

La Familia : Quejas o Problemas¹

*Emilio Gutierrez Garcia,
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología,
Facultad de Psicología,
Universidad de Santiago,
Santiago de Compostela*

En J.A. Rios (ed.). **Realidad y Crisis de La Familia Actual**. Madrid: Fundación Areces, 1998.

Introducción.

Según Meehl (1978), las teorías en psicología suben y bajan, van y vienen, más en función del aburrimiento que de otra cosa. Las teorías se sustituyen unas a otras no porque mueran, sino que simplemente se desvanecen como propuestas dando paso a otras alternativas que durante una época aglutinarán en torno a su curiosidad de un sector de la comunidad científica y profesional. En el ámbito de la psicoterapia este panorama de alternancia es más bien un panorama de co-existencia simultánea, en el que compiten las teorías más

variadas en un intento de explicar la naturaleza y el tratamiento clínico de los avatares que en su existencia los humanos experimentan como anormales.

La incorporación de cada nueva teoría se justifica sobre la base de una pretendida cobertura conceptual más adecuada de "los problemas", edificada sobre unos *supuestos* diferentes a los de las teorías competidoras. En ocasiones, la nueva propuesta se incorpora al panorama de la psicoterapia de la mano de un puñado de datos que sugieren la adecuación de los nuevos supuestos a los hechos o fenómenos que pretende explicar la nueva teoría. Sin embargo, detrás de cada recambio de *supuestos* sólo se esconde la naturaleza escurridiza de los problemas, en el sentido de que el primer escalón de los *supuestos* centrales de una teoría afirma no tanto que se trata de un nuevo *supuesto* acerca del problema, sino más bien **cual es** el auténtico problema, es decir, **en qué** consiste el nuevo problema.

Además, los postulados centrales de una teoría, que no son más que meros *supuestos* -por definición arbitrarios, gratuitos, e infundados- a la vez que determinan el problema concreto, son la fuente de verdad

¹ La elaboración de este capítulo recoge aspectos de la ponencia: "La Evolución de la Terapia Familiar en el Contexto de la Evolución de la Psicoterapia", presentada dentro de las **I Jornadas Luso-Galaicas de**

Terapia Familiar, celebradas en Oporto, el 1 de Junio de 1996.

incontrastable sobre la que se establecen las proposiciones posteriores que forman el esqueleto de derivaciones que componen los mapas teóricos, y que a su vez sirven de base del diseño de tratamientos concretos. Todo lo que se construye a partir de los *supuestos* necesita de ellos, pero la justificación de los *supuestos* en sí mismos es imposible, su valor de verdad intrínseca es indeterminable, incognoscible e indemostrable desde el sistema que se ha edificado sobre ese supuesto². Este aspecto constituye la noción de indecibilidad, formulada por Gödel en 1931, y que se refiere a la imposibilidad de todo sistema de demostrarse completamente a sí mismo desde dentro, y que forma parte del museo de citas en terapia familiar (citado en Watzlawick, Jackson y Beavin, 1964).

Estos *supuestos* centrales, que forman la piedra angular de los

² Este carácter inexpugnable e irrefutable de los postulados centrales de una teoría (como ha señalado Mahrer, 1988) es a su vez una garantía para la teoría que le asegura su supervivencia hasta que el aburrimiento le desplaza en favor de otra nueva teoría. Pero, a su vez, en esa garantía reside su mayor debilidad pues aunque no puede ser rebatida, su incapacidad para afirmarse como algo más que un *supuesto* vuelve a la teoría vulnerable al hastío.

³ El elemento configurador activo de los *supuestos* suele pasar desapercibido y quedar en un segundo plano, ya que el debate se restringe a la demostración de como los nuevos *datos* explican mejor los *hechos*. Recientemente (Gutiérrez, 1996a) he tratado de establecer como la relación y discontinuidad entre *hechos* y *datos* es similar a la que en la clínica

edificios teóricos más complejos, además de ser invulnerables a cualquier proceso de refutación, tienen la propiedad de pasar desapercibidos tras la maraña de hipótesis, construcciones teóricas y sus practicas asociadas. Como una forma de subrayar este papel crucial de los *supuestos*, a lo largo de mi exposición utilizo la cursiva para contrarrestar la propiedad de los *supuestos* de pasar desapercibidos como tales³.

La aparición en escena de la terapia familiar a mediados del siglo XX, implicó un proceso de re-estructuración de la relación entre los *hechos* (la consustancialidad ignota de la naturaleza de la esquizofrenia) y los *datos* (los resultados de ciertos proyectos de investigación) de la mano de una re-ordenación más básica de los *supuestos*⁴

cotidiana existe entre *quejas* y *problemas* y que se tratará más adelante.

⁴ Los *supuestos* organizadores de la relación *hechos-datos*, a su vez están enraizados en pre-*supuestos* de índole ideológica y/o epistemológica. Estos pre-*supuestos* son las enzimas que activan y catalizan la actividad de unos u otros supuestos, y por ende, la expresión final de un modelo, que emerge, como la punta del iceberg, en el panorama clínico. La justificación de los supuestos en la Terapia Familiar se ha dado por medio de las justificación de los pre-supuestos en sí mismos. El contexto de justificación no es el modelo científico, sino la exégesis y el anecdótico, la cita de los clásicos("el libro" que afirma enfáticamente Jose Navarro). Los pre-supuestos en la terapia familiar sistémica, a su vez, se han justificado con el sostenimiento cruzado de planteamientos provenientes de univeros teóricos

Cuando en 1959 Don D. Jackson acuñó el rótulo de "Terapia Familiar Conjunta", el aspecto crucial del nuevo término residía en la afirmación de la perspectiva interaccional frente a la perspectiva psicoanalítica. La primera explicitación de esa perspectiva interaccional proto-sistémica con la publicación de Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al, 1964) (curiosamente *en forma de axiomas; léase supuestos*⁵), más que afirmar la verdad de esos *supuestos* producía una revolución en el campo de la psicoterapia al revelar la relatividad de los *supuestos* psicoanalíticos. El "saber" psicoanalítico no era más que un puñado sistematizado de meros *supuestos* que no eran ni necesarios, ni verdaderos.

La Terapia Familiar Conjunta, más que definir el marco conceptual y técnico que englobaba, era un mensaje al marco psicoanalítico de tres afirmaciones: estamos viendo a familiares de los pacientes, lo estamos viendo de forma conjunta y eso es terapia. Esta violación de los *supuestos* psicoanalíticos del cambio, que tenía su elemento distintivo

dispares, bajo la pretenciosa apariencia de una Nueva Epistemología" o un "Nuevo Paradigma".

⁵ Janet Beavin-Bavelas (1993) ha reconocido lo pretencioso de esa formulación bajo la forma de axiomas, así como lo incorrecto de algunos.

en el formato conjunto de entrevista, fue una definición pasajera pues rápidamente el calificativo de "conjunto" fue sustituido por un sinfín de coletillas (Gutiérrez y cols., 1989), que marcaban e intentaban acotar el marco conceptual y aportaban una teoría del cambio.

Por lo tanto, todo el movimiento de la Terapia Familiar, en lo que respecta a la utilidad de las propuestas-problema de los diversos enfoques a los que más o menos cobija (o que se cobijan bajo su paraguas conceptual) están apoyados, como cualquier otra orientación terapéutica en *supuestos*⁶.

Estas observaciones preliminares que hemos realizado no pretenden ser una excursión por los tortuosos caminos de la reflexividad, la auto-referencia y las abstrusas reflexiones epistemológicas, de las cuales la literatura de la terapia familiar está tan bien servida. Más bien esas observaciones preliminares son utilizadas para dar pie a una afirmación que está relacionada con el título del capítulo. A saber, la

⁶ A este nivel es interesante no perder de vista que, mientras a un nivel la práctica de la terapia familiar señalan la naturaleza gratuita de los problemas *supuestos* por otros marcos teóricos (por ej., el psicoanálisis), a otro nivel plantea que la elección entre modelos es una elección entre *supuestos*, lo que debilita sus intentos de crítica de la práctica de otros modelos teóricos.

facilidad con la que los terapeutas familiares caen en la trampa del "teorema de la imbecilidad", que sería la versión mundana opuesta al teorema de Gödel de la indecibilidad. El "teorema de la imbecilidad" nos empuja a tomar las teorías edificadas sobre supuestos gratuitos como entidades independientes del observador, el método y el criterio de contraste. Este teorema de la imbecilidad en absoluto es un termino que pretende ser peyorativo en algún modo. Es imbécil frente a su opuesto, el teorema de la indecibilidad.

En este sentido, aunque el reconocimiento del papel activo del observador es un cliché que forma parte de la jerga sistémica (demasiado solipsista y paralizante en algunos casos), a la vez no informa del proceso fáctico y cotidiano de que los modelos son aplicados un día si y otro también en nuestro mundo. De cualquier modo, si los teóricos y los clínicos que utilizamos las teorías para rotular ciertos problemas y justificar contextos⁷ de tratamiento fuéramos más conscientes de que todas las teorías se asientan sobre la base de meros *supuestos*, quizás fuéramos mucho más precavidos

⁷ Un contexto de tratamiento es un término más amplio que el mero capítulo de tratamientos, intervenciones, estrategias, tácticas o técnicas terapéuticas. Incluye, en el caso de la terapia familiar (y sin ánimo de ser exhaustivos), otros aspectos tales como los espejos unidireccionales, las grabaciones en video, la ficha telefónica, la necesidad del equipo terapéutico, la actitud de directividad o neutralidad, la pausa, la necesidad misma de "dar" una intervención, el intervalo entre sesiones, la asistencia a las sesiones de

al aplicar a las dolencias humanas las acciones terapéuticas fundadas en dichos *supuestos*.

Mi propuesta frente a ese comportamiento es reconocer como la indecibilidad y la naturaleza gratuita y arbitraria de los supuestos se concreta en dos afirmaciones: 1). Que las teorías son entidades auto-contenidas y que todos los procesos referidos a ellas no aportan más solidez a la teoría si no que son necesitados por ellas en un ciclo de auto-referencia cerrado y, 2). Que los diferentes enfoques que constituyen el panorama de la terapia familiar, y por extensión a cualquier tipo de enfoque terapéutico, son las que determinan el tipo de problemas a las que dicen aplicarse y para los que dicen aplicarse.

Estas dos afirmaciones que voy a tratar de desarrollar a lo largo del capítulo no sólo son un comentario referido a la terapia familiar y a todos los enfoques que integra, sino que es un marco general que abarca a todo el campo de la psicoterapia.

determinadas personas, el número de sesiones, la necesidad y/o el papel de la evaluación y diagnóstico, etc. Un aspecto genial de los contextos terapéuticos es que aunque su necesidad en las primeras momentos de vida de un modelo se justifica desde los *supuestos* del propio modelo, con el paso del tiempo los contextos pasan a ser justificados por la existencia de los problemas.

1. Los Supuestos y los Pre-supuestos Sistémicos.

En lo que sigue, se intenta desarrollar la afirmación que los problemas a los que se aplica la terapia familiar y su conjunto de intervenciones, técnicas y remedios, son problemas cuya sustancia última como problemas se encuentra más en los *supuestos* del enfoque que en las familias. La rotundidad de esta afirmación contrasta con la popularidad y expansión que goza la terapia familiar (Gutiérrez y cols., 1988), ya que con el paso del tiempo la existencia de determinados contextos terapéuticos y los tratamientos acaban siendo justificados por la existencia de ciertos tipos de problemas. Por otra parte, además de la configuración artificiosa de los problemas, el análisis del papel que juegan los *supuestos*, *presupuestos* y *postulados* en el edificio teórico de los enfoques terapéuticos, se extenderá hasta las implicaciones que esta presencia implica en aspectos tan diversos como el papel de la evaluación formalizada, abarcando la reflexión hasta los confines de la integración dentro y fuera de la terapia familiar.

1.1. *Supuestos/Problemas*

⁸ Esta regla debe aplicarse únicamente a aquellas aportaciones conceptuales complejas (o a las explicaciones posteriores a una sesión master) realizadas en aras de la clarificación, por supuesto; lo que excluye

Más allá de la hondura conceptual con la que las propuestas escamotean su naturaleza de meros *supuestos*, si uno aplica la regla aportada en *La Táctica del Cambio* (Fisch y cols., 1983) de atender a lo que lisa y llanamente hacen y dicen los terapeutas familiares, es posible recuperar los *supuestos* acerca del tipo de problemas con los que se enfrentan los terapeutas familiares.

La complejidad aparente y la confusión que produce en las mentes no privilegiadas ciertas aportaciones teóricas, o presentaciones de casos, puede simplificarse si el lector/oyente clasifica el torrente conceptual de una manera más sencilla: tratando de averiguar por los remedios y el objetivo de las intervenciones; por las áreas de conversación que se abren y la información que buscan las preguntas; por las tareas y opiniones de los equipos terapéuticos, cuál es el problema que quieren resolver o disolver los terapeutas familiares por su forma de conducirse en las sesiones⁸.

Gracias a Carlos Sluzki (1990, levemente ampliada), detrás de toda la complejidad conceptual, y en el nivel de la práctica clínica, la Tabla 1 muestra "*Los Supuestos acerca del Problema*" que los diferentes

aquellas aportaciones discutibles cuyo único fin es el propósito de alcanzar el triunfo, por ejemplo, en los Congresos (Gutiérrez, 1996)

terapeutas familiares han manejado y manejan desde el principio de su identidad como tales.

Insertar aprox. aquí la Tabla 1.

Esa Tabla, que Carlos Sluzki encabezó con el término "*Supuestos*", representa el DSM de la Terapia Familiar Sistémica y recoge los diferentes "problemas" posibles para un terapeuta familiar. Si volviéramos a traer de nuevo al extraterrestre que Watzlawick invocaba en *Teoría de la Comunicación Humana*, como observador de la partida de ajedrez, sin duda su informe ingenuo del trabajo clínico cotidiano de los terapeutas familiares (con su equipo, por supuesto), le permitiría extraer la "regla" del quehacer sistémico. Observando las tácticas, maniobras, recomendaciones, tareas, intervenciones, o la

mera conversación (en definitiva los contextos de tratamiento en los que se desarrolla el modelo sistémico) llegaría a la conclusión que los terapeutas familiares sistémicos⁹, **por lo que dicen y hacen** (incluidos los comentarios del equipo detrás del espejo), parecerían estar empeñados, orientados y dirigidos a la resolución de ese tipo de problemas.

Los sistémicos de la primera cibernética, de la segunda cibernética, así como la vanguardia post-modernista -que más que señalar **qué** aspecto del sistema es el deficitario, presenta una nueva membrana específica y exclusiva de cada problema- han ido aportando a esa Tabla problemas basados en las premisas de la sistemicidad. Tanto si la óptica sistémica convencional es utilizada para señalar cual es el aspecto problemático determinado por el sistema (lo cual estaba desafortunadamente unido a la unidad socio-cultural familiar), como si el énfasis se sitúa en hasta donde debe de llevarse el límite del sistema

⁹ Aunque hasta este momento he utilizado el término "terapia familiar", todo el capítulo está referido a la terapia familiar *sistémica*. En otro tiempo, modelo sistémico y terapia familiar casi eran términos intercambiables. Como ya mostré en otro lado (Gutierrez y cols., 1989) existen más de sesenta denominaciones presuntamente diferentes de la terapia familiar. En la actualidad quizás sea necesario hacer algún tipo de aclaraciones, ya que aunque la terapia familiar fue el formato de entrevista en el que prosperó y maduro el modelo sistémico, hoy el formato familiar conjunto ha sido colonizado por otros modelos no sistémicos. Por lo tanto, aunque todos los

terapeutas que manejan supuestos sistémicos para abordar problemas no hagan demasiados ascos a su denominación como terapeutas familiares (por motivos históricos), es totalmente inadecuado suponer que todos los terapeutas familiares manejan supuestos de cualquiera de los enfoques sistémicos. No obstante, en este capítulo se manejarán terapia familiar y enfoque, o modelo, sistémico **como si** fueran equivalentes implicando con ello que sólo se refiere el término terapia familiar a aquellos enfoques sistémicos.

definido por el problema (óptica sistémica post-modernista); sea lo que sea la sustantividad del problema para el modelo sistémico, la concepción sistémica de los problemas es, en sí misma, un *supuesto* de un observador con un fin.

Sea cual sea el sistema y lo que encierre, la sistemicidad de un sistema es un *supuesto*. Los propósitos, las características y deficiencias de los sistemas, así como su límite mismo no se origina desde dentro de los fenómenos, sino en el propósito del observador que define el sistema. Prefiero utilizar la noción de sistemicidad (McNeil, 1995); que es la facultad/posibilidad, incluso el capricho, de concebir el mundo "como sí" fuera un sistema, y no hablar de sistemas implicando que su existencia es inherente a los fenómenos (y mucho menos preferible, ni más apropiada que el *como si* individual).

Como afirma M.Pakman de forma simple y elegante (1990), los sistemas no traen un cartel que dice "Esto es un Sistema". Cada requiebro sistémico, desde la primera cibernética a la óptica narrativa post-modernista, no crea sustantividad de ningún modo; no importa las veces que lo intentemos tratando de recurrir a la máxima de que "el todo ES mayor que la suma de las partes". Aunque empleemos el verbo ser, como si los sistemas pudieran ser descritos en lenguaje indicativo (Watzlawick, (1976), lo que afirmamos no es la evidencia en

sí misma de los sistemas, sino la de nuestros *supuestos*.

Cuando el sistémico mira ve los problemas enumerados en la **Tabla 1**. Pero, ¿son esos los problemas que existen, de los cuales la gente sufre?. No, en absoluto. Ese universo, o mapa es el que se ve por la lente sistémica y reúne los problemas *supuestos* por la formalización sistémica de los padecimientos humanos fabricada a partir de unos pre-supuestos. Para que ese volcado sistémico sobre la realidad tome cuerpo en la forma de los problemas de la **Tabla 1**, solo es necesario sustituir el pre-supuesto de la causalidad lineal por el de la causalidad circular, y el pre-supuesto del reduccionismo, por el del holismo

1.2. Pre-supuestos

Suponer que los fenómenos (tanto los que se denominan habitualmente psicológicos o los de cualquier otro tipo, incluyendo los que se denominan habitualmente como físicos) deben abordarse reduciéndolos a sus componentes más básicos y que los fenómenos o los componentes de un fenómeno se relacionan entre sí y con el fenómeno según un esquema lineal de causa-efecto, han sido y sigue siendo dos *pre-suposiciones*, que cada vez más evidencian su auténtica naturaleza de **MERAS PRE-SUPOSICIONES**.

De la misma manera, se puede suponer que los fenómenos deben abordarse en el contexto en el que toman su naturaleza de fenómeno y que su relación con otros fenómenos de ese contexto se establece por medio de esquemas causales-circulares. Estas dos *suposiciones*, que también son sólo MERAS PRE-SUPOSICIONES, caracterizan a la terapia familiar sistémica desde sus balbuceos, a finales de los cincuenta, y paulatinamente se utilizan como herramientas para producir conocimiento en ámbitos muy lejanos a los de la terapia.

La sustitución de unas premisas por otras cambia inevitablemente los problemas que aparecían como tales desde *supuestos* anteriores, puesto que esas dos premisas (en cualquiera de sus dos variantes) son importantes por que establecen uno, que es un hecho y, dos, como se conectan los hechos. O lo que es lo mismo, que es un problema y cual es la información relevante (el síntoma o el proceso, el contexto interpersonal o la economía del psiquismo; el marco temporal presente o la reconstrucción desde el pasado).

Esta dependencia intrínseca del problema, (a veces tanto en su

existencia misma, como siempre en su expresión concreta) del marco conceptual que adoptemos significa, en el caso de la terapia familiar sistémica, el reconocimiento simultáneo de tres consecuencias que se desprenden de la propia manipulación de los *pre-supuestos*. Esas tres consecuencias, que forman parte de la letanía sistémica, se concretan en el hecho de que el problema en terapia es, **a)** como máximo un mapa de la queja, **b)** que ese mapa/problema de la queja/territorio es un producto activo del terapeuta/observador y, **c)** el terapeuta/observador está incluido en la descripción.

Curiosamente, mientras que la conciencia de estas tres consecuencias fue creciendo en las dos primeras décadas, a mediados de los ochenta se produjo un salto cualitativo cuando los miembros de la segunda generación trataron de lograr una depuración aún más sistémica. La crítica feminista y la andanada estética, de la mano de la inflación epistemológica y la ultra-exégesis de la obra de Bateson, desembocaron en la segunda cibernética, para dar paso con celeridad a la pos-modernidad light de las narrativas y la recuperación del individuo¹⁰.

¹⁰ Con respecto a la recuperación del individuo, tan de rabiosa actualidad en la frontera de la avanzadilla sistémica, sólo quiero señalar que 2000 años de cultura occidental (con el DSM-IV, ICD-10, las multinacionales farmacéuticas y el panbiologicismo galopante) hacen muy difícil sostener, como aquí trato de plantear, que tanto la óptica sistémica y la individual son

dos *como sí*. Aunque M. Pakman nos advierte que los sistemas no traen un cartel que dice: "Esto es un sistema", ¿se puede decir lo mismo del individuo?. Desde el planteamiento que se hace aquí, la integración con la esfera individual sólo junta dos supuestos. Por otra parte, el individuo y los conceptos individuales incluyen la antítesis de la declaración de Pakman, es

En este proceso de depuración sistémica, donde cada línea de la Tabla 1 es sustituida por otro problema, los problemas de comunicación, jerarquía y estructura parecen viejos, caducos, torpes (¿es esto un ejemplo del veredicto de Meehl?). La búsqueda de la aplicación sistémica "correcta" nos ha alejado más y más de la conciencia de *supuesto* que aquí planteo. Como es muy común los "avances" son más una declaración de intenciones de "partir de", "de separarse" de una situación previa, que una garantía del producto del desplazamiento (es decir que en realidad se haya avanzado hasta una posición más ventajosa). Las posturas actuales de no-directividad - estética y políticamente correctas- que abominan de la concepción de resistencia y de intervención, que incluso se definen como una conversación educada en las que se intenta, incluso, recuperar al individuo □□son un "otro supuesto"!!¹¹, aunque en el nuevo cántico

decir si traen un rótulo que dice esto es un individuo. Toda la cultura occidental está construida sobre ese supuesto que es tomado como una verdad en sí misma. Por otra parte, la recuperación del individuo, no tanto como integración con la esfera individual sino como una teoría de cómo se mantienen los problemas esta presente desde Erickson. Tanto en el MRI y en De Shazer (los enfoques breves), los supuestos se refieren a lo que es adecuado hacer en terapia ante un problema, en términos empíricos, y no tanto discursos acerca de los sistemas.

¹¹ Cada vez que en un cedazo se queda la directividad, la noción de

de sirena hay más nueces que ruido.

2. De los Problemas Supuestos a las Quejas.

Las teorías o mapas son, de acuerdo a lo que llevamos expuesto, entidades auto-contenidas, sin referencia necesaria externa, que suponen cuatro afirmaciones (reglas, consejos y prohibiciones) con respecto a cuatro apartados; Qué ES un Problema, PORQUE un Problema ES un Problema, Que HAY QUE HACER para que un Problema DEJE de SER un Problema y CUANDO un Problema YA NO ES MAS un Problema, como se muestra en la **Tabla 2**.

Insertar aprox. aquí la Tabla 2.

resistencia, etc, viene a mi mente la noción de enantiodromia, citada en **Cambio** (Watzlawick, 1976, p.40), en palabras de Jung "Todo extremo psicológico contiene secretamente su propio contrario o se halla a su respecto en un íntima y esencial relación... No existe costumbre inveterada que no pueda en alguna ocasión transformarse en lo contrario y cuanto más extrema es una posición, tanto más fácilmente es de esperar una enantiodromia, una conversión de algo en su contrario". La terapia familiar es un buen muestrario de enantiodromias, por ej., Neutralidad/Directividad; Problemas/Soluciones; Estética/Pragmática; Intervención/Conversación; Resistencia/Cooperación..... Sistemas/Individuo.

El modelo, teoría u orientación terapéutica es la que determina cual es el problema, porqué lo es y lo que parece más apropiado hacer. Quiere esto decir que es imposible, desde un punto de vista clínico, afirmar ante una situación determinada lo que constituye "el problema" sin afirmar, en primer lugar, implícita o explícitamente -la mayoría de las veces de forma no explícita- cual es la orientación desde la cual ese aspecto de la situación debe de ser considerado EL problema.

Las soluciones a cualquier problema , clínico o no guarda, única y en primer lugar, coherencia con la perspectiva desde la que se ha concebido como problema y desde el cual se pretende solucionar, con lo que se crea una tautología, un lazo auto-referencial que a menudo pasa desapercibido y que conduce al teorema de la imbecilidad. Esta característica de cierre auto-referencial es reconocido incluso por uno de los historiadores de la psicología (Koch, 1981), cuando afirma: "Paradigms, theories, models (or whatever one's label for conceptual ordering devices) can never prove pre-emptive o preclusive of alternate organizations" (p. 268)

¹² Este aspecto ha sido y es motivo de no pocos desencuentros en los encuentros entre clínicos. Cualquiera que tenga acceso a una "discusión de caso" o a las típicas sesiones clínicas podrá observar el choque de los

Por último, desde esta perspectiva, centrándonos en el último renglón de la **Tabla 2**, se puede entender que la búsqueda de un criterio universal de cambio, se parece a la búsqueda del Santo Grial. Lo que es un cambio significativo para un clínico no es considerado así por otro clínico de una orientación diferente¹².

Obviamente, muy pocos clínicos justifican sus intervenciones con la excusa de que son víctimas de su marco teórico, o de su proceso de formación que les impone una determinada clase de "problemas-tipo" que buscan sin cesar en las quejas, demandas de ayuda y manifestaciones de malestar de las personas que se les acercan (o que no se alejan lo suficiente, en algunos casos). Más bien, en el panorama clínico son la evaluación y las hipótesis las que "ayudan" a los clínicos a justificar (con ribetes de objetividad, incluso) su quehacer.

□Cómo se ubican la evaluación y las hipótesis con respecto a esa característica auto-referencial de los modelos?. En la **Figura 1** se muestran cuatro ordenaciones de esos términos. La primera de ellas es la más lejana al reconocimiento de que las teorías son entidades auto-contenidas y con enormes dificultades para legitimarse a no ser

marcos teóricos mientras los participantes creen estar hablando "del problema", o "el caso" de Fulanito de Tal.

por procedimientos que son afines a las mismas teorías. En la primera cadena las intervenciones se justifican de las hipótesis que se obtienen de la evaluación del problema. Esta cadena es la forma de proceder que se presenta como más aséptica y a veces es una profesión de ignorancia para los que se afirman en ese modo de proceder como □□el más objetivo y/o científico!!. Es la forma de proceder menos consciente del problema de la auto-referencia expuesto en la **Tabla 2**.

Insertar aprox. aquí la Figura 1

No es muy difícil aceptar, ni encontrar representantes de la segunda

¹³ Mapear la estructura, indagar sobre las soluciones intentadas, o preguntar por las excepciones muestra como cada enfoque va "a piñón fijo" detrás de los aspectos que su enfoque le señala como importantes. Precisamente por ese motivo Minuchin no busca excepciones, Watzlawick no mapea la estructura familiar y De Shazer no habla de problemas. De entre todos los enfoques sistémicos el artículo de Selvini y cols.(1980) sobre la construcción de Hipótesis, la Circularidad y la Neutralidad es una joya en este sentido. Lo mismo que en los enfoques conductuales de parejas (después de una meticulosa evaluación, por supuesto) es sospechoso que todas las parejas acaben recibiendo programas de habilidades de comunicación y resolución de problemas, las familias con miembros esquizofrénicos en Milán

variante: las intervenciones se siguen de la evaluación (formal o informal) de las hipótesis que se construyen acerca del problema. Dentro del panorama amplio de la terapia familiar podemos encontrar representantes de esta forma de proceder, desde las variantes conductuales del trabajo en terapia de parejas, hasta en el trabajo de los principales enfoques del modelo sistémico.¹³

La tercera variante supone un pequeño paso, más allá de la anterior, en el reconocimiento de la auto-referencia de la evaluación y las hipótesis: evaluación e hipótesis son la misma cosa. Uno sólo evalúa sus hipótesis favoritas y sólo hace hipótesis que pueda evaluar. El uso de sistemas estandarizados de evaluación, o de instrumentos formales de evaluación, no nos libra del teorema de la imbecilidad, simplemente lo esconde detrás de las nociones de validez y fiabilidad. Sin embargo, aún en el caso de los instrumentos estandarizados, los items y

acababan, siendo connotadas positivamente y recibiendo alguna intervención paradójica. En Milán, en el presente, las intervenciones son aún más invariantes, pues las hipótesis son más estrechas, porque el problema es sólo uno, que espera en el despacho de la Dra. Selvini a que cada familia venga a encontrarse con él.)Qué diferencia formal, en términos del proceso, existe con el manejo exclusivo de la esquizofrenia con haloperidol?. Esta similitud no vuelve irrelevante las diferencias en cuanto a las consecuencias para las personas de la aplicación de los remedios que se siguen de unos u otros supuestos acerca del problema.

preguntas que incluyen esos instrumentos están limitados por las definiciones de los constructos que componen los instrumentos. Y los constructos, como ya he planteado, tienen en su base únicamente *supuestos* acerca de qué aspectos de los problemas son los relevantes a la hora de construir ítems o de hacer preguntas.

Este reconocimiento en absoluto es marginal, sino que es asumida hoy en día, incluso por los teóricos más representativos de la evaluación conductual. Así, por ejemplo, Haynes (1988) asesta un golpe mortal a la supuesta objetividad del análisis funcional de conducta cuando se refiere al tipo de modelo causal complejo que debería abrazar la modificación de conducta.

Insertar aprox. aquí la Figura 2

¹⁴ No está de más señalar que estos nuevos modelos interactivos poblados de bidireccionalidad, que se comportan como *sistemas* causales donde un cambio en una variable afecta a muchas otras (del cual la figura es una simplificación) *sólo son* un nuevo supuesto cuya validez (?) se sostiene más sobre el repudio de los modelos simples univariados, unicausales y lineales, que ahora se rechazan como un supuesto equivocado, y no tanto

Para Haynes, la **Figura 2** es: "... a simplified *conceptual* diagram to illustrate some of the elements of complex causal models. It illustrates (a) multiple causal pathways and (b) the additive, interactive, weighted, and bi-directional nature of causal relationships"...Importantly, the model illustrates a causal *system* where changes in one variable will effect many others...Consequently, if we accept the validity of complex causal models for behavior problems, *an empirically grounded functional analytic strategy for designing intervention programs is untenable in clinical situations.* (p. 175-176, cursivas en el original).¹⁴

El análisis funcional de conducta, el buque insignia que supuestamente llevaba al terapeuta a identificar las variables relevantes y a diseñar estrategias de tratamiento objetivas, individualizadas, bla, bla bla,... es un análisis funcional de conducta **teórico** (Nelson, 1987). El término "teórico" que asigna Nelson al análisis funcional de conducta refleja el hecho de que las intervenciones se construyen sobre la relación funcional de parches de esos modelos que sin ningún criterio empírico son preferidos frente a otros¹⁵. Como es natural, la preferencia se sitúa

sobre la evidencia científico-positiva de su pertinencia.

¹⁵ Esta endeblez de la evaluación conductual y por extensión a la evaluación en general ya había sido señalada por Nelson y Hayes (1981) cuando afirmaban: "It can probably be said that any assessment device or conceptualization claiming to have applied value should be considered unproven until its treatment validity is experimentally demonstrated.

sobre juicios de valor, lo cual ya había sido señalado de forma elegante por Jorge Colapinto (1979).

Volviendo a la **Figura 1**, la segunda y tercera variantes, incluso en el caso de la evaluación conductual, la relación de necesidad de la evaluación como paso previo a la intervención es algo que aún está por probar. La evaluación conductual como ejemplo paradigmático de tecnología carece de validez de tratamiento - es decir que aún no ha demostrado que la evaluación previa incrementa la eficacia del tratamiento. □De donde emana entonces la necesidad de la evaluación?

Si la evaluación carece de validez de tratamiento y la intervención no está legitimada más que por las hipótesis (que en sí son una selección

Unfortunately, by this standard the applied value of virtually all the behavioral assessment is still 'unproven'(p. 26].

¹⁶ Esta es la matriz en la que el modelo confunde *datos* con *hechos* y de la que surgen muchos de los clichés erróneos de algunas posturas pseudo-positivistas y pseudo-científicas. Por ejemplo, confundir exceso de investigación de un tratamiento con demostración de que es el tratamiento más eficaz; o la confusión de que la eficacia de un tratamiento justifica o prueba los principios o fundamentos teóricos que soportan al tratamiento en cuestión; o confundir la ausencia de investigación de la eficacia de un tratamiento como sinónimo de ineficacia probada (en vez de limitarse a

sesgada de los modelos causales complejos, realizada por medio de un juicio de valor), caben dos posibilidades. O bien el problema es un elemento externo, sin un compromiso teórico marcado con el resto del proceso, y el binomio hipótesis-tratamiento puede justificarse por el rendimiento que aporta en la solución del problema (eficacia); o bien la sincronía de todos esos aspectos está determinada por un modelo que sustenta tanto lo que constituye el problema y la solución. En este último caso, las hipótesis y la evaluación no son procesos que median entre el universo de problemas y el universo posible de tratamientos, sino que más bien son procesos consustanciales (y consustanciadores) incorporados por el modelo teórico para dotarse a sí mismo de la entidad que carece como un *supuesto* o conjunto de *supuestos*¹⁶.

La representación de esta última perspectiva es la cuarta variante en

afirmar que su eficacia está indeterminada por el método científico); y en definitiva confundir el método con el producto. Así, también es un error pensar que la calificación de una afirmación como "científica" le califica como verdadera, como si el calificativo de científico fuera una garantía del producto, en vez de ser sólo una explicitación del método por el cual se apoya la afirmación. Como ya expuse en otro lado: "El conocimiento generado por la ciencia, ya sea una afirmación científica, una explicación científica, un hecho científico, un hallazgo científico, o una ley científica (o cualquier otro término calificado por el término científico) no dice nada, o no dice tanto, acerca de su valor intrínseco como conocimiento o de verdad (en el sentido de que revela una realidad objetiva que existe independientemente), como *con respecto al procedimiento, el método científico, por medio del cual ha sido obtenida*. Sin embargo, a pesar de que el conocimiento "científico" es (sólo), más una cualidad que se refiere al proceso de su obtención, en

la **Figura 1**. La diferencia estriba en la introducción del término queja, sobre el cual vamos a extendernos más adelante, que resalta que lo que para cualquier clínico de cualquier orientación teórica es EL problema, es algo que se sitúa dentro de su sistema formal, o perspectiva y cuya adecuación se encuentra más conectada, determinada y limitada por las demás actividades de su sistema formal (se ordenen como se ordenen) que con la situación (que aquí llamamos queja) externa al sistema formal que excita su puesta en marcha.

3. La Discontinuidad entre Quejas y Problemas.

Los "Problemas" hasta ahora los he situado dentro de los marcos teóricos. Esto no quiere decir que los clínicos se inventan totalmente los problemas de la gente. El matiz diferencial reside en que los "problemas" sólo existen al otro lado de la puerta de los despachos de los clínicos. Por la parte de afuera de la puerta lo que existen son quejas. La magia comienza en que dependiendo a la puerta que llame una queja, un rato más tarde saldrá un problema u otro (con opiniones

nuestra cultura occidental se le otorga un rango superior a ese tipo de conocimiento científico frente al conseguido por medio de cualquier otra fuente de conocimiento. Es una decisión arbitraria, que incluye ciertas dosis de papanatismo y de inocencia ignorante, la preferencia como "conocimiento y verdad de una afirmación sostenida por un nivel de significación frente a

tan diversas que van desde la prescripción de fármacos hasta las prescripciones de síntomas). He tomado de Brian Cade (1986) los elementos de la parte superior de la **Figura 3** en la que una queja (los puntos centrales) puede concebirse organizados, traspasados, estructurados y sostenidos por las líneas y tramas de diferentes problemas.

Insertar aprox. aquí la Figura 3

Después de haber descubierto cualquiera de esas tramas, como diría Bateson, ¿quien podría volver a ver sólo los puntos originales?. Así, en la conceptualización sistémica -como en los puntos y tramas de la **Figura 3-** es un hecho crucial el reconocimiento de la discontinuidad entre quejas y problemas; o lo que es lo mismo, que debe producirse una transformación inicial de una situación de partida, planteada por la queja -que pertenecería al territorio de las peculiaridades vitales de los individuos- hasta otra situación final, el problema -que pertenecería al

otra apoyada por la autoridad de una reflexión. También es el mismo papanatismo lo inverso " (Gutierrez, 1995, p. 27-28).

dominio de los problemas que los profesionales están dispuestos a reconocer e intentar solucionar¹⁷.

A este respecto Haley, en *Terapia para Resolver Problemas* (1976) escribía: "En todas las formas de terapia existe la tendencia a considerar todo lo que el paciente dice como algo que necesita ser redefinido como un problema diferente" (p.122). Y más adelante podemos leer: "La primera obligación de un terapeuta es cambiar el problema que se le presenta. Si esto no se consigue la terapia es un fracaso.....Es el problema presentado el que más interesa al cliente. Cuando el terapeuta trabaja con el problema presentado entonces puede conseguir una gran cooperación. Si una persona con síntomas es presentada como el problema, el terapeuta puede pensar que los

cambios deben ocurrir en ese sistema familiar antes que la persona pueda cambiar. Es más, no debería intentar persuadir a la familia de que el problema 'real' radica en la familia y no en la persona. Tal distinción es artificial. El terapeuta puede fracasar en conseguir sus objetivos si se enzarza en un debate sin sentido con la familia acerca de la causa del problema, intentos para atacarlos acerca de la comunicación familiar, o si intenta persuadirlos de que acepten 'terapia familiar'" (p. 129). Ya ha llovido desde entonces¹⁸.

Por lo tanto, los terapeutas sistémicos no sólo deben tener presente esa discontinuidad entre quejas y problemas, sino que aún más la resolución de esa discontinuidad es el punto nodal de la terapia y por lo tanto el inicio mismo de la terapia¹⁹. Esto es un punto central de la

¹⁷ La representación de la noción de discontinuidad entre las quejas y los problemas, representada en la Figura 3, es interesante a los propósitos de la integración de los modelos en psicoterapia. En la parte inferior de esa figura se muestra como un proceso de superposición de varias tramas (problemas) puede, ni tan siquiera ser una representación más adecuada de la queja, sino ((todo lo contrario!!). También en la parte inferior izquierda de la Figura 3 se muestra que la nube de puntos representada por el n1 1 no es la situación de queja "real", pues las quejas que oyen los clínicos suponen, a su vez una re-construcción, deformación, re-ordenación, un recorte a partir de los elementos brutos de la experiencia, como ha expuesto brillantemente Julian Leff (1988). En términos gráficos, el momento "0" sería una nube de puntos.

¹⁸ Estas dos citas deberían estar enmarcadas en la pared en los contextos terapéuticos donde se despachan los problemas sistémicos, tan

bien fijadas a la pared que la gente cuando se levantara no se las llevara consigo. En este sentido, además del terapeuta y el equipo, un sistema incluye también esas dos citas. Tampoco estaría mal que en el reverso de la tarjeta donde se apunta la nueva cita estuviera impresa la frase (creo que de Rosen): "Nadie está tan enfermo como afirma su historia clínica".

¹⁹ La utilización de instrumentos estandarizados de evaluación para producir esa transformación de la queja inicial en problemas con sentido para un modelo concreto, no otorga un rango mayor de objetividad a los problemas. Simplemente se ha delegado la responsabilidad de esa transformación del terapeuta a la batería de evaluación. Esta práctica de delegación no es más que un guiño a la auto-referencia de los sistemas teóricos para tomar como objetivo los resultados de la sofisticación tecnológica de la evaluación (que a su vez se encuentra restringida, en

terapia familiar sistémica. Así, como se muestra en la **Figura 4**, la primera acción terapéutica consiste en la determinación del problema a abordar en terapia.

Insertar aprox. aquí la Figura 4

Esta labor de participación activa del terapeuta en la cristalización de problemas, de forma que puedan ser reconocidos como mapas adecuados del territorio, debe superar el obstáculo inherente y primordial a esa discontinuidad natural entre quejas y problemas: la experiencia subjetiva de la queja debe ser negociada en un problema que consumidor y terapeuta deben consensuar. Esta limitación de la teoría para recoger determinadas demandas/quejas como problemas que la teoría puede concebir y tratar (pues la vertiente técnica sólo se revelará útil para aquellas quejas que pueden ser formalizadas/representadas como problemas desde los presupuestos

cuanto al rango de problemas posibles, por los márgenes del modelo teórico)

²⁰ En realidad este es el punto central de *todas* las terapias. En los diversos enfoques sistémicos la importancia del *joining* introducida por Minuchin, la postura de *onedownmanship* planteada por el MRI, o incluso los planteamientos más directivos, con su énfasis en los planteamientos paradójicos (en lo que suponen de metáfora de la hipnosis), son diferentes

de la teoría) es una característica que determina a los actores principales.

Por un lado, al consumidor que desde su perspectiva subjetiva debe aceptar que el problema por el que va a recibir tratamiento encaja con la situación que lo envió a terapia. Por otro lado, al terapeuta que sólo está dispuesto a aceptar una definición del problema para la que tenga una dimensión técnica con probabilidades de éxito. Además, durante la negociación del problema deben atenderse simultáneamente a dos aspectos igualmente importantes como son: La motivación del consumidor, y la determinación de quien ha de ser el consumidor, de modo que los tres aspectos guarden un delicado equilibrio²⁰.

Cuando estos aspectos son manejados técnicamente de forma adecuada llevan a una situación en que se puede comenzar a pensar en el éxito de la empresa terapéutica. Sin embargo, estos tres pasos **son parte de la terapia, y no es que la terapia comience a partir de**

estilos de relación necesarios para mantener el equilibrio entre esos tres procesos. El énfasis en la cooperación de De Shazer no es más que un posicionamiento *aún más* estratégico que llega a ser un algoritmo de la relación terapéutica (De Shazer, 1988) y que en el giro posterior sobre las soluciones desaparece al situarse la terapia fuera del ámbito queja-problema y centrarse en el marco complementario excepciones-soluciones.

ese punto, como se piensa convencionalmente²¹ . De hecho, estos pasos son más importantes para la finalización exitosa de la terapia que la preocupación habitual por la selección y/o aplicación de las técnicas adecuadas. Lamentablemente, sólo alguno de esos aspectos son reconocidos como pre-condiciones importantes.

A partir de ese punto, lo que resta es abordar la resolución del problema, por ejemplo cualquiera de los que aparecieron citados en la **Tabla 1**²², según el procedimiento recomendado (tercera y cuarta línea de la **Tabla 2**) por la orientación terapéutica. Desde este punto de vista, es tan común, como desafortunado, confundir lo relevante o esencial de la psicoterapia, con las "técnicas", de ahí el error de considerar la terapia familiar sistémica como una técnica más. Sin embargo, cuando se considera que los pasos más importantes de la terapia residen en ese proceso triple, en el que simultáneamente se re-define la

queja/demanda en problema, se determina cual es la unidad apropiada para trabajar ese problema (determinación del consumidor-cliente) y se atiende a la posible motivación para el cambio, las dificultades habituales en el plano clínico cotidiano tienen otra perspectiva.

La introducción de ese proceso triple como aspecto constitutivo de la terapia familiar sistémica (y de todo procedimiento sostenido por cualquier orientación terapéutica) tiene la ventaja de permitir sortear los escollos que los propios modelos crean, como se intenta mostrar en el mapa clínico cotidiano reflejado en la **Figura 5**.

Insertar aprox. aquí la Figura 5

²¹ Probablemente, las enormes dificultades que se ha encontrado en la ya dilatada literatura sobre investigación de la eficacia de la psicoterapia se deba al hincapié en la búsqueda de una relación entre problemas y técnicas, por la senda de la cuestión de la especificidad planteada por Paul (1967). Esta guía de búsqueda de tratamientos de elección entiende la psicoterapia como una metáfora de la relación médico-enfermedad. La profundización dentro de los márgenes de esta metáfora del modelo médico, como supone por ejemplo la estrategia ATI, sólo hace revelar lo inadecuado de la metáfora.

²² En lo que venimos planteando como problemas, que aparecen

listados en la **Tabla 1**, no implica que en la transformación de la queja en problema deba haber un acuerdo tácito y consciente en el que el/los cliente/s reconozcan que su problema es uno de los que aparecen en es tabla. Desde el punto de vista del terapeuta, una redefinición exitosa del problema significa que puede abordar el alcance de los objetivos pactados con entera libertad, como si el problema fuese cualquiera de esos supuestos (los cuales no tienen por que hacerse patentes ni participar de ellos el/los cliente/s). Desde esta perspectiva, la supuesta transparencia de algunos contratos conductuales donde se especifica el problema, los objetivos y los modos de alcanzarlos, son tanto más transparentes cuanto menos conscientes son los terapeutas de la constricción que su modelo impone en los términos del mismo.

La **Figura 5** muestra una perspectiva ágil de los atascos y fracasos sin necesidad de situar en primer lugar la dificultad del problema²³. El éxito o fracaso relativo depende de cómo se equilibren los dos procesos implícitos a la re-definición del problema (inadecuadamente descrito ese proceso como identificación del problema, ya que la queja en su presentación implica una definición idiosincrásica, como puede comprobar cualquiera que haya preguntado a varias personas en una sesión por lo que les ha traído allí): la determinación del cliente y la motivación.

1. En esta situación todo va sobre ruedas: tenemos un proceso de equilibrio ideal a resultas del cual un comprador está motivado para trabajar sobre un problema (para el terapeuta) que se adecua a su queja. Aplicar cualquier dominio técnico de forma profesional, sea incluso ecléctico: el éxito no es mérito de la utilización de técnica alguna en concreto.

2. En esta segunda opción, la ausencia de motivación esconde un desacuerdo entre los objetivos y la queja, pues el problema no encaja

²³ Esa figura es tanto más un antídoto contra la perversa práctica de crear problemas (bajo la apariencia de un diagnóstico neutral) y dejar a la gente con *su* problema. Es mucho más fácil crear y rotular problemas que resolverlos. A pesar de esta evidencia, cada vez más y más aspectos de la

con la queja. (**Problema # queja**): cambiar el problema.

3. En este caso, alguien puede estar motivado para que otro compre el problema, pero no él. (**Progenitor sobre-implicado**). Cambiar el consumidor y ofrecerle otro problema.

4. Alguien puede no estar motivado porque no está interesado en comprar ningún problema (no existe queja por su parte). (**Judiciales, menores**): dar asistencia, o intentar buscar un problema que pudiera verse motivado a comprar.

5. La motivación de alguien es fluctuante o indeterminada sobre que tipo de problema debería comprar alguien. (**Progenitor periférico**): Probar alguno de los dos precedentes.

6. Alguien puede estar motivado para que a alguien se le venda un problema que el no sabe vender. (**Colegas Derivantes**): Agradecimiento, sordera, humildad profesional y comenzar de cero tratando de llegar a la primera situación descrita.

vida cotidiana son psicopatologizados (y peor aún deficientemente terapeutizados). Esta práctica es mucho más violenta cuando se contempla desde la perspectiva que vengo planteando.

4. Conclusión.

Las características de la creación y construcción del propio modelo sistémico, que ha ido conformándose gracias a la comunicación con universos conceptuales dispares y marginales todos ellos al de la psicoterapia, sigue siendo el caldo de cultivo de las diversas inflexiones en el devenir sistémico.. Desde el punto de vista conceptual, el ejemplo de Gregory Bateson, con el espíritu de las conferencias Macy, fue el puente de conexión de la aportación conceptual desde otros dominios de conocimiento. La creación del MRI y la figura clínicamente heterodoxa de Jackson con su permeabilidad conceptual, junto a la aportación atórica, pero pragmáticamente deslumbrante de Milton Erickson, fueron los tres pilares, la rampa de lanzamiento del modelo sistémico.

Frente a la figura descomunal e insolente de Gregory Bateson, que hablaba un lenguaje que nadie más hablaba -y que los demás no podían aprender; frente a la ausencia de articulación de su densidad conceptual, al moverse con aparente soltura entre los marcos teóricos abstrusos; frente a la desconfianza de Bateson y su rechazo explícito y constante a los aspectos aplicados; frente a todo eso, los sistémicos fueron nutridos por otro hombre, Milton Erickson. Con este otro hombre tampoco resultaba de mucho hablar, porque frente a cualquiera hablaba el lenguaje en el que la gente le hablaba. Sin una procedencia

tan rancia como la del inglés, este otro hombre experto en estados alterados de conciencia, no tenía forma de describir en una teoría coherente la intuición que le desbordaba, y en la cual los demás sólo veían trucos por su labor de encaje y filigrana clínica desconectada.

Frente a la abducción Batesoniana, el vértigo del detalle del perfil de investigador privado de Erickson. En ambos, simplemente una cosa llevaba a otra, sólo había que pensar duro en el caso de Bateson, o no pensar demasiado, en el caso de Erickson. Bateson daba respuestas que nadie entendía, que exigían un gran esfuerzo mental y de síntesis; Erickson hacía preguntas que no parecían tener mucha importancia; eran simples preguntas. (Gutiérrez, 1994)

Toda la evolución posterior de la terapia familiar está poblada de exégesis y anecdotarios, en un intento iniciático imposible por hallar el camino para mirar donde no deberíamos estar mirando -como hacía Bateson- y para hacer lo que se suponía que no deberíamos estar haciendo - como hacia Erickson.

En el camino de intentar vincular la prosa (la técnica, las intervenciones) y la poesía (los conceptos, la epistemología), han ido quedando los dobles vínculos, la homeostasis, las estructuras, las jerarquías, etc. Cojeando de uno u otro pie, en el horizonte de los cincuenta años de

existencia del modelo sistémico, se han ido dando bandazos desde la pragmática a la estética, de la primera cibernética a la segunda cibernética, de la terapia familiar de primer orden a la del segundo orden, ... Aproximarse a Bateson, significa alejarse de Erickson, o viceversa.

En este capítulo he querido plantear el riesgo de que en ese camino en el que han ido quedando tantos *supuestos* (que sólo aparecen como tales cuando se han descartado), cada vez se abrazan nuevos rizos como si la nueva versión fuera más "pura" que la anterior.

Esta huida hacia la pureza crea una posición parecida a la que supuestamente un viajero adquiere cuando viaja a una velocidad próxima a la de la luz. Se supone que el viajero comienza a verse como si viajara por un túnel. Su visión es una visión de túnel. El horizonte se curva, y debido a nuestra velocidad, el panorama se cierra sobre nosotros, que vamos progresivamente acelerando y acelerando, puliendo nuestros conceptos, herramientas, etc.

En este "Portentoso Viaje Del Contexto al Texto", la visión de túnel acentúa nuestra propensión a mirarnos el ombligo en una huida sistémica hacia adelante, tratando de justificar nuevos enfoques, más puros, menos contaminados, más sofisticados. El terapeuta ya no es

un corpúsculo espacio-temporal; en algunas propuestas post-modernistas es como una onda, no se ve, no se pronuncia, no interviene, no tiene prejuicios, ni valores. Por tener, solo tiene *supuestos*.

Bibliografía.

BAVELAS, J.B. Investigación en Pragmática de la Comunicación Humana. **Cuadernos de Terapia Familiar**, 1993, **23-24**:31-44.

CADE, B., The Reality of "Reality" (o the "Reality" of Reality). **American Journal of Family Therapy**, 1986, **14**:49-56.

COLAPINTO, J. The Relative Value of Empirical Evidence. **Family Process**, 1979,**18**:427-441.

DE SHAZER, S. **Clues. Investigating Solutions in Brief Therapy**. New York: Norton, 1988.

FISCH, R; WEAKLAND, J y SEGAL, L. **The Tactics of Change**. San Francisco: Jossey Bass, 1983. Versión cast. **La Táctica del Cambio**. Barcelona: Herder, 1984.

GUTIERREZ, E. □Hacia Donde Corren los Cuentakilómetros Cuando El Coche Va Marcha Atrás?. Homenaje a los Que Miran Donde no Deberían Estar Mirando. **IV Jornadas de Psiquiatría, Psicanálisis e Literatura**, Asociación Galega de Saúde Mental, Trasalba (Orense), 1994.

GUTIERREZ, E., Investigación de Resultados en Terapia Familiar. **Cuadernos de Terapia Familiar**, 1995, **30**:23-45.

GUTIERREZ, E. La Evolución de la Terapia Familiar en el Contexto de la Evolución de la Psicoterapia. **I Jornadas Luso-Galaicas de Terapia Familiar**, Oporto, Mayo 1996.

GUTIERREZ, E. Quejas Versus Problemas, Hechos Versus Datos. Simposio, **Investigación del Proceso de Interacción Terapéutica: Avances Metodológicos**. La Coruña, Junio 1996.

GUTIERREZ, E., Como Triunfar en un Congreso de terapia Familiar. **Cuadernos de Terapia Familiar**, 1996, **32**:35-44.

GUTIERREZ, E, ESCUDERO, V. y ALVAREZ, C., El Presente Multifacético de la Terapia Familiar: Un Intento de Sistematización. **Cuadernos de Terapia Familiar**, 1989, **9-10**: 3-34.

GUTIERREZ, E., ESCUDERO, V., y GONZALEZ-CHAS, A., Algunos Datos Duros en Torno a la Mayoría de Edad de la Terapia Familiar. **Cuadernos de Terapia Familiar**, 1988, **8**:5-16.

HALEY, J. **Problem-Solving Therapy**. San Francisco: Jossey Bass, 1976. Versión cast., **Terapia para Resolver Problemas**, Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

HAYNES, S.N., Causal Models and the Assessment-Treatment Relationship in Behavior Therapy. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 1988,**10**:171-183.

KOCH, S. The Nature and Limits of Psychological Knowledge. **American Psychologist**, 1981,**36**:257-269.

LEFF, J.P. The Communication of Distress. En J.P. Leff: **Psychiatry Around The Globe. A Transcultural View, 2nd edition**. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 1988.

LONDON, P., **The Modes and Morals of Psychotherapy**. New York: Holt, Rinehart y Winston, 1964

MAHRER, A.R. Discovery-Oriented Psychotherapy Research. Rationale, Aims, and Methods. **American Psychologist**, 1988, **43**:694-702.

McNEIL, D. A Survey of Applied Systemology. **Systems Research**,

1995, **12**:133-145.

MEEHL, P.E. Theoretical Risks and Tabular Asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the Slow Progress of Soft Psychology. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1978, **46**:806-834.

NELSON, R.O. Relationship Between Assessment and Treatment Within a Behavioral Perspective. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 1988, **10**:155-170.

NELSON, R.O. Y HAYES, S.C. Nature of behavioral assessment. En M. Hersen & A.S. Bellack (eds.), **Behavioral Assessment: A Practical Handbook**. New York: Pergamon, 1981.

PAKMAN, M. Introducción. En H. Maturana y F. Varela, **El Árbol del Conocimiento**. Madrid: Debate, 1990.

PAUL, G.L. Strategy of Outcome Research in Psychotherapy. **Journal of Consulting Psychology**, 1967, **31**:109-118.

SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. y PRATA, G. Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conduction of the Session. **Family Process**, 1980, **19**:3-12.

SLUZKI, C. E. **Práctica Sistémica**. Curso de Postgrado de Terapia Familiar, Univ. Santiago de Compostela, Septiembre 1990.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. y JACKSON, D.D. **Pragmatics of Human Communication**. W.W. Norton: New York, 1967. Versión cast., **Teoría de la Comunicación Humana**. Barcelona: Herder, 1981.

WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J.H. y FISCH, R. **Change**. New York: Norton, 1974. Versión cast., **Cambio**. Barcelona: Herder, 1982.

WATZLAWICK, P. **How Real Is Real?**. New York: Fandom House, 1976. Versión cast., **¿Es Real la Realidad?**. Herder: Barcelona, 1992.

Tabla 1

SUPUESTOS IMPLICITOS TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

LOS PROBLEMAS DE COMUNICACION EN LA FAMILIA SON EL PROBLEMA

LAS ESTRUCTURAS DESADAPTATIVAS DE LA FAMILIA SON EL PROBLEMA

LAS JERARQUIAS DE PODER DESEQUILIBRADAS SON EL PROBLEMA

LOS INTENTOS DE SOLUCION SON EL PROBLEMA

LAS EXCEPCIONES SON LA SOLUCION

EL PROBLEMA ES LA SOLUCION A OTRO PROBLEMA

**EL PROBLEMA ES UNA RESTRICCION QUE IMPIDE AL SISTEMA
EVOLUCIONAR DE FORMA ALTERNATIVA**

LA DESCRIPCION, LA EXPLICACION DEL PROBLEMA ES EL PROBLEMA

Tabla2

¿QUE ES/DICE UNA ORIENTACION TERAPEUTICA?

Lo que es un Problema

El Porqué un Problema es un Problema

Que hay que Hacer para que un Problema Deje de Ser un Problema

Cuando un Problema Ya no es un Problema

Fig. 1



Fig.2

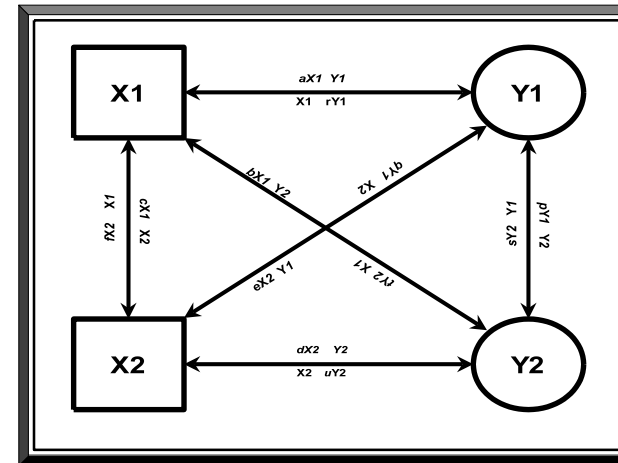


Figura 2. Diagrama Simplificado de un modelo causal con dos trastornos conductuales y dos variables causales. Y = trastorno conductual; X = variable causal; a,b,d, y e = impacto (peso) de una variable causal sobre el trastorno: c y f = peso de las variables causales entre sí; p y s = impacto de los trastornos conductuales entre sí; y q,r, u y t = impacto de los trastornos sobre las variables causales. Las flechas indican la dirección de la influencia. (Reproducida con permiso del autor).

Fig. 3

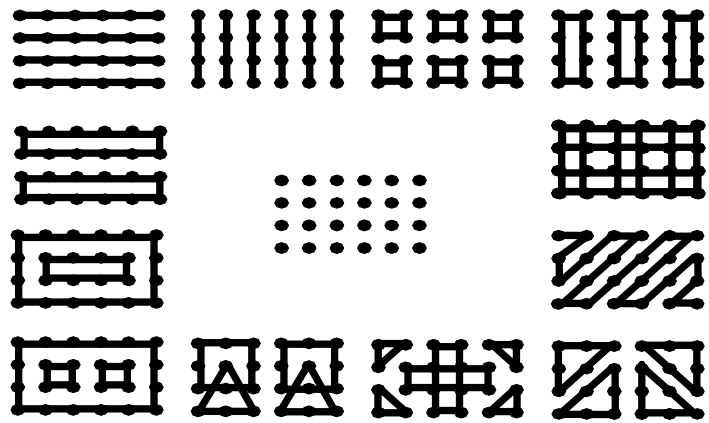
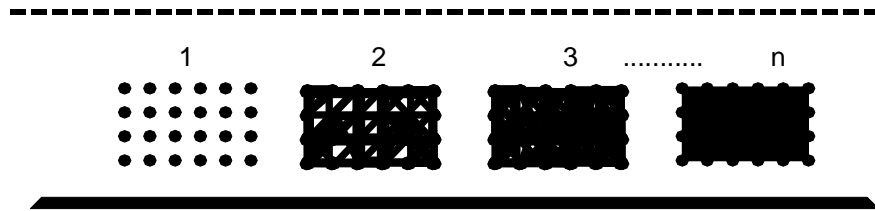
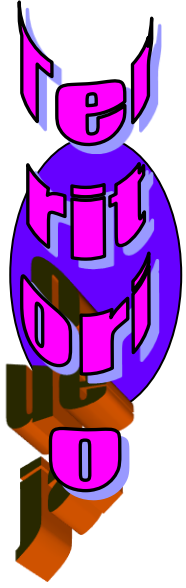


Fig. 4





Co
nsu
ROA
ma
eFi
nic
or
i
on
W



Fig.5

