeostática, porque la familia busca el cambio del síntoma del hijo y al mismo tiempo muestra las interacciones destinadas a anular cualquier intento de cambio con respecto a las reglas familiares preestablecidas.

El “**juego familiar**” es un concepto importante para comprender el modelo terapéutico de Milán. Ellos utilizaron esta metáfora al darse cuenta de que en la dinámica familiar se observaban una serie de reglas de interacción que cada miembro obedecía en forma no explícitamente comunicada. Esta dinámica se parecía a un juego en el que cada miembro se mueve con autonomía, bajo ciertas reglas comunes a las que otros participantes también obedecen. La escuela de Milán conceptualizó la función homeostática del sistema en relación con el juego familiar, o sea con una serie de reglas interaccionales establecidas dentro de la familia. Un observador comprende el

significado del movimiento de cada participante sólo cuando capta las reglas del juego a las que está obedeciendo (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *idem*).

Al explicar la dinámica paradójica de las familias de los pacientes psiquiátricos, la escuela de Milán relacionó el concepto del juego familiar con la **transacción esquizofrénica** planteada originalmente por el grupo de Bateson. Las reglas interaccionales existen en cualquier familia, sin embargo, la diferencia entre una familia rígida y otra no rígida es que en la primera existe una prohibición implícita de metacomunicarse entre los miembros, acerca de las reglas relacionales. Este tipo de imposibilidad para definir y aclarar las reglas familiares es frecuente en las familias de los pacientes psiquiátricos, por lo que se llama **una transacción esquizofrénica** a la interacción familiar caracterizada por descalificar y rechazar cualquier intento de definir las relaciones y las reglas (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *idem*).

La transacción esquizofrénica imposibilita que surjan cambios en el juego familiar, porque si uno quiere cambiarlo tiene que comunicarse con otros al respecto, haciendo una pausa en el juego. Sin embargo, si existe una regla predominante que prohíbe metacomunicarse entre los miembros, para ponerse de acuerdo acerca de la pausa necesaria, los participantes quedan obligados a mantener el juego preestablecido. En este contexto a los miembros les queda prohibido no solamente la metacomunicación, sino también el poder salir de este juego. En caso de que uno de los miembros muestre la posibilidad de salir del juego, los demás miembros reaccionan de tal manera que el primero se ve obligado a regresar al juego original. En las familias con el juego caracterizado por la transacción esquizofrénica se desarrolla la organización paradójica, en donde hagan o no un esfuerzo por cambiar, de todos modos las acciones y las reacciones de los miembros de la familia están al servicio del mantenimiento de la organización familiar (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *idem*).

El grupo dio varios ejemplos en cuanto al movimiento homeostático de la familia en su libro de 1978. Verbigracia, en dos familias se observó que el noviazgo de uno de los hijos coincidió con la intensificación de la amenaza de ruptura de la relación de los padres, que ya se había venido presentando crónicamente en la familia. Esta situación imponía la redistribución de los papeles establecidos en la familia y en este proceso la ejecución de acciones y reacciones garantizaban la prosecución del juego preestablecido. El noviazgo del hijo representaba para la familia la salida de un miembro del sistema, en ese mismo momento, la crisis relacional de los padres se iba

intensificando. Parece que este conflicto conyugal obligó a los hijos a involucrarse más activamente que antes en las relaciones familiares. En esta situación familiar, uno de los hijos llegó a desarrollar un comportamiento esquizofrénico, lo cual fue interpretado por el grupo de Milán como el resultado de la interacción familiar, en la que la lealtad de los distintos miembros al juego familiar funcionó al punto de hacerse necesaria la aparición de dicho síntoma en un miembro. Pienso que esto se interpretó así debido a que a partir de la aparición del síntoma, los miembros reiniciaron una estrecha interacción sin tener que definir, ni discutir acerca de las diferencias latentes en sus relaciones (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *ibid.*, p. 49-51).

Las familias no rígidas muestran la capacidad de sus miembros para meta-comunicarse entre sí, por lo que si surge un suceso que inquieta a uno de ellos, pueden señalarlo explícitamente. Sin embargo, en el caso de las familias rígidas con transacción esquizofrénica, cuando surge alguna amenaza en su organización se desarrolla una dinámica destinada a la homeostasis entre los miembros, sin poder abrir una solución alternativa más que mantener lo preestablecido. El grupo de Milán analizó este proceso de la siguiente manera: "lo que todos obedecen son las reglas del juego, y que el juego se perpetúe a través de amenazas y contraamenazas, entre las que figura una potentísima: que algunos se separen y dejen el campo" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *ibid.*, p. 50).

Esta característica del sistema familiar rígido resulta ser paradójica en la situación terapéutica, ya que al mismo tiempo que la familia busca el cambio del síntoma del hijo, ejerce su influencia para reforzar el juego establecido, al ver la incitación del terapeuta hacia el cambio. La familia pide al terapeuta analizar la situación familiar relacionada con el síntoma del paciente identificado, al mismo tiempo que muestra su resistencia al respecto. El grupo de Milán explicó esta dinámica en relación con las reglas de juego establecidas en la familia.

Bajo esta visión, la escuela de Milán planteó la importancia de introducir un **tratamiento contraparádójico** en las familias de los pacientes psiquiátricos para contrarrestar la paradoja de dichas familias. Una característica importante del juego paradójico de la familia es el anular el intento de cambio de cualquier persona. Watzlawick *et al.* describieron la paradoja como un juego en el que los participantes obtienen el mismo resultado (o sea, se pierden) hagan lo que hagan. Si un terapeuta no está consciente de esta dinámica paradójica igualmente se queda insatisfecho con su trabajo terapéutico.

Dentro de esta comprensión, el cargo del terapeuta es plantear un **juego contraparádójico** en el que "la familia cambie haga lo que haga".

### **3-2-4-3 Connotación positiva: un concepto que facilita la prescripción del síntoma**

Este concepto representa una de las contribuciones más importantes de la primera etapa de la escuela de Milán. A su vez, me parece que es uno de los conceptos más ambiguamente comprendidos por los terapeutas familiares. He visto que varios de mis colegas están usando este concepto como "una validación de los recursos de la familia" sin comprender la lógica subyacente del tratamiento paradójico. Es importante comprender que este concepto fue planteado por el grupo de Milán con el fin de realizar exitosamente la intervención paradójica originalmente planteada por el MRI: **la prescripción del síntoma**.<sup>43</sup> En la prescripción del síntoma el terapeuta tiene que dar una indicación paradójica al paciente para mantener o intensificar su síntoma sin cambiarlo (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, *op cit*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*).

La escuela de Milán apoyaba esta intervención paradójica con base en su comprensión sobre las tres características del sistema: 1- la totalidad, 2- la función homeostática y 3- la función de transformación. Cada aspecto es igualmente importante para el funcionamiento del sistema. El grupo comprendía que si el terapeuta impulsaba la capacidad de transformación del sistema, la familia respondía intensificando su aspecto homeostático para equilibrar este movimiento. En este sentido, lo que debe hacer el terapeuta es impulsar la función homeostática de la familia, para que ésta misma pueda encargarse de la transformación por la ayuda del equilibrio organizacional. Es decir lo que el terapeuta tiene que hacer es decirle a la familia: "sigan manteniendo el síntoma". Pero este mensaje puede sonar un tanto irónico en el proceso terapéutico, por lo que para facilitar este proceso la escuela de Milán planteó "**la connotación positiva**" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *op cit*, p.68-70).

---

<sup>43</sup> No digo que esta definición de "connotación positiva" es mejor que la de "una validación de recursos de la familia". Pero me parece importante saber la intención original de la escuela de Milán al plantear este concepto.

La connotación positiva se refiere a la evaluación positiva, que hace el terapeuta de la familia, de una conducta que por lo general se consideraría patológica o "enferma" (Simon, Stierlin y Wynne, *op. cit.*). En general esta connotación se plantea bajo la siguiente visión: "todos los comportamientos observables aparecen inspirados por el común deseo de mantener la unión y la cohesión del grupo familiar" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, *op. cit.*, p. 67-79). La sugerencia del terapeuta: "es mejor no cambiar" puede tener una justificación lógica si éste logra connotar positivamente la interacción actual de la familia en relación con la presencia del síntoma.

Para mostrar un ejemplo de connotación positiva, planteo el caso ficticio de una adolescente (María) que muestra varios comportamientos problemáticos tales como robo, rebeldía, agresividad, etc. Después de explorar la interacción familiar estereotipada, el terapeuta puede connotar positivamente la dinámica familiar diciendo lo siguiente:

"Estamos impresionados por los esfuerzos que muestra cada miembro de esta familia para mantener la unión familiar. Observamos una gran sensibilidad por parte de María en su voluntad de ingeniar tantos problemas conductuales dentro y fuera de la casa. Antes de dichos problemas, los padres estaban distanciándose mucho debido a que, gracias al ascenso del padre en el trabajo, se incrementó sobremanera su ocupación. María, quien es admirablemente sensible, captó la necesidad contextual de la familia de ofrecer un tema importante que obligara a los miembros a comunicarse. La unión familiar no debe quedar lastimada debido a algo que ha sido "bueno" para todos como es la promoción laboral del padre.

Al principio nos parecía: lástima que María estaba sacrificando su reputación social y la oportunidad de experimentar una nueva vida independiente, pero al comprender los beneficios producidos en la familia por sus actos altruistas, nos dieron ganas de felicitarla en lugar de intentar cambiarla.

A su vez, estamos muy impresionados por la colaboración y la sensibilidad mostradas por los padres al mantener la cohesión familiar introducida con las actitudes de María. Los dos han apoyado la intención de su hija al secundar la comunicación de forma intensa, lo que ha incrementado la unión familiar.

Bajo esta comprensión, nuestra sugerencia es que la familia siga interactuando de la misma manera sin cambiar las reglas familiares actuales, puesto que nos parece conmovedor la pasión depositada por la familia en el mantenimiento de la unión familiar."

En realidad, la construcción del mensaje de connotación positiva es sumamente delicada y difícil. Hay ocasiones en las que incluso la familia se siente burlada por los terapeutas. Sin embargo, el grupo de Milán informó la potencia movilizadora de este método en la dinámica de las familias rígidas. Al principio, el grupo sólo connotaba positivamente el síntoma del paciente identificado, pero después empezaron a hacer lo mismo con comportamientos de todos los miembros de la familia. Esto resultó así porque cuando el terapeuta connotaba en forma positiva únicamente el síntoma del PI, se creaba una sensación de connotar negativamente los comportamientos de otros miembros. En cuanto a este punto el grupo explicó que "de hecho lo que connotamos como positivo es la tendencia homeostática del sistema y no las personas" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *ibid.*, p.71). Esta explicación de los autores nos aclara que la connotación positiva debe hacerse sobre la organización familiar en su conjunto además de que debe evitarse que implique la culpabilidad de alguna parte del sistema en forma individual.

Aparte de la justificación lógica para una prescripción del síntoma, en la connotación positiva se observan otras funciones terapéuticas importantes. En primer lugar, por medio de este mensaje el terapeuta puede reencuadrar que el comportamiento sintomático del PI es voluntario y cambiante. Esta visión suele ser impactante para la familia, porque ellos llegan a la terapia con la idea de que el síntoma surgió espontáneamente de forma incontrolable. En segundo lugar, la familia se queda obligada a estar en una situación paradójica en donde debe cuestionar el por qué una cosa tan buena como la cohesión familiar deba necesitar la presencia del problema. (Goldenberg I., y H. Goldenberg, *op. cit.*, p. 253) En tercer lugar, la escuela de Milán menciona que la connotación positiva ofrece a la familia una metavisión respecto de la organización familiar (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *ibid.*, p. 68). Para las familias con la transacción esquizofrénica que muestran dificultad para metacomunicarse, es una experiencia importante escuchar el mensaje del terapeuta que implica una metacomunicación sobre su interacción.

### 3-2-4-4 Rituales

"Los rituales familiares" son una técnica terapéutica original de la escuela de Milán que se describe como: "una acción o una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *ibid.*, p. 109). Esta técnica fue planteada bajo la preocupación específica acerca del cómo cambiar las reglas del juego y la epistemología de las familias con transacción esquizofrénica, sin recurrir a las explicaciones, a la crítica, en sustancia, al instrumento lingüístico.

El grupo conceptuaba dos niveles distintos del patrón interaccional de la familia: el de acción y el de descripción. Con base en el estudio de Piaget acerca de la evolución epigenética del ser humano<sup>44</sup>, la escuela de Milán planteó que para llegar a una descripción verbal del nuevo juego aprendido es indispensable una previa adaptación conductual de esto. Así consideraron que:

"el preponderante componente analógico es por su naturaleza mucho más apto que las palabras para unir a los participantes en una poderosa vivencia colectiva y para introducir una idea básica compartida por consenso... Contrariamente a las frases, a los lemas, a los que los individuos pueden hacerse impermeables mediante la desatención selectiva, los rituales son bastante más eficaces para inculcar, por ejemplo, la idea básica de la unión, de la cooperación, del aporte al bien común. Cada rito, en efecto se impone (en el pasaje de signo a señal y de señal a norma) por su carácter normativo, es decir por la exigencia de normatividad inherente a una acción colectiva donde el comportamiento de todos tiende a un único fin" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *ibid.*, p.110).

En conclusión, el ritual familiar es la prescripción ritualizada de un juego cuyas normas nuevas, tácitamente, sustituyen a las precedentes.

---

<sup>44</sup> Según ellos la idea de Piaget se resume: "la capacidad de realizar operaciones concretas precede a la capacidad de realizar operaciones formales; la capacidad de "centrar" los procesos perceptivos precede a la capacidad de "descentrarlos", y así realizar operaciones abstractas".

Como un ejemplo del uso de ritual, el grupo describió detalladamente el caso de la familia con una paciente adolescente diagnosticada de anorexia grave (el caso de Nora). En el proceso terapéutico se identificaba la existencia de un clan familiar en donde la familia nuclear y sus familias extensas establecieron una relación sumamente estrecha. Debido a esta relación no podía --ni debía-- existir ningún secreto entre ellas (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *ibid.*, p. 96-111).

En las primeras nueve sesiones, las intervenciones se enfocaba a la indagación de las relaciones entre la familia nuclear y el gran clan, y también en empujar a la familia a la "rebelión" con respecto a esta relación con el clan, por medio de aclaraciones verbales o prescripciones. A partir de la cuarta sesión la PI mostraba el progresivo abandono del síntoma, y en la novena sesión el grupo planteó suspender el tratamiento. Sin embargo, cuatro meses después la PI tuvo un intento de suicidio y se quedó internada en reanimación.

En la primera sesión después de este incidente en donde la PI no participó por su hospitalización, el grupo se dio cuenta de la resistencia de la función homeostática del sistema, porque el padre confesó que en septiembre el clan se había mostrado hostil ante la idea de volver a la terapia. La hermana de la PI reveló que la PI tenía miedo de estar con su prima Luciana porque le daba la impresión de que la perseguía desde hacía años. Esta prima tenía la misma edad que la PI y su apariencia era fea. La PI era una chica sumamente guapa. Estas dos tuvieron una relación estrecha en su niñez. El grupo planteó una hipótesis acerca del mito que existía en esta familia: "¿cómo osaba pensar que la prima no quería a la PI? Si percibía a la prima como hipócrita, envidiosa y mala, quizás era porque la PI era maligna, envidiosa y mala" (Selvino *et al, idem*). Al identificar esta dinámica familiar, el grupo decidió abstenerse de cualquier comentario verbal y en lugar de eso prescribió un ritual.

El equipo aprovechó la situación dramática en que se encontraba la familia para que se cumpliera, y prescribió un ritual que implicaba dos cosas simultáneamente: 1- prescripción de nuevas interacciones, 2- prescripción de "la patología" detectada en la familia: "la fidelidad al mito".

Plantearon que estaban muy preocupados por la dramaticidad de la situación, pero sobre todo porque parecían aflorar hostilidades con respecto al gran clan, mismas que ponían en peligro las buenas relaciones, esenciales para el bien de todos. Después de

dar este mensaje que protegía la función homeostática del sistema, prescribió el siguiente ritual.

"Durante dos semanas anteriores a la próxima sesión, tendrían que atrancar la puerta todas las noches de los días impares, después de la cena. Los cuatro miembros de la familia tendrían que sentarse alrededor de la mesa del comedor, sin ningún otro objeto más que un despertador que se ubicaría en el centro. Cada uno de los miembros de la familia, por turno y por orden de edad, tenía a disposición 15 minutos para hablar. Podrían expresar sus propios sentimientos, impresiones y observaciones con respecto a las conductas de los miembros del clan. Quien no tuviese nada que decir debía quedarse en silencio todo el tiempo que se le había asignado, así como también el resto de la familia. En cambio, cuando uno hablaba, todos deberían escuchar. Se prohibía todo comentario, gesto, expresión mímica, interrupción. Estaba también absolutamente prohibido retomar el tema fuera de la hora fijada. Todo debía limitarse a la reunión nocturna, ritualmente estructurada. Con respecto a los miembros del clan, se prescribió un redoblar de cortesías y servicios" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *ibid.*, p. 107).

Después de esta sesión, la familia siguió el ritual y mostró un cambio drástico tanto en sus relaciones como en la apariencia de la PI casi irreconocible. Los miembros de Milán observaron el enorme efecto terapéutico de los rituales que permitieron romper las reglas rígidamente establecidas en la organización familiar.

### **3-2-4-5 El equipo terapéutico y el uso de la cámara de gesell como un método de la intervención**

La escuela de Milán planteó una idea innovadora para la terapia familiar: **el equipo terapéutico**. La terapia se realizaba por un equipo de cuatro terapeutas, dos mujeres y dos hombres. En general, uno o dos terapeutas (en caso de dos, un terapeuta hombre y otra mujer) entraban en la sesión junto con la familia, y los terapeutas restantes observaban la sesión desde el otro cuarto por medio del **espejo de la vista unidireccional**. Anteriormente a esto, los investigadores del MRI ya habían empezado a usar este tipo de espejo en la terapia familiar, pero su uso se realizaba principalmente con el objetivo de la investigación, y la escuela de Milán fue la primera que planteó claramente el uso del espejo unidireccional como un método estándar de la intervención. Al mismo tiempo señaló que la unidad básica de la terapia no es el terapeuta individual

sino un equipo terapéutico compuesto por cuatro integrantes (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *op cit*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*).

En el inicio de la primera sesión el terapeuta, quien atiende directamente a la familia, le informa la presencia del equipo detrás del espejo; eventualmente el terapeuta sale de la sesión para discutir el caso con el equipo y, en colectivo, proponer la dirección terapéutica. Posteriormente, el terapeuta regresa con la familia y les comparte el mensaje construido con el equipo. (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *op. cit.*) Esta forma de trabajar es actualmente el formato estándar en varias instituciones de la terapia familiar, independientemente de que use o no el modelo terapéutico de Milán.

### **3-2-4-6 Terapia Breve a Largo Plazo**

Una característica importante de la escuela de Milán son las sesiones terapéuticas espaciadas. La terapia debe realizarse una vez al mes, siendo diez el número total de sesiones lo cual resulta relativamente escaso. Es decir, la terapia se extendía hasta más o menos un año, pero solamente con diez sesiones. Por esta razón, el modelo terapéutico de Milán se describía como “**la Terapia Breve a Largo Plazo (Long Brief Therapy)**” (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *op. cit.*). Este formato fue originalmente planteado dada la conveniencia de varios de los consultantes que, al vivir lejos, tenían dificultades para visitar el centro con mucha frecuencia. Al ver el efecto benigno de esta forma de trabajar, el grupo de Milán argumentó que es adecuado poner un espacio temporal relativamente prolongado entre una sesión y otra para que una familia rígida pueda asumir el cambio introducido en las reglas relacionales por la terapia. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *op. cit.*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*).

El manejo en la frecuencia de sesiones terapéuticas era peculiar, porque una vez que se determinaba, el equipo terapéutico nunca le daba a la familia una sesión extra ni aceptaba atenderla antes de la fecha determinada. Con base en la idea sistémica, la escuela de Milán consideraba que estas demandas representaban la función homeostática de la familia, y que el terapeuta debía mantener su postura sin ser influenciado por las reacciones homeostáticas. Aun cuando la familia le solicitaba dar una sesión extra por una razón dramática, por ejemplo, un miembro se intentaba cortar el pene en ese momento, etcétera, el equipo terapéutico mantenía su postura original

de no aceptar ninguna excepción (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *op cit*; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, *op cit*; Goldenberg I. y H. Goldenberg, *op. cit.*).

### **3-2-4-7 La Estructura de las Sesiones Terapéuticas**

Cada sesión terapéutica se desarrolla regularmente en cinco partes:

1. La presesión.
2. La sesión.
3. La discusión de la sesión.
4. La conclusión de la sesión.
5. El acta de la sesión.

En la presesión los terapeutas se reúnen en equipo para discutir el caso; si ello sucede en la primera sesión, la discusión se basa en las informaciones obtenidas en la primera comunicación vía telefónica. En la ficha elaborada por comunicación telefónica se escriben los siguientes contenidos: 1-nombre de la familia, 2- derivada por, 3- dirección, 4- fecha de llamadas, 5- nombre, edad, estudios, profesión del padre, 6- de la madre, 7- de los hijos por orden de edad, 8-fecha de matrimonio, 9-otros convivientes eventuales y su grado de parentesco, 10-problema, 11- nombre de quien llama, 12- observaciones, 13- información de quien deriva. A partir de la segunda sesión, la discusión se basa en el expediente de la sesión precedente (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *op. cit.*, p. 19-28).

En la segunda parte (sesiones terapéuticas) se realiza una entrevista con la familia. Esta tiene una duración generalmente de una hora, aunque varia, dependiendo del caso. En esta parte, el equipo terapéutico recolecta nueva información y observa el modo como se suministra la misma para poder captar las reglas del juego peculiares para esta familia. Los terapeutas no informan inmediatamente a la familia los fenómenos observados en la sesión y retienen todo como guía para la intervención final. Los autores describen: "si los observadores notan que uno u otro de los terapeutas se desconciertan o confunden a causa de las maniobras de la familia, golpean a la puerta y llaman a uno u otro de los terapeutas a la cámara de observación donde les comunican sugerencias y consejos aptos para provocar en ellos reacciones esclarecedoras. No es raro que un terapeuta salga espontáneamente en busca de ayuda (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, *op. cit.*, p. 25)".

En la tercera parte (discusión de la sesión), el equipo se reúne atrás del espejo y discute acerca de la sesión y toma decisiones acerca de cómo conducir a la familia.

En la cuarta parte (conclusión de la sesión), los terapeutas asignados vuelven con la familia y generalmente le dan un breve comentario de lo observado o una prescripción construida por el equipo. Los comentarios y las prescripciones suelen ser elaborados con el fin de que la familia se encuentre en una situación paradójica al escucharlos o realizarlos.

Estos son los conceptos que representan el modelo terapéutico de la escuela de Milán en la primera etapa (antes de la publicación del artículo mencionado de 1980). La descripción de la segunda etapa de esta escuela será la tarea de un trabajo posterior, cuando aborde el desarrollo de la misma escuela durante la década de los años ochenta. La escuela de Milán es famosa por los tres conceptos mencionados en el de 1980, la neutralidad, hipotetizar, la circularidad, pero en el presente trabajo, que abarca solamente hasta los años setenta, no incluyo estos conceptos por fines estratégicos de exposición. Es decir, me parece mejor revisar dichos conceptos posteriormente en relación con las diferencias en las bases epistemológicas que subyacen entre la primera etapa y la segunda etapa de esta escuela. En el siguiente capítulo se realizará un análisis comparativo de los cuatro modelos representativos de la década de 1970.

## CAPÍTULO 4

### EL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS CUATRO MODELOS TERAPÉUTICOS

En este capítulo realizo el análisis comparativo de los cuatro modelos presentados en el capítulo anterior. Siendo todos modelos representativos de la terapia familiar de los años setenta, se observan entre ellos ciertas similitudes y diferencias. Basándose en algunos conceptos claves, revisaremos estos aspectos para profundizar nuestra comprensión acerca de estos modelos desde una óptica distinta.

#### 1-1 Diferencias en el modo de enfocarse para la resolución del problema

Los cuatro modelos consideran comúnmente que el síntoma del paciente se desarrolla en relación con la organización familiar total y no atribuyen al síntoma un carácter patológico individual, que pueda ser considerado independiente del contexto relacional. Pese a esta visión común, entre los cuatro modelos se observan diferencias en cuanto al modo en que se enfocan en el problema para lograr un cambio sistémico del síntoma. Dependiendo del tipo de enfoque de cada uno de estos modelos, varía el antídoto planteado para obtener la resolución terapéutica del síntoma. Estas diferencias quedan resumidas en el siguiente esquema.

	<b>MRI: Terapia Breve</b>	<b>Minuchin: Modelo Estructural</b>	<b>Bowen: M. Multi-generaci onal</b>	<b>Milán: Terapia breve a largo plazo</b>
<b>Se enfoca en el problema de: (para ellos, el problema "es";)</b>	Soluciones intentadas por la familia.	Disfunción de la estructura familiar.	Falta de la diferenciación del <i>self</i> de los integrantes.	Dinámica familiar paradójica y la transacción esquizofrénica.
<b>Antídoto planteado</b>	Introducción de una <b>solución alternativa</b> del problema en el sistema.	El <b>cambio</b> de la Estructura Familiar.	<b>Aumentar</b> el grado de la <b>diferenciación del self</b> de los miembros.	Se libera a la familia de la dinámica paradójica por medio de la <b>intervención contra-paradójica</b> .

Según el modelo del MRI, el “problema” de la familia se mantiene en razón de que ella da una solución estereotipada, de allí que el terapeuta introduzca una solución alternativa para que desaparezca el síntoma del sistema. En el caso del modelo estructural, la existencia del síntoma es considerada en relación con la estructura relacional disfuncional de cada familia, por lo que dicho modelo busca generar un cambio al respecto. Bowen considera que el síntoma surge en relación con el sistema emocional de cada familia, caracterizado por el bajo grado de diferenciación del *self* de sus miembros. En la primera fase, se busca recuperar el grado de diferenciación del *self* en el nivel funcional a través de la disminución de la ansiedad contextual de la familia, y en la segunda, la recuperación del *self* básico de cada individuo por medio de la profundización de la comprensión de cada miembro en cuanto a su propio funcionamiento intelectual y el emocional. Según la escuela de Milán, el síntoma es la representación de la dinámica paradójica de cada familia, por lo que el terapeuta debe intervenir contra-paradójicamente para poder ayudarles a que salgan de este juego relacional estereotipado que las atrapa.

Observo una diferencia entre el modelo de Bowen y los tres modelos restantes en cuanto al modo de buscar un cambio terapéutico. Me parece que los tres modelos se enfocan básicamente en el cambio organizacional del sistema y en ellos el desarrollo individual de cada miembro queda en segundo término o no es cuestionado dentro del proceso terapéutico, cosa que sí acontece en el caso del de Bowen. El del MRI busca interrumpir el círculo interaccional estereotipado mediante la identificación y la sustitución de las soluciones intentadas ineficientemente por otras alternativas. El estructural atiende el cambio de la estructura relacional. El de Milán busca cambiar las reglas relacionales paradójicas que atrapan a la familia en la transacción esquizofrénica. En cambio, el modelo de Bowen considera la evolución individual como un factor decisivo en la mejoría terapéutica. Busca que cada persona adquiera un grado de diferenciación del *self* cada vez más alto. Bowen considera que el cambio organizacional de la familia se da cuando los dos adultos más significativos en ella logran un mejor funcionamiento del *self*. En este sentido, sí existe la misma preocupación por el cambio organizacional de la familia en este modelo, pero éste pasa a segundo término. El aumento del funcionamiento del *self* de los adultos se logra por medio de un proceso de des-triangulación que se genera en la interacción entre el terapeuta y estas dos personas. Gracias a la intervención del terapeuta, que no les permite la operación triangulante, los padres aprenden a relacionarse sin tener necesidad de triangular a un tercer individuo en su relación. El modelo de Bowen es el

único que se preocupa directamente por el desarrollo del *self* de cada individuo. En este sentido se observa cierta continuidad teórica con el modelo psicodinámico tradicional.

#### **4-2 La evaluación de la mejoría terapéutica**

En este aspecto también se observa una diferencia significativa entre el modelo de Bowen y los tres modelos restantes. El modelo del MRI, el estructural y el de la escuela de Milán consideran que la desaparición del problema planteado por la familia (el síntoma) es un indicador para saber si el proceso terapéutico planteado fue el adecuado o no. En cambio, el modelo de Bowen plantea una meta terapéutica aparte de dicha desaparición: el mejoramiento del funcionamiento del *self* básico de cada individuo en la interacción familiar. Este aspecto del modelo de Bowen está relacionado con el fundamento de la teoría psicodinámica tradicional, en el sentido de que el modelo reconoce una mayor importancia en la resolución del "problema fundamental", aparte de la resolución propia del síntoma presentado. La teoría psicodinámica busca cambiar la estructura intrapsíquica del paciente, y no necesariamente atiende en un primer término la desaparición del síntoma, en razón de que para ellos la cuestión del síntoma queda resuelta a partir de que el problema fundamental logra ser mejorado.

El MRI ha criticado mucho el concepto del "problema fundamental" planteado en la teoría psicodinámica; de acuerdo con el MRI el modelo psicodinámico tiene el riesgo de poner al paciente en una situación paradójica, en la cual, a pesar de que éste se sienta mejor que antes, no pueda ser reconocida su vivencia hasta que el terapeuta autoriza "la verdadera recuperación" del paciente. Según los autores del MRI, debido a este encuadre paradójico, el trabajo clínico del modelo psicoanalítico tiende a extenderse durante un período exageradamente prolongado.

Me parece importante recalcar el fragmento histórico en el que se dio esta discusión, en la que había diferencias en cuanto a la forma de evaluar la mejoría terapéutica entre el modelo psicodinámico y el modelo sistémico del MRI.

### 4-3 Miembros invitados en la terapia

Con base en el concepto de totalidad del sistema, los cuatro modelos plantean que la asistencia del paciente sintomático no necesariamente es una condición indispensable para la terapia. A pesar de este punto en común, entre estos modelos existen diferencias en cuanto al criterio para decidir cuáles miembros de la familia deben ser invitados en las sesiones terapéuticas. Estas diferencias se pueden resumir en el siguiente esquema:

MRI	ESTRUCTURAL	BOWEN	MILÁN
- Los que tienen <b>mayores quejas</b> con respecto al problema planteado.	- <b>Toda la familia</b> en el momento inicial. - Los <b>subsistemas disfuncionales</b> en las sesiones posteriores, para fortalecer su funcionamiento.	- <b>Toda la familia</b> en el momento inicial. - Los <b>dos adultos más significativos</b> en la organización de la familia (Suelen ser los padres del PI).	-En principio, <b>Toda la familia.</b> Puede variar de acuerdo a la situación familiar.

En general, hay una tendencia a invitar a toda la familia en el inicio de la terapia, independientemente de la postura del terapeuta con respecto al manejo del procedimiento posterior, debido, en parte, a que muchas familias consideran que es mejor que todos los miembros asistan dado que se trata, precisamente, de terapia "familiar". Los terapeutas sistémicos consideran que el síntoma del PI es una expresión del movimiento ocurrido dentro del sistema total, por lo que "invitar a toda la familia" puede ser considerado como el movimiento terapéutico importante: "descentralizar al PI".

El MRI trabaja básicamente con los miembros que tienen mayores quejas con respecto al problema planteado, es decir, con los que han intentado activamente solucionar el problema. Estos autores ponen mucho énfasis en cuanto al *dictum* de que "si no hay queja, no hay problema", lo que contraria al concepto tradicional del diagnóstico psicodinámico-psiquiátrico. Con base en la reflexión histórica, que ve que el criterio del diagnóstico de la enfermedad mental se ha modificado a lo largo del tiempo, el MRI

considera riesgosa la actitud del terapeuta que busca un "problema fundamental", aparte de aquel por el cual cada consultante ha solicitado ayuda terapéutica.

Por ejemplo, la homosexualidad se consideraba como una enfermedad mental hace dos décadas, mientras que actualmente podemos hablar de una aceptación social a partir de que se considera la libertad en la preferencia sexual. Cuando un consultante viene con la solicitud de modificar su "depresión", resulta un abuso de los derechos humanos el que el terapeuta le obligue al paciente a cambiar su "preferencia sexual", porque ello va más allá de lo que constituye la queja del consultante, y tal posibilidad de abuso se basa en un criterio del terapeuta acerca de una enfermedad mental.

El MRI plantea que el terapeuta debe ser un profesional que ha de saber ayudar a modificar la molestia consultada por el consultante, pero no debe ser alguien que intente corregir un aspecto de la vida del consultante, a partir de un disgusto o molestia personal del terapeuta, ya sea por sus creencias personales o, llanamente, por su gusto. Con base en esta idea, el MRI plantea que la terapia es para quienes sufren molestias en su vida, y no para quienes sean identificados por el terapeuta como afectados de una enfermedad, una patología, a partir de un criterio predeterminado cualquiera. De aquí la definición: "si no hay queja, no hay problema." Por lo tanto, se invita a que los miembros que se preocupen únicamente del problema planteado. En este sentido, muchas veces se invita a los padres, que son quienes muestran preocupación acerca de la conducta problemática de su hijo, en lugar de invitar al hijo de esa pareja.

En el caso del modelo estructural, el terapeuta busca determinar la función estructural del síntoma dentro de la organización familiar total. En este sentido este modelo tiene una mayor predisposición a invitar a toda la familia a las sesiones terapéuticas, con el objetivo de resolver el síntoma dentro de la organización total. A su vez, se plantea la resolución estratégica de un aspecto disfuncional específico de la estructura familiar. En este sentido, se invita a los subsistemas que tengan una debilidad funcional marcada, con el fin de fortalecer su función en forma focalizada.

En el caso del modelo multigeneracional, como lo he señalado, se invitan a los dos adultos más significativos de la organización familiar; ellos en razón de que Bowen considera que, si se aumenta el grado de diferenciación del *self* de estas personas, se disminuye su necesidad de triangular en su relación a un tercer miembro, lo cual le da

mayor oportunidad a la familia de destriangular a un miembro sintomático (quien, por lo demás, suele ser el hijo). Esto favorece a la disminución del síntoma del PI.

En el caso de la escuela de Milán, igual que el modelo estructural de Minuchin, se tiene mayor tendencia a invitar a toda la familia a las sesiones terapéuticas. Incluso se considera que en un mensaje contraparádójico, mismo que representa la connotación positiva, se deben incluir los comportamientos de todos los miembros de la familia. Aunque esta regla no es tan estricta, y varía dependiendo de la situación familiar de cada momento.

Me parece interesante observar estas diferencias en cuanto a la determinación de los miembros que han de ser invitados a la terapia. A su vez me llama mucho la atención la similitud práctica entre estos cuatro modelos, pese a sus diferencias conceptuales. En los casos en los que el individuo sintomático de la familia es uno de los hijos, los terapeutas de todos los modelos terminan por invitar únicamente a los padres, en lugar de invitar al hijo señalado por la familia como problemático.

El argumento en el que se sustenta la forma de invitar, en la que se llama solamente a algunos de los miembros de la familia, es diferente entre cada uno de los modelos, pero el caso es que terminan por realizar el mismo proceso, que podemos conceptualizar como de descentralización del paciente identificado.

Esta forma de analizar las similitudes y diferencias entre los modelos terapéuticos me lleva a aproximarme a mi duda fundamental con respecto al efecto terapéutico de la terapia familiar: ¿por qué se logra un efecto favorable en los pacientes con el mismo síntoma en la terapia familiar, a pesar de que existen tantas diferencias en la concepción y la explicación de la dinámica terapéutica entre los distintos modelos? En esta tesis no se busca determinar la respuesta a esta pregunta de manera específica, pero creo que la presente reflexión en sí nos ayuda a profundizar en el cuestionamiento que flota dentro de la amplia área de la salud mental de la sociedad actual.

#### 4-4 El énfasis en el presente como un punto común entre los modelos y el uso de los datos del pasado como un punto de divergencia

Entre estos cuatro modelos se reconoce el interés común en el cambio del patrón actual de la relación familiar. El MRI busca modificar el patrón interaccional de la familia representado en la solución actual del problema. Minuchin intenta producir el cambio en la estructura familiar actual. Bowen busca cambiar el patrón conductual de la familia dominada por su reactividad emocional. La escuela de Milán pretende modificar la dinámica familiar estereotipada en el contexto actual. En este sentido, se puede decir que para trabajar clínicamente los cuatro modelos comparten el énfasis en el presente de la familia. A su vez se observan **diferencias** en cuanto al trato del **pasado de la familia**. Estas diferencias se pueden resumir en el siguiente esquema:

	MRI	ESTRUCTURA L	BOWEN	MILÁN
Los datos del pasado.	<p>x</p> <p>-Básicamente se consideran no necesarios. - Se explora el pasado de la familia en relación con la solución intentada por sus miembros.</p>	<p>x</p> <p>-Básicamente se consideran no necesarios. - Se explora la relación entre el inicio del síntoma y el cambio del ciclo vital.</p>	<p>o</p> <p>-Se exploran activamente para identificar el patrón repetitivo multigeneracionalmente.</p>	<p>□</p> <p>-Se exploran para identificar el mito familiar que rige las reglas relacionales actuales de la familia. - Las creencias familiares se consolidan por medio del tiempo.</p>

Como se observa en este esquema, el modelo del MRI básicamente no explora el pasado de la familia. Hay ocasiones en las que las familias cuentan su historia al definir el problema o al explicar las soluciones que han intentado, y en este caso el terapeuta no prohíbe el que lo hagan, pero tampoco considera como un proceso indispensable el explorar el pasado de la familia. Incluso la solución intentada no se considera como propia del pasado de la familia, sino como una parte de su círculo interaccional actual.

Con respecto a los datos del pasado, el modelo estructural también tiene básicamente la misma postura que la del MRI. Minuchin (1999, p. 138) menciona que "la terapia estructural de la familia es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar ni interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y el funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente." La atención con respecto al paso del tiempo se realiza en relación con el ciclo vital de la familia. Se cuestiona en qué etapa del ciclo vital se estableció el patrón interaccional actual, pero no se consideran particularmente importantes los datos pasados de la familia.

En su inicio la escuela de Milán fue fuertemente influida por el MRI en este sentido. Desde esta perspectiva se considera importante enfatizar la dinámica familiar actual. Se busca asimismo que mediante la intervención contra-paradójica se produzca alrededor del síntoma un cambio organizacional en la dinámica actual de la familia. Sin embargo, también se interesa en la exploración de los datos del pasado para conocer el mito familiar que regula la interacción familiar presente.

El modelo multigeneracional de Bowen explora activamente los datos del pasado. La construcción de genograma es un procedimiento estándar de su modelo. Por esta razón éste es clasificado por algunos autores como "la aproximación histórica". Bowen busca cambiar el patrón interaccional actual de la familia por medio de la comprensión de la transmisión multigeneracional de la diferenciación del *self* y del patrón estereotipado del sistema emocional en la familia de origen de ambos padres.

#### **4-5 El énfasis en el cambio de la acción**

Originalmente el MRI planteó una crítica contra el planteamiento psicodinámico de que el "verdadero *insight*" del paciente fuera el factor decisivo en el cambio terapéutico. Contra esto, el MRI planteó que el cambio conductual no necesariamente se producía debido a que el paciente comprendiera o se diera cuenta de su "verdadero" complejo o trauma infantil. Con base en esta línea de pensamiento, el MRI planteó la importancia de explorar "lo que hace la familia alrededor del problema", en vez de explorar lo que piensa y sabe que ha hecho en su pasado".

Debido a este contexto histórico el MRI pone mucho énfasis en describir la familia en términos de su manifestación conductual. Se considera que el efecto terapéutico se debe evaluar con base en un cambio conductual concreto de la familia, y no por lo que el paciente informa que "es".

El modelo del MRI no necesariamente busca que el paciente comprenda el problema de la misma manera en que el terapeuta lo comprende. En lugar de esto, el terapeuta busca colocar al paciente en un contexto donde se le constriñe a cambiar su conducta, independientemente de su conocimiento, o de la consideración que tenga acerca del problema. La intervención paradójica representa claramente esta postura del terapeuta.

Por otro lado, el modelo estructural también pone énfasis especial en la acción. Plantea la importancia de exigir a la familia que interactúe de una nueva manera, ello tanto en las sesiones terapéuticas, como en su contexto cotidiano. Para esto, el terapeuta les da a los distintos miembros de la familia tareas estratégicas entre sesiones, al tiempo que les pide dramatizar frente al terapeuta tanto las interacciones estereotipadas como las nuevas. El cuestionamiento de la realidad de la familia, el de la estructura y el del síntoma, eran realizados en relación con la acción concreta de la familia.

Tanto el MRI como Minuchin rompieron el esquema convencional de la psicoterapia representada en la teoría psicodinámica: en primer lugar debe darse un cambio en la "conciencia" del paciente por medio del "*insight*", entonces se modificará naturalmente el comportamiento del paciente. En lugar de este esquema, las propuestas del MRI y de Minuchin planteaban un nuevo esquema que ponía énfasis en la acción: primero se debía buscar un contexto que permitiera cambiar el comportamiento y luego, a lo mejor, se cambiaría la comprensión o el pensamiento del paciente respecto de su acto.

Me parece relevante aclarar que tanto el MRI como Minuchin consideraban importante la explicación que cada paciente tenía acerca de su propio comportamiento, esto es, ambos modelos mostraban un interés especial en la lógica, la explicación y la comprensión que el paciente tenía acerca de su propia conducta. Porque la comprensión de los pacientes sintomáticos permitía al terapeuta identificar la dinámica interaccional estereotipada de sus familias. Lo que estos modelos negaban era la lógica psicoterapéutica tradicional de poner la "comprensión intelectual" o el "*insight*" del paciente como un paso previo e indispensable en la promoción del cambio conductual.

En este sentido, la postura de Bowen era muy distinta. Él ponía mucha importancia en que los miembros de la familia "comprendieran" racionalmente su propio comportamiento para poder cambiarlo efectivamente. Bowen planteaba que cada persona debía comprender el funcionamiento de su propio *self*, y debía esforzarse que el funcionamiento intelectual del *self*, representado en esta comprensión, se reflejara en su comportamiento. En este aspecto también se observa cierta similitud entre el modelo de Bowen y la terapia psicodinámica tradicional.

La postura de Milán es interesante dentro de esta comparación, puesto que este grupo inició su desarrollo con base en la premisa planteada por el MRI. En este sentido en su postura se observa un énfasis en la acción, como queda representado en la idea de la paradoja y el ritual familiar. Sin embargo, también se observa una atención y un interés en la modificación de la comprensión de la familia como un paso previo al cambio conductual. Por ejemplo, la connotación positiva se planteaba como la introducción en la familia de una meta-observación acerca de su dinámica interaccional, independiente del significado paradójico que esta técnica establece.

De esta manera, entre los cuatro modelos representativos de la década de los años setenta se observan puntos similares y puntos diferentes. Estas diferencias representan la diversificación del pensamiento terapéutico en el área de la terapia familiar sistémica.

## CAPÍTULO 5

### REFLEXIÓN SINTÉTICA DEL DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR DURANTE LAS PRIMERAS TRES DÉCADAS

La reflexión histórica del desarrollo de los modelos en la terapia familiar me hizo comprender que el pensamiento terapéutico se ha diversificado constantemente; es decir, que han surgido formas diversas de conceptualizar e intervenir distintos tipos de problemas psicológico-emocionales semejantes, dentro de la misma vertiente de la aproximación sistémica. Me parece importante recalcar que a pesar de esta diferencia, cada una de las posturas ha clamado ser efectiva para solucionar los problemas que trata, al tiempo que ninguna de las formas de concepción ha alcanzado un reconocimiento definitivo que excluya a las otras formas de pensar por alguna evidente ventaja clínico-profesional. Es decir, esta diversidad del pensamiento, en sí, constituye la realidad actual de la psicoterapia. A pesar de esto, en la historia de la terapia familiar no ha habido muchas reflexiones acerca de esta diversidad y del significado de la misma para la profesión de la salud mental.

En este último capítulo quiero volver a abordar esta diversificación del pensamiento terapéutico desarrollando un análisis sobre el significado de la misma para nuestra profesión. Para empezar revisaré, en forma resumida, los cambios epistemológicos introducidos por la aproximación sistémica de la terapia familiar. Trataré de responder a la siguiente pregunta: ¿qué significado marcó en su inicio este nuevo planteamiento sistémico dentro de la amplia área de la psicoterapia? Con el fin de exponerla didácticamente, comienzo mi reflexión a partir del inicio del modelo médico a finales del siglo diecinueve, luego el del modelo psicoanalítico y continuo con el inicio de la terapia familiar en los cincuenta.<sup>1</sup>

A finales del siglo diecinueve, los médicos como Griesinger o Kraepelin propusieron considerar a la locura como una enfermedad. Anteriormente, las personas con dificultad

---

<sup>1</sup> Cabe recalcar que esta historia es contada a grandes rasgos en lo que respecta al área de la terapia familiar, y probablemente dentro de otras aproximaciones terapéuticas, tales como el psicoanálisis o la gestalt, se planteen otras formas de narrar los mismos años.

mental eran consideradas como poseedoras de alguna suerte de maldad espiritual, por lo cual no había para ellas un concepto de "cura médica". Ante este muy prejuicioso ambiente, los primeros psiquiatras insistieron en la posibilidad de aplicar a los enfermos el paradigma médico de aquella época, de allí que se pusiera énfasis en la investigación de la causa patológica determinante de la dificultad mental. Para poder lograr la cura médica, el interés de los profesionales dedicados al tratamiento de la enfermedad mental se centraba en los defectos orgánicos de los pacientes, lo que permitiría eliminar adecuadamente esas causas.

En este contexto, para comprender la enfermedad mental, el fundador del psicoanálisis, Freud, planteó un paradigma diferente. Él conceptuó la dificultad mental como el resultado de un suceso traumático en la infancia de cada paciente. Consideró que el problema traumático permanecía en el nivel inconsciente de las personas y les perturbaba en años posteriores. Ello fue desarrollado de esa forma porque en cuanto los pacientes lograban recordar y confesarle al terapeuta algún suceso traumático de su pasado, desaparecían algunos de sus síntomas.

A pesar de las diferencias existentes entre el paradigma médico y el psicoanalítico, ambos se basaban en la causalidad lineal, dado que, para la curación, ambas buscaban eliminar la causa original de la enfermedad mental. El interés del paradigma médico se centraba en la búsqueda de un factor orgánico que distinguiera a los pacientes psiquiátricos de las personas "sanas", y el del psicoanálisis buscaba un trauma guardado en el inconsciente, de tal suerte que ambos paradigmas planteaban que la eliminación de esas causas favorecería la mejoría de los síntomas psiquiátricos.

Antes de que se introdujera el paradigma sistémico-cibernético, los dos marcos epistemológicos mencionados eran los referenciales dominantes para los problemas psicológicos. Especialmente el psicoanálisis se hacía de un importante prestigio en el área con respecto al tratamiento de los pacientes neuróticos, aunque con los psicóticos no necesariamente lograban los resultados esperados. Por otro lado, el paradigma médico ofrecía varios datos empíricos que les hacían ilusionarse acerca de su aproximación a la causa originaria de la enfermedad mental, pero no lograba plantear un tratamiento efectivo para ningún tipo de pacientes psiquiátricos.

Durante los cincuenta, se introdujo el paradigma sistémico-cibernético en el estudio de la enfermedad mental. Este planteamiento representaba un cambio epistemológico

importante en la comprensión de la enfermedad mental. Básicamente podemos plantear tres puntos centrales que nos permiten explicarlo.

Por un lado, se abrió la posibilidad de localizar la causa de la enfermedad psiquiátrica fuera del individuo, y se la ubicó en las relaciones personales. Por medio de esta idea, algunos investigadores explicaron razones por las que recaían frecuentemente los pacientes psiquiátricos cuando regresaban a su casa después de obtener una mejoría durante la hospitalización. Los profesionales de la salud mental observaron la influencia del contexto interrelacional del paciente en la aparición del síntoma; especialmente el grupo de Bateson planteó que el discurso "ininteligible" del paciente esquizofrénico podía tener una función interaccional importante si lo ubicamos dentro del contexto familiar.

Por otro lado, con base en la teoría general de los sistemas y en la cibernética, se empezó a considerar al síntoma psiquiátrico como una parte de una causalidad circular, representada por la interacción entre todos los integrantes de la familia. Los sistémicos plantearon que la resolución del problema podía lograrse mediante el cambio de la organización presente de la familia del paciente. Esta resolución se basaba en el cambio en la circularidad interaccional entre los miembros, y no en la eliminación del origen del problema. El paradigma sistémico señalaba que el intento de determinar y de eliminar la causa original del problema no necesariamente aseguraba la transformación de la estructura relacional y vigente del paciente. Se consideró que mientras que el paciente estuviera ubicado dentro de una organización, éste seguiría manifestando el que fuera el comportamiento "adecuado" respecto de esa estructura relacional. Para que un paciente dejara de manifestar su comportamiento sintomático, debería de cambiar la organización interaccional en donde se ubicaba ese individuo. Con base en esta idea, los terapeutas trataron de conceptualizar de forma abstracta la estructura relacional de la interacción familiar del paciente, misma que mantenía el síntoma en su organización interior, de acuerdo con la causalidad circular. Esta forma de ubicar la causa o el problema de la enfermedad mental, fuera del paciente individual y dentro de la interacción relacional, representó un cambio epistemológico importante, mismo que fue introducido por el planteamiento cibernético-sistémico. A partir de ese punto los clínicos de esta orientación se sintieron liberados de manera relevante de la misión insaciable de buscar una causa original del problema en el pasado o en el factor orgánico de cada paciente.

El epistemólogo representativo de la terapia familiar sistémica, Bateson, se refirió de la siguiente manera a su contribución, reseñando la del psicoanálisis: "La psicología freudiana expandió hacia el interior el concepto de mente, incluyendo en ella la totalidad del sistema comunicacional que se encuentra dentro del cuerpo: lo autónomo, lo habitual y la amplia gama de procesos inconscientes. Lo que yo sostengo expande la mente hacia el exterior." (Bateson, G., 1998, p. 492)

Contra el paradigma médico que centraba su interés en los defectos biológicos, físicos y fisiológicos de los pacientes, el paradigma psicoanalítico amplió el interés de los clínicos psiquiátricos más allá del cuerpo orgánico observable, mediante la introducción del concepto del inconsciente. En el mismo sentido, el paradigma sistémico hizo una contribución al expandir el interés del profesional fuera del paciente individual. A partir de este planteamiento, se abrió la posibilidad de percibir la enfermedad mental dentro del contexto interaccional actual del paciente, sin tener que determinar la causa original del síntoma.

De esta manera, podemos decir que los primeros dos puntos que representan el cambio epistemológico introducido por el paradigma sistémico son: la ubicación del problema en el contexto interrelacional y fuera del individuo y la causalidad circular en lugar de la lineal.

En relación con esto, quiero plantear el tercer punto importante para el cambio epistemológico introducido por la visión sistémica, mismo que se relaciona con la temporalidad. Tanto el paradigma médico como el psicoanalítico se basan en la causalidad lineal, en la que la situación actual de un individuo se explica con base en un suceso causante que tuvo lugar en el pasado. Es decir, para comprender el presente necesariamente debemos referirnos al pasado. Contra este marco epistemológico, el paradigma sistémico planteó la atemporalidad del formato explicativo del sistema, y bajo esta visión el problema actual se comprende en relación con la organización actual del sistema. Lo que mantiene la organización sistémica es la causalidad circular continuamente presente. En el caso de la familia, lo que mantiene cierta estructura interaccional estereotipada de la misma son las participaciones continuas de los miembros que se vuelven mutuamente causales. De esta manera, el paradigma sistémico planteó explicar el síntoma del paciente psiquiátrico en relación con el contexto contemporáneo de la persona.

El cambio epistemológico representado en estos tres puntos son mi respuesta a la primera pregunta: ¿qué significado marcó en su inicio este nuevo planteamiento sistémico dentro del área de la psicoterapia? La visión sistémica ofreció al estudio de la salud mental una forma distinta de comprender las llamadas "enfermedades mentales". La introducción de esta idea fue tanto enriquecedora como polémica, puesto que teóricamente confrontaba a los marcos establecidos y dominantes de los cincuenta.

La historia de la terapia familiar señala que la asimilación de las ideas sistémicas no ha sido fácil, incluso para los mismos investigadores que intentaron aplicarlas en las prácticas clínicas. Han surgido diversas formas de aplicación que no necesariamente fueron compatibles una con la otra.

A varios clínicos les costaba mucho trabajo percibir el fenómeno que se relacionaba con la enfermedad mental bajo una visión "genuinamente" circular o sistémica. Por ejemplo, para hablar del contexto interaccional del paciente, algunos clínicos planteaban conceptos tales como "la madre esquizofrenizante" o "padres con comunicaciones paradójicas". Estos conceptos obligaban a recargar la responsabilidad causante de la supuesta enfermedad del paciente únicamente en manos de algunos de los miembros de la familia, culpabilizándolos. Esta forma de conceptualizar la relación familiar proviene de una visión en la que es eficiente la causalidad lineal, en tanto que se considera que la causa determinante de la enfermedad del hijo es la interacción patológica de la madre o de los dos padres. Esto fue así porque, en términos generales, la formación académica de nuestra época actual está basada en la causalidad lineal y no estamos acostumbrados a ver el mundo de manera circular. Los pioneros de la investigación lucharon y sufrieron para lograr describir la dificultad psicológica de los individuos dentro del contexto interaccional en un sentido "genuinamente" circular o sistémico.

En las primeras dos décadas se desarrollaron las tres grandes líneas de la aplicación de los conceptos sistémicos. Por un lado, el MRI se enfocó en la idea del circuito informacional y planteó que el síntoma funciona para mantener el círculo interaccional preexistente de la familia en forma de la homeostasis. Los clínicos con esta orientación trataban de visualizar abstractamente un círculo interaccional en la relación familiar del paciente. Por otro lado, Salvador Minuchin propuso utilizar la metáfora de la estructura familiar para conceptualizar las relaciones familiares, y planteó modificarla para obtener el cambio en el síntoma del paciente identificado. El rasgo distintivo de ambas líneas fue que, mientras el planteamiento estructural trataba las diferencias del poder

existentes en cada miembro de la familia por medio del concepto de la jerarquía familiar, el del MRI no incluía estas diferencias de poder en su construcción teórica<sup>46</sup>. Sin embargo, ambas líneas de pensamiento otorgaban al síntoma del paciente una función significativa en el mantenimiento de la organización actual de la familia. Por lo anterior, en ambos modelos se consideró importante cambiar esta organización para que el síntoma pudiera desaparecer. Se partió del principio según el cual los miembros de la familia actuaban de acuerdo con las reglas organizacionales de la interacción familiar, más allá de su voluntad y pensamiento individual. De esta manera se plantearon dos líneas concretas de aplicación de las ideas sistémicas en la comprensión de las enfermedades mentales.

En cambio, la tercera línea de pensamiento, la de Bowen, era un poco diferente. Este autor tomaba en cuenta dos niveles distintos de factores desencadenantes del síntoma. Por un lado, consideró que la falta del desarrollo óptimo del *self* propiciaba el problema psicológico del paciente; al mismo tiempo, planteó que el contexto interaccional del paciente tenía influencia tanto en el desarrollo como en el desequilibrio del funcionamiento de su *self*. En este sentido, este autor propuso ayudar al paciente en estos dos niveles: tanto en la modificación de la organización relacional de la familia del paciente, como en el alentar a los miembros a mejorar el funcionamiento intelectual de su *self* para aumentar el grado de la diferenciación del mismo. Aparte de esto, Bowen planteaba la transmisión multigeneracional del grado de la diferenciación del *self*. Bowen no parecía típicamente sistémico porque no tomaba muy en cuenta la atemporalidad planteada en el fundamento epistemológico de la visión sistémica y, además, en su comprensión terapéutica incluía un factor individual: el del problema del *self*. Sin embargo, se consideró sistémico porque explicó el desencadenamiento del síntoma psiquiátrico en relación con la interacción actual de cada paciente.

Como se observa en esta descripción, parece que la diversificación del pensamiento terapéutico se desarrolló en razón de la búsqueda de varios autores por encontrar formas adecuadas, y convincentes, de aplicar los principios establecidos en otras áreas de estudio, tales como la cibernética o la teoría general de los sistemas, para la explicación de los problemas psicológicos.

---

<sup>46</sup> Ignacio Maldonado, Comunicación Personal.

Además, parece ser que esta diversidad en las formas de aplicar los principios sistémicos se relacionaba con los antecedentes profesionales y personales de cada autor. Así, vemos que un investigador como Bowen, quien se había formado como psiquiatra psicodinámico, prefirió seguir refiriéndose a factores intrapsíquicos tal como el desarrollo del *self* al plantear su modelo terapéutico. En cambio, los autores del MRI o Minuchin, quienes no eran psiquiatras, plantearon sus pensamientos basándose meramente en la observación conductual, interaccional y actual de los pacientes. Se puede imaginar la mayor libertad de estos "autores no psiquiatras" respecto del compromiso moral de describir su planteamiento en relación con las teorías preestablecidas en su época. Me parece importante recalcar, pues, que en cada planteamiento terapéutico se observa una influencia relevante de la historia personal de su autor.

En relación con este tema, Yusa describe una visión interesante pues plantea que las diferencias prácticas teóricas entre el modelo de Minuchin y el de Bowen se debían, en parte, a las diferencias entre los tipos de pacientes atendidos por cada uno de estos autores. Mientras que Bowen veía a gente de clase media alta o alta en Washington, Minuchin trataba a personas pobres de zonas marginadas. Los clientes de Bowen tenían la tendencia a contar con una escolaridad relativamente alta, en cambio los de Minuchin, una escolaridad baja. Los clientes de Bowen encajaban bien en el método planteado por él, según el cual debían esforzarse por aumentar el funcionamiento intelectual de su *self*; contra esto, los de Minuchin necesitaban un tratamiento rápido y concreto, que ayudara a resolver los problemas emergentes y graves de la vida cotidiana. Para los clientes de Minuchin, "el invitar a reflexionar" no era un método viable ni adecuado; en lugar de esto, Minuchin tenía que prescribir una dinámica concreta y demostrativa en la que el cambio introducido debía ser fácil de percibir para la gente. La descripción de las relaciones familiares por medio de conceptos estructurales era totalmente adecuada y se requería en el trabajo con individuos marginados, ya que este método permitía visualizar fácilmente la ubicación del problema dentro de la organización familiar total.

Estas observaciones me hicieron reflexionar acerca de la necesidad de comprender y analizar cada planteamiento clínico en relación con el contexto personal de cada autor; puesto que cuando una persona trata de utilizar las propuestas sin saber el contexto en donde se originaron, se aumenta el riesgo de aplicarlas de manera inadecuada.

Desde el punto de vista histórico, los años sesenta se caracterizaron por la ampliación de los temas tratados por la aproximación sistémica. Debido a la naturaleza teórica del pensamiento sistémico, esta visión empezó a ser aplicada incluso para la comprensión de la dinámica comunitaria, puesto que los principios inherentes al sistema eran apropiados para los estudios de cualquier tipo de sistema, ya se tratara de un individuo, de una familia o de una comunidad.

En los sesenta, problemas comunitarios tales como la pobreza, eran temas de interés prioritario para el gobierno estadounidense capitalista, que competía con el régimen socialista en su eficiencia gubernamental. En este contexto, la visión sistémica empezó a ser descrita en relación con la solución de problemas comunitarios tales como la pobreza, la delincuencia, el mejoramiento de los servicios comunitarios, e tcétera. Me parece importante recalcar que la diversificación del pensamiento terapéutico también ha tenido mucho que ver con la demanda social y el interés político de cada momento.

Otro cambio epistemológico importante fue el cuestionamiento de la connotación patológica de los problemas emocional-psicológicos. Dentro de la amplia área de la salud mental este cuestionamiento se ha desarrollado poco a poco hasta llegar al momento actual. Creo que este tema, en parte, ha tenido que ver con el hecho de que la terapia familiar sistémica empezó a ser aplicada en la resolución de diversos temas en los que quedaron incluidos problemas no patológicos en el sentido tradicional, tales como el conflicto familiar, la rebeldía de los hijos, la falta de comunicación en la familia, entre otros. Esto fue así porque la visión sistémica en sí era un tanto innovadora, en el sentido de que las enfermedades psiquiátricas se planteaban en términos interaccionales, y no necesariamente como enfermedades en términos individuales, que distinguen a los individuos sanos de los patológicos. Este cambio de visión, desde la que enfoca en un problema individual hasta la que visualiza un problema relacional entre varias personas, implicaba un cuestionamiento radical de la definición tradicional del "problema mental". Dentro de este contexto histórico, los temas tratados en la terapia familiar se iban ampliando cada vez más, lo cual tenía cierta resonancia con el cuestionamiento antipsiquiátrico de aquella época, en el que se rechazaba la connotación patológica de los problemas psicológico-emocionales impuesta por los paradigmas preestablecidos de la salud mental.

De esta manera, la terapia familiar se insertaba cada vez más en el ámbito cotidiano de las personas, lo cual ayudaba a flexibilizar la visión despectiva de la sociedad con respecto a los individuos que buscaban ayuda profesional para sus problemas emocionales. Además, la denominación de "terapia familiar" invitaba a la gente a pensar que se trataba de un tratamiento para resolver problemáticas familiares, por lo que varias personas pedían una consulta sobre los conflictos relacionales existentes en su familia. En este mismo proceso, también se han realizado varios estudios sobre los problemas psiquiátricos, tales como las enfermedades psicósomáticas o la esquizofrenia, entre otras, y así, los planteamientos sistémicos han mostrado su aplicabilidad para una amplia gama de problemas humanos. Con base en esta reflexión, considero que la ampliación de los problemas consultados en la terapia familiar y el cuestionamiento de la distinción entre individuos patológicos y sanos también forman parte de la diversificación del pensamiento terapéutico desarrollada en esta área de estudio.

Al reflexionar sobre la década de los setenta, un tema relevante es el aumento de interés en la descripción del cambio. Esto se desarrolló en relación con el concepto de morfogénesis y el trabajo realizado por el MRI. Se cuestionó que la descripción del problema en sí, por detallada que esta fuera, no aseguraba la explicación del cambio, mismo que debía ser comprendido de acuerdo a su propia lógica. Me parece que a partir de los años setenta, en el área de la terapia familiar surgió esta nueva visión epistemológica, aunque no necesariamente llamaba la atención del área en este sentido. La psicoterapia es una profesión que se especializa en ayudar a que la gente logre cambiar algo de sí misma, y en la mayoría de los casos este cambio representa la desaparición del síntoma. A pesar de esto, muchas teorías psicoterapéuticas se preocupan más por la descripción acerca del cómo se originó o cómo es el problema y no por explicar cómo se puede generar una mejoría o el cambio esperado, y si ello llega a ser el caso, lo es en muy pobre medida.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> La propuesta conductista ya había ofrecido un modelo teórico que explicaba el mecanismo del cambio de manera concreta, pero excepto esta aproximación, observo en general la tendencia a describir más acerca del cómo del problema que el cómo del cambio.

Por ejemplo, dentro de la teoría psicodinámica, se describe muy detalladamente el cómo se ha desarrollado un problema intrapsíquico en el proceso de crecimiento del paciente. Hay muchas referencias acerca de cómo vive cada paciente el problema y el porqué de él y acerca de la manera en que ha llegado a este punto. Sin embargo, es notable la escasa descripción acerca de cómo generar concretamente la mejoría o el cambio. Creo que esto ha sido así porque dentro de la ciencia moderna se ha sostenido la idea de que dilucidar la causa de un problema nos dirige necesariamente a la comprensión acerca de su resolución. Nosotros sentimos que avanzamos mucho cuando obtenemos copiosa información relacionada con el problema, pero saber acerca del cómo del problema no necesariamente nos dirige al cómo del cambio.

Dentro del área de la terapia familiar, antes de los setenta, los investigadores trataban de describir el cómo de la organización sistémica que mantenía el problema de manera homeostática. Los investigadores buscaban describir este mecanismo lo más convincentemente posible y los clínicos hablaban mucho acerca de cómo funcionaba el síntoma dentro de la organización familiar actual. Contra esta tendencia general, en los setenta empezó a pronunciarse, aunque no llegó a ser necesariamente la tendencia principal, la necesidad de describir concretamente el mecanismo del cambio. Algunos autores se dedicaron a responder esta tarea, por ejemplo, según mi análisis, la terapia breve del MRI representaba este tipo de intento. Ellos observaron que el resultado diferente (el cambio) se obtenía necesariamente cuando uno realizaba una forma cualitativamente distinta de resolverlo. En esta premisa se observa una explicación concreta acerca del mecanismo del cambio.

Según mi opinión, en sentido estricto, el modelo estructural de Minuchin y el transgeneracional de Bowen no implicaban este tipo de cuestionamiento, porque su planteamiento se enfocaba más en explicar el cómo y el porqué del problema. Me parece "natural" que sea así, porque estos modelos establecieron sus fundamentos principales antes de los setenta, a diferencia de la terapia breve del MRI que fue planteada en los setenta. En este sentido, me llama mucho la atención que Minuchin publicara en 1981 un libro: "Técnicas de terapia Familiar", teniendo como co-autor a Fishman. Se trata de un libro en el que se explican varias técnicas para ayudar a generar el cambio estructural de la familia. Creo que esta fue la respuesta por parte del modelo estructural ante la necesidad contextual de explicar el mecanismo del cambio, ya que los fundamentos teóricos del modelo de Minuchin no abarcaban directamente este aspecto. Con base en estas reflexiones, en la década de los años setenta identifiqué

el surgimiento de una nueva visión epistemológica: la de exigir al modelo teórico el describir concretamente el mecanismo del cambio, en lugar de explicarlo concentrándose en el problema.

Considero que esta semilla, sembrada en la fértil tierra de la terapia familiar, se fue desarrollando paulatinamente en los años posteriores, puesto que observo que en la década de los ochenta se desarrolló una nueva forma de conceptualizar el cambio terapéutico. Para mí es una gran tentación considerar que el desarrollo de esta nueva tendencia epistemológica era inevitable, después del interés que se despertó en los setenta por describir el proceso terapéutico enfocándose en el mecanismo del cambio.

Como podemos ver en este re-relatar la historia de la terapia familiar, el pensamiento terapéutico se ha diversificado constantemente en el transcurso del tiempo. En esta diversificación se han observado varios factores influyentes tales como la historia personal de cada autor, el interés sociopolítico de cada momento, las diferencias de las condiciones sociodemográficas de los pacientes atendidos por cada autor, entre otros.

Dentro de todos los factores que han influido en la diversificación del pensamiento terapéutico, algo llamativo es la introducción demorada de las ideas desarrolladas en otras áreas de la ciencia. La cibernética y la teoría general de los sistemas se plantearon originalmente en los años cuarenta debido al interés por desarrollar la ciencia de control; posteriormente, en los cincuenta, se introdujeron en la comprensión del fenómeno psicoterapéutico. Además, la morfogénesis planteada dentro de la cibernética en 1960, se introdujo en la terapia familiar diez años después. De esta manera, la importación de las ideas desarrolladas en otras áreas de la ciencia ha sido una de las características más importantes en el proceso de la diversificación del pensamiento en el área de la terapia familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

Abbagnano, N. (1995)[1961], Diccionario de Filosofía, México d.f.: Fondo de cultura Económica.

Ackerman, N.W. (1971), "The Growing Edge of Family Therapy", Family Process, vol 10:p.143-156.

Bateson, G., (1997)[1979], Espiritu y Naturaleza, Buenos Aires: Amorrortu.

Bateson, G., Jackson, d., Haley, J. y Weakland, J. (1993) [1956], "Hacia una teoría de la esquizofrenia [Toward a Theory of Schizophrenia]". En Berger, M. (Comp.) Más allá del doble vínculo. Barcelona: Paidós.

Bateson, G. (1998)[1972], Pasos hacia una ecología de la mente, Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

Bateson, G. (1976), "Development of a theory: A History of Research Project" en Sluzuki, C. y Ransom, D.,(comp.), Double bind: The formulation of the communicational approach to the family., Nueva York: Grune and Stratton.

Berger, M. (Comp.) (1993)[1978], Más allá del doble vínculo. Barcelona: Paidós.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (s/f) [1987], Terapia Familiar Sistémica de Milán, Buenos Aires: Amorrortu.

Bowen, M. (1989) [1978], La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. 3 vols., Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer.

Duvall, E.R.(1967), Family Development, Philadelphia:J.B.Lippincott.

Griffin, W.A.(1993), Family Therapy, Fundamentals of Theory and Practice, New York; Bruner/Mazel.

Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (2000), Family Therapy. An Overview, Belmont:Brooks/Cole.

Haley, J. (1993)[1978] "Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas". En Berger, M. (Comp.) Más allá del doble vínculo. Barcelona: Paidós.

Haley, J. (comp) (1967). Advanced techniques and therapy: Selected papers of Milton Erickson, M.D., Nueva York, basic Book:1.

Haley, J. (1967). Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson. New York: W.W.Norton.

Haley, J. (1996) [1963], 戦略的心理療法[Strategy of Psychotherapy], Tokyo: Reimei Shobou.

Haley, J. (1977), "Toward a Theory of Pathological Systems", en P. Watzlawick y J. Weakland (comps.), The Internacional View, Nueva York, W.W. Norton, 1977.

Hasegawa, K., (1999), "パラドックス[Paradoja]", en Nihon Kazoku Sinrigakkai (Sup.), 家族療法事典[Enciclopedia of Family Psychology], Tokyo: Ed. Kanekoshobo; p240-241.

Hasegawa, K., (1999), "リフレーミング[reencuadre]", en Nihon Kazoku Sinrigakkai (Sup.), 家族療法事典[Enciclopedia of Family Psychology], Tokyo: Ed. Kanekoshobo; p292.

Hadley, T.R., T. Jacob, J. Milliones, J. Caplan y D. Spitz (1974), "The Relationship between Family Developmental Crisis and the Appareance of Symptoms en a Family Member", Family Process, vol. 13:p. 207-214.

Hill, R. (1964), "Methodological Issues in Family Development Research", en Family Process, vol. 3:186-204.

Hill, R , (1970), Family Development in Three Generations, Cambridge:Schenkman.

Hiraki, N. (1999), "一般システム理論 [La teoría general de los sistemas]", en Nihon Kazoku Sinrigakkai (Sup.), 家族療法事典[Enciclopedia of Family Psychology], Tokyo: Ed. Kanekoshobo; p12-13.

Hoffman, L. (1998) [1981], Fundamentos de la terapia familiar, México: Fondo de Cultura Económica. Trabajo originalmente publicado en 1981.

Hoffman, L. (1971) [1970], "Deviation-Amplifying processes in natural groups", en J. Haley (comp.) Changing Families: A family therapy reader, (285-311). Nueva York:Grunne & Stratton.

Jackson, D., (1974)[1960], Etiología de la esquizofrenia. Buenos Aires, Amorroto.

Kameguchi, K. (1999), "戦略派家族療法[La terapia familiar estratégica]" en Nihon Kazoku Sinrigakkai (Sup.), 家族療法事典[Enciclopedia of Family Psychology], Tokyo: Ed. Kanekoshobo; p197-198

Limón, Arce, G. (en prensa ), El giro interpretativo en la psicoterapia, México, Pax México.

Maldonado, M. I., (2001), "Experiencias en apoyo a políticas de prevención y tratamiento de la violencia familiar del GDF, Mex", en el *web page* de Family Process.

Maldonado, M. I., (2003), "Subjetividad, familia, comunidad y violencia", Sistemas Familiares (de Argentina), vol.19, no 3.

Minuchin, S. (1999) [1974], Familias y Terapia Familiar, Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S.y Fishman, H.Ch. (1998) [1981], Técnicas de terapia Familiar, Buenos Aires/Barcelona/Mexico D.F.

Minuchin S. et al. (1968). Familias of the Slums, Nueva York: Basic Books,.

Mora, F. (2001), Diccionario de Filosofía, Barcelona: Ariel

Nihon Kazoku Sinrigakkai (Sup.), (1999), 家族療法事典[Enciclopedia of Family Psychology], Tokyo: Ed. Kanekoshobo.

Ogami, J. (1998), "ダブルバインド理論の成立とその歴史[El planteamiento del doble vínculo y su historia]" en epílogo como traductor del libro, 人間コミュニケーションの語用論 [Pragmatics of Human Communication. [1967], Tokio: Niheisha (二瓶社);p308-327.

Okonogui, K. (1999), "精神医学の歴史と現状 (La historia y la situación actual de la psiquiatría) ", en Okonogui, K, et al, (comp.), 精神医学ハンドブック[Handbook de la Medicina Psiquiátrica], Tokyo: Ed. Sogensha.

Okonogui, K., Fukatsu C. y Ohno Y. (1999). 精神医学ハンドブック[Hand Book de la Medicina Psiquiátrica], Tokio: Ed. Sogensha.

Real Academia Española (1995), Diccionario de lengua española. Edición electrónica. Ver21.1.0, Madrid: Espasa Calpa.

Sabih, W. R. (1952), Design for a brain, Londres:Chapman y Hall.

Ashby, W.R. (1956), An introduction to cyberneticks, Londres: Methen.

Sato, E. (1999), "ヘイリー[Haley]", en Nihon Kazoku Sinrigakkai (Sup.), 家族療法事典 [Enciclopedia of Family Psychology], Tokyo: Ed. Kanekoshobo; p261

Schlanger, K., Watzlawick, P. (S/F) [Mecanoscrito entregado en MRI: 2000], Historia del Mental Research Instituto. Palo Alto.

Selvini-Palazzoli, M., Boscoso, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1998) [1978], Paradoja y Contraparadoja, Barcelona/Buenos Aires: Paidós.

Selvini-Palazzoli, M., L. Boscoso, G. Cecchin y G. Prata, (1980), "Hypothesizing-Circularity- Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session", Family Process, vol.19:3-12.

Simon, F.B., Stierlin H., y Wynne L.C. (1997)[1984], Vocabulario de la Terapia Familiar. Barcelona, Gedisa: 248-249.

Singer M.T. y L.C. Wynne, (1963), "Differentiating Characteristics of Parents of Childhood Schizophrenics, Childhood Neurotics, and Young Adult Schizophrenics", en American Journal of Psychiatry, núm. 120: 234-243.

Speer D. C. (1970), "Family systems: Morphostasis and morphogenesis, or Is homeostásis enough?", Family Process, vol.9: 259-278.

Stanton A.y M. Schwartz,(1954), The Mental Hospital, Nueva York: Basic Books.

Takaishi, N. (1996), palabras de presentación como el traductor del libro; Haley, J. (1996) [1963], 戦略的心理療法[Strategy of Psychotherapy], Tokyo: Reimei Shobou.

Troya, E. (2000), ¿De qué está hecha el amor? Organizaciones de la pareja occidental entre el siglo XX y el siglo XXI, Buenos Aires: Lumen.

Ushijima, T. (1995), "フロイトの生涯と精神分析[El psicoanálisis y la vida de Freud]", こころの科学, vol 61, Nihonhyouronsha

Yusa, Y. (1984), 家族療法入門 [Systems Approach in Family Therapy, Overview of theory and Practice], Tokyo: Seiwa Shoten.

Wakasima, K. y Hasegawa, K., (2000), よくわかる！短期療法ガイドブック [Brief Therapy: Theory & Practice], Tokio: Kongou Shuppan.

Wakasima K., K. Sato y H. Misawa. (2003) [2002], "家族療法から短期療法、そして物語療法へ—家族療法の歴史と展開 [De la Terapia Familiar a la Terapia Breve y hacia la Terapia Narrativa.-el Desarrollo y la Historia de la Terapia Familiar]", En K.Hasegawa y K. Wakasima (comp.), 事例で学ぶ 家族療法・短期療法・物語療法, Tokio: Kaneko Shobou.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1974b)変化の原理 問題形成と解決[Change Problem Formation and Problem Resolution], Tokyo: Hosei University Press.

Watzlawick, P., J.B. Bavelan y D. Jackson (1997)[1967], Teoría de la comunicación humana, Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. y G. Nardote, (2000)[1997], Terapia breve estratégica, Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Weakland, J. (1976), "The Double Bind Hipotesis of Schizophrenia and Three-Party Interaction", en C. Sluzki y D. Ranson (comps.), Double Bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family, Nueva York, Grune and Stratton.

Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974a), Brief Therapy: Focused Problem Resolution, Family Process, vol.13, 141-168.

Wittgenstein, L. (1951) Tractatus Logico-Philosophicus, New York: Humanities Press. citad en Cambio japonés : 155.

Wiener, N. (1961) Cybernetics, Cambridge, MA:M.I.T. Press.

## ÍNDICE ANALÍTICO

- Ackerman Institute, 45, 88  
Ackerman, Nathan, 1, 42, 45, 47, 48, 55, 69  
adicción a la hospitalización, 52  
American Orthopsychiatric Association, 40  
American Psychiatric Association, 40  
análisis holístico, 46  
APA, 40, 48  
Auerswald, E. H., 46, 49, 51  
axiomas pragmáticos, 57, 58  
Bateson, Gregory, 1, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 43, 45, 47, 49, 50, 53, 54, 55, 57, 59, 60, 63, 67, 69, 70, 71, 78, 80, 86, 88, 92, 93, 98, 105, 152, 154, 156, 157, 158, 181, 182, 190  
Beavin Bavelas, Janet, 57  
Bertalanffy, 46, 93, 95  
Birdwhistell, R., 57  
Bodin, 67, 99, 104, 105, 109, 110, 112, 194  
Bowen, M., 2, 3, 7, 39, 40, 41, 43, 45, 47, 48, 68, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 94, 96, 98, 99, 101, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 169, 170, 171, 173, 175, 176, 178, 184, 185, 188, 190  
Bowen, Murray, 1, 2, 3, 7, 39, 47, 88, 94, 133  
Cambio de primer orden, 3, 106  
Caplow, T., 82  
Centro de Terapia Breve, 67, 104  
cibernética, 46, 47, 51, 62, 92, 93, 94, 95, 96  
Cibernética, 2, 98, 101, 102  
ciclo de vida familiar, 68, 69, 76, 77  
Ciclo de vida familiar: Etapas, 76  
ciclos: de dependencia-socorro, 72; de sumisión-dominio, 72  
ciclos autorreforzantes, 60, 71  
ciclos de sumisión-dominio, 72  
circuito de información, 61  
círculo comunicacional, 59  
Coalición, 80  
comunicación no verbal, 57  
Configuración relacional familiar: Apoyo a la desviación, 84; Ataque a la desviación, 84; Triangulación, 84  
Configuración relacional familiar: Triada rígida, 83  
Conflictos parentales: Desviación de,, 83  
Conjoint Family Therapy, 56  
Connotación positiva, 3, 160  
contra-dobles vínculos, 65  
Contraparadoja, 3, 153, 157, 193  
Corte emocional, 90  
cultura de la pobreza, 73  
Davis, J., 82  
de Young, Carol, 52  
doble vínculo, 57, 63, 65, 69, 78, 79, 80  
Duvall, Evelyn, 76, 190  
efectividad terapéutica, 68

- El Cambio, la formación del problema y la resolución del problema*, 106
- enfoque de emergencia, 52
- enfoque estratégico, 60, 63
- Erickson, Milton, 1, 37, 38, 59, 66, 191
- Escuela de Milán, 3, 101, 151
- Estructura familiar: Características, 118
- estructural, 47, 48, 51, 68, 74, 75, 82, 88, 94, 95
- Estructural, 3, 98, 101, 116, 169
- Familia apartada, 73
- Familia enredada, 73
- Families of the Slums*, 88
- Family and family therapy*, 99
- Family Process*, 1, 43, 48, 54, 55, 69, 76, 77, 101, 104, 190, 191, 192, 193, 194
- Family Therapy in Clinical Practice*, 100, 101
- Fisch, Richard, 2, 66, 67, 99, 104, 194
- Flomenhalt, Kalman, 52
- Framo, James, 91
- Freud, Sigmund, 25, 28, 180, 193
- Fromm-Reichmann, 13, 18, 19
- función de la psicoterapia, 63
- Fundación Macys, 11
- Genograma**, 145
- Grupo Bateson, 11
- Grupo Comunicacional, 62
- Grupo de Palo Alto, 54
- Grupo Interaccionista, 62
- Haley, Jay, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68, 80, 81, 82, 88
- Haley, Jay, 1, 2, 9, 12, 13, 14, 25, 26, 38, 39, 45, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68, 80, 81, 82, 88, 91, 190, 191, 193
- Hill, Ruben, 76
- hipnosis ericksoniana, 67
- Hoffman, Lynn, 5, 9, 10, 23, 32, 36, 38, 40, 41, 42, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 61, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 101, 102, 103, 116, 117, 133, 145, 152, 153, 154, 155, 156, 166, 167, 190, 191
- homeostasis familiar, 60, 61
- Hospital de la Administración de Veteranos, 13
- Hospital Estatal de Maryland, 13
- Hospital Psiquiátrico de Colorado, 51, 53
- Hospital Psiquiátrico de Denver, 47
- Individualización, 74
- instrucciones terapéuticas, 59
- interacción: Recíproca, 71
- Interacción: Complementaria, 71; Simétrica, 71
- interacción familiar, 54, 61, 71; Definición, 61
- interaccional-estratégica, 47
- intervención en crisis, 46, 48, 50
- Intervención en crisis, 1, 51
- intervenciones de reencuadre, 65
- Jackson, Don D., 9, 12, 13, 14, 20, 43, 45, 48, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 63, 66, 67, 71, 72, 190, 191, 194
- Kaplan, David, 51
- Keeney, Bradford, 42
- Krupp, Marc, 54
- La teoría de la comunicación humana, 58, 63, 72
- La terapia breve estratégica*, 60

Langsley, Donald, 51  
 Lids, Theodore, 70  
 lucha de poder, 59  
 Madanes, Cloé, 88  
 Maldonado, 94, 184, 192  
 Maruyama, Magoro, 2, 101, 102  
 Mead, 11  
 mecanismo homeostático, 62  
 Menninger Foundation, 40  
 Mental Research Institute (MRI), 1, 53, 54, 55  
 Metacomunicación, 33  
 metodología predictiva, 71  
 Minuchin, Salvador, 2, 3, 7, 43, 46, 47, 48, 49, 51, 55, 66, 68, 73, 74, 75, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 91, 94, 95, 98, 99, 101, 103, 116, 117, 118, 119, 120, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 150, 169, 174, 175, 176, 177, 183, 185, 188, 192  
 Mito: Fidelidad al., 164  
 modelo cibernético-comunicacional, 59  
 Modelo del Proceso de Validación Humana, 56  
 modelo estructural de Minuchin, 51, 94, 95  
 modelos cibernético-sistémicos, 46  
 Montalvo, Braulio, 49, 73  
 Morfogénesis, 2, 102  
 Morfostásis, 2, 102  
 Nagy, Ivan, 91  
 New School for Social Research, 11, 12  
 Niños anoréxicos, 85  
 Okonogui, 24, 25, 192  
 organización disfuncional, 62  
 Ortho, 40, 48  
 paciente identificado, 62, 94, 95, 96  
 Paciente identificado, 115, 118, 145  
 Palo Alto Medical Research Foundation, 54  
 papel directivo, 59  
 Papp, Peggy, 42, 88, 126, 132  
 paradoja, 63, 64, 65  
 Paradoja, 100, 153, 191, 193  
*paradoja terapéutica*, 63  
 Paradoja y contraparadoja, 100  
 Paul, Norman, 91  
*Philadelphia Child Guidance*, 66, 87  
 Philadelphia Child Guidance Clinic: PCGC, 2, 66, 87, 117  
 Pittman, Frank, 52  
 Posición del hermano, 90  
 premisas conductuales, 61  
*prescripción del síntoma*, 63  
 Proceso de transmisión multigeneracional, 90  
 Protocolo de Rorschach, 70  
 protocolos de Rorschach, 70  
 Proyecto Wiltwyck, 46, 66, 73, 87  
 prueba proyectiva, 70  
 psiquiatría descriptiva, 73  
 Rabkin, Richard, 49  
 Regresión social, 90  
 rehabilitación vocacional, 52  
 relación triangular, 68, 75, 78, 79, 80, 85  
 Relación triangular, 2, 78  
 Relaciones triádicas perversas: Desestructuración, 82  
 Riskin, Jules, 54  
 rotulación psiquiátrica, 69  
 Ruesch, Jürgen, 12  
 Russell, Bertrand, 16

- Satir, Virginia, 1, 54, 56
- Sato, E., 59
- Schefflen, A., 57
- Schlanger, K., 11, 12, 13, 48, 54, 55, 56, 57, 67, 68, 193
- Schwartz, Morris, 79
- Self: Diferenciación del., 135
- Selvini-Palazzoli, Mara, 100
- servicio a domicilio de enfermería, 52
- Silvestain, Olga, 42
- Singer, Margaret, 70, 193
- sistema disfuncional, 60
- Sistema emocional: Patrón estereotipado, 176
- sistemas ecológicos, 50
- Speer, D. C., 101
- Stanton, Alfred, 79
- Strategies of Psychotherapy, 59
- Sullivan, 13, 67
- teoría de la comunicación humana, 56, 58, 62, 63, 72
- Teoría de la comunicación humana, 57, 194
- teoría de los juegos, 62
- Teoría del equilibrio: Triángulo inadmisibles, 84
- Teoría familiar sistémica, 90
- teoría general de los sistemas, 46, 47, 51, 92, 93, 94, 95, 96
- Terapia: Breve a largo plazo, 99; Breve enfocada en la solución del problema, 99; Estratégico interaccional, 86; Estructural, 86, 99; Familiar sistémica, 99; Histórica, 90; Multigeneracional, 90, 176; Tipologización, 68; Transgeneracional, 90; Transgeracional, 86
- terapia breve, 60, 67
- Terapia breve a largo plazo, 169**
- Terapia Breve Enfocada en la Solución del Problema, 116
- terapia breve estratégica, 60
- terapia estratégica, 59
- Terapia estructural, 83
- Terapia familiar estructural, 82
- terapia interaccionista, 60
- The Mental Hospital, 79, 193
- Tipología: Delincuencia, 73
- tipología de la familia, 47, 68, 71, 75, 76
- tipología de los síntomas, 68, 71
- Transacciones diádicas, 75
- transgeneracional-histórica, 47
- Tratamiento: Despersonalización, 68
- triangulación, 47, 82, 83
- Unidad de Tratamiento Familiar, 51, 53
- Universidad de Harvard, 11
- Universidad de Stanford, 13
- variables comunicacionales, 70
- visión holística, 50
- von Bertalanffy, Ludwig, 46, 93, 95
- Watzlawick, Paul, 1, 11, 12, 13, 30, 34, 35, 48, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 63, 64, 65, 67, 68, 72, 80, 99, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 152, 154, 155, 159, 191, 193, 194
- Weakland, John, 2, 9, 12, 14, 38, 45, 54, 55, 67, 68, 78, 79, 80, 81, 82, 88, 91, 99, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 190, 191, 194
- Wiener, Norbert, 11
- Wiltwyck School, 49

Wittgenstein, 114, 194

Wynne, Lyman, 31, 70, 102, 106, 161,  
193