

Aportaciones de la terapia familiar al concepto de normalidad psíquica

Puede resultar sorprendente que el concepto de «normalidad psíquica» y su estudio empírico sea un recién llegado a la investigación psiquiátrica. Pero ello resulta así si no se tiene en cuenta una serie de factores de diversa índole. En primer lugar citaríamos los factores históricos. No conviene olvidar que la psiquiatría irrumpe en el campo de las ciencias médicas de una forma artificiosa. El famoso gesto de PINEL en Bicetre es una anécdota, casi diríamos que un motivo pictórico, condicionado exclusivamente por factores sociológicos y no fruto de la elaboración reflexiva y continua de métodos o técnicas científicas. Ya en su origen la función del psiquiatra es «medicalmente insegura», como la define AMAT AGUIRRE (1), y comienza a sentirse el aserto/maldición de BASTIDE (2) cuando dice: «el psiquiatra será el encargado de buscar las causas de la enfermedad psíquica, pero la sociedad le señalará los enfermos que debe tratar». Además, el aprendizaje de la psiquiatría conlleva no sólo la obtención de una serie de habilidades, sino también lo que se ha denominado (KAPLAN, 3) una «incapacidad preparada», ya que el entrenamiento para reconocer lo anormal condiciona una cierta dificultad para registrar lo normal.

Por otro lado, el concepto es difícil y se muestra ambiguo, con una sobrecarga de características de valor y con múltiples significados y utilizaciones. Ello hace que algunos lleguen a negar su interés, limitándose a señalar su carácter relativo

(MILLON, 4) o bien interpretándolo como un criterio estadístico-cultural-personal de difícil aprehensión (BUTCHER, 5).

Quizás todo esto pueda resultar sorprendente e incluso ser tachado de falta de rigor científico. Pero un examen de lo ocurrido con el concepto similar de salud, dentro de la medicina, puede resultar en cierto modo exculpatorio. Efectivamente, como señala GEBSATTEL, el concepto de salud se reserva casi exclusivamente para la antropología médica y es abordado con un «pragmatismo simplista» al que se ha acusado de dificultar la captación de la dimensión existencial del hombre enfermo. Esta relatividad condiciona y explica la célebre afirmación de V. WEIZSAECKER: «enfermo es aquel que acude al médico».

La aproximación psicológica no es mucho más explícita y se ha quedado en un criterio estadístico derivado de la irrupción de las pruebas psicométricas, cuando no es paralela a los criterios psiquiátricos. En todo caso es muy tardío, y parece como si el entronque filosófico que la psicología ha tenido/padecido durante siglos les hubiera inclinado a aceptar sin más la premisa de NIETZCHE de «la salud no existe».

No obstante, cuando se produce el contacto más íntimo de la psiquiatría con la comunidad, motivada por causas tan dispares como la intervención en la II Guerra Mundial, la aparición de la psiquiatría preventiva, los estudios epidemiológicos para la planificación de la asistencia, etc., los psiquiatras entran en contacto con lectores de la población previamente no observados y se hace necesario un examen del «qué» y «quién», que condiciona un mayor cuidado en la delimitación de la normalidad. En otro orden de cosas, la necesidad de evaluación de los métodos psicoterapéuticos plantea la cuestión de disponer de un concepto patrón al que poder hacer referencia.

Lógicamente no se llega sin más a un criterio unívoco. A efectos de exposición, agruparemos los diferentes criterios de normalidad en cuatro perspectivas, siguiendo la opinión de OFFER y SABSIN (6):

1. *Normalidad como salud*.—Sigue estrictamente el crite-

rio médico. Si bien tiene como expresión más simplista la de ROMANO (7), según el cual, una persona es sana si se encuentra razonablemente libre de molestias, dolores e incapacidades, influirá en una serie de opiniones posteriores. El término de salud es opuesto al de enfermedad y el de normalidad es identificado con el de salud.

2. *Normalidad como utopía.*—Tiene desde su concepción claras influencias psicoanalíticas y hace radicar la normalidad en una mezcla armoniosa de diversos elementos del aparato mental que culmina en un funcionamiento óptimo. Si la llamamos utópica, es porque desde el principio este concepto aparece como dudosamente real, ya que, como señala el propio FREUD (8), «un Yo normal es, como la normalidad en general, una ficción ideal». Dicho criterio afecta a la práctica totalidad de las escuelas psicoterapéuticas, independientemente de su relación con el psicoanálisis. Así, lo encontramos con matizaciones en ROGERS (9) y, aunque con características aparentemente distintas, en MORENO (10), para el cual la base de la normalidad estaría en el equilibrio entre la fuerza de la espontaneidad creadora (similar al «élan vital» de BERGSON o al «impulso vital» de ORTEGA Y GASSET) y las resistencias de los medios físicos, individual y social. Sin insistir demasiado, señalaremos la posibilidad de encontrar este mismo sentido en BERNE (11), LOWEN (12), etc.

3. *Normalidad como promedio.*—Si bien es un criterio que aparece con más frecuencia en la psicología y en la biología, ha sido recogido por algunos psiquiatras (H. EY, 13). La única diferencia sería la importancia otorgada al aspecto sociocultural, puesto que, como algunos señalan, no podría utilizarse este concepto sin previamente definir la normatividad de la sociedad en que se desenvuelve el individuo (14).

4. *Normalidad como proceso de adaptación que se despliega a lo largo del tiempo.*—Probablemente, en este momento, es la más universalmente admitida de las orientaciones. A partir de la revisión de PIAGET (15) del concepto darwiniano de adaptación, aparece por primera vez la necesidad de tener en cuenta el medio y la temporalidad a la hora de definir la

normalidad. La mayoría de los autores hacen hincapié en la característica del proceso activo; así, ZAVALLONI lo define como «proceso activo que comporta la modificación de sí mismo en relación con el ambiente a fin de sobrevivir y vivir en las mejores condiciones», y conlleva la satisfacción de cuatro órdenes de necesidades internas (biológicas y psíquicas) y dos externas (físicas y sociales) con una integración en la relación (16).

La realización de este proceso comportaría la normalidad. Pero, como señala LAZARUS (17), no debe entenderse dicha adaptación como un logro o éxito, sino como un proceso continuo, llegando a plantearse la distinción, con falsa apariencia de semántica, de denominarle «achievement» o «process», en el que permanentemente debe incluirse el bienestar psíquico, la eficacia laboral, la ausencia de síntomas psicósomáticos y el comportamiento socialmente aceptable. Lógicamente, si se entiende la adaptación como un proceso con desarrollo temporal, no puede aceptarse una normalidad válida en todo momento, sino que inmediatamente se exige que dicha adaptación se acompañe de un criterio de «maduración», entendido como una capacidad de sacar conclusiones y obtener módulos de comportamientos que faciliten dicha adaptación, sin la cual el proceso no podría considerarse dentro de la normalidad. Este nuevo concepto de «maduración» podría ser definido, con ZUNINI (18), como la «superación de la referencia prevalente a sí mismo, extendiéndose a la comprensión de los demás y participante activamente en su vida, con una relación afectiva de intimidad y respeto».

Quizás, como resumen y colofón de este criterio, podríamos señalar el concepto de salud de la OMS: estado de bienestar bio-psico-social, entendiéndolo con un carácter dinámico y transitivo, que conlleva un esfuerzo constante por mantener dicho equilibrio y también un esfuerzo por alcanzar metas más perfectas dentro de ese equilibrio. Pero esta conceptualización tan clara y simplista encierra una serie de graves problemas, señalados por algunos (SEVA, 20). Por un lado, variaciones culturales pueden relativizar el concepto de salud

o normalidad, piénsese simplemente en las diferencias obtenidas según un abordaje estoico o epicúreo del hombre en esta concepción. Por otro lado, se corre el riesgo de que el referido criterio pueda orientarse únicamente hacia una concepción hedonista, vacía de toda capacidad de resistencia y de sacrificios, fomentadora de todo tipo de fobias, temores e inseguridades, que, finalmente, podrían constituirse en una auténtica enfermedad, la «enfermedad de sentirse enfermo», en la que lo hipocondríaco cobra toda su singularidad. Por último, siguiendo este criterio, el «nosos» de la enfermedad deja de tener vigencia, siendo el propio individuo y el medio social los que van a definirle como enfermo en última instancia.

Creemos, pues, que no es posible hacer otro resumen que aquel que señale que hay tantos criterios o conceptos de normalidad como abordajes hay del hombre, encontrándose una clara relación entre la concepción filosófica y el criterio de normalidad.

No resistimos la tentación de señalar las diferentes etapas del desarrollo psicológico y su correlación. Así, tras una primera concepción del hombre como abstracción en relación con la divinidad, que se correspondería con la fase mítico-mágica del enfermar, se pasa a una concepción del hombre como ser concreto, estudiado aisladamente, lo que se correlaciona con la más primitiva de las concepciones biologicistas, a la que sigue la visión del hombre como ser en relación con un medio inamovible, correspondiente con la prevalencia de los conceptos de adaptación darwiniana y del aprendizaje. La irrupción de FREUD condiciona una visión dinámica, que corresponde con las primeras aportaciones de la fase que denominaríamos de interacción del hombre con su medio. Por último, podríamos decir que estamos en una concepción del hombre como ente social, que señala la interrelación entre las diversas conductas y que podríamos resumir en la siguiente frase de HEGEL: «el obrar de uno es el obrar del otro», entrando así en una desmitificación de la individualidad o de la independencia, cuestionada desde campos tan diversos como

el literario, donde BERNARD SHAW señala que «la independencia es un prejuicio burgués», o el psiquiátrico, donde SULLIVAN habla de la «ilusión de la individualidad personal».

Podría pensarse que en esta evolución hay un alejamiento progresivo del pensamiento clásico griego, cultivado durante siglos con un respeto idolátrico. Convendría recordar a SPENGLER (21), para el que: «la historia del pensamiento occidental es la historia de la emancipación progresiva con respecto al pensamiento clásico, una emancipación nunca deseada, sino impuesta desde las profundidades del inconsciente».

En esta situación histórica aparecen dos factores en la praxis psiquiátrica que van a revolucionar la concepción de la misma. Por un lado, la teoría psicoanalítica, que permite por primera vez trascender de la pura observación fenomenológica del enfermar psíquico, disponiéndose de un instrumento de comprensión de la intimidad del proceso morboso. Y, por otro, la irrupción de la psicofarmacología, que permite modificar la evolución de la patología de forma eficaz y casi sistemática. Paradójicamente, el emergente de la superposición de ambos hechos es la descalificación, parcial, del método terapéutico preconizado por el psicoanálisis que se muestra estrecho y que, apenas «in statu nascendi», es superado en su énfasis en la relación diádica, preponderando la importancia de lo grupal-relacional y surgiendo, así, lo que podríamos llamar socioterapias. Una anécdota paradigmática sería la del encuentro de FREUD con MORENO y la expresión de éste: «Yo empiezo donde usted termina. Usted encierra a los enfermos en su gabinete y analiza sus sueños, yo les lanzo a la calle y les doy fuerzas para soñar nuevamente» (22).

Superando lo puramente diádico y aceptando lo grupal, comienzan a surgir nuevos problemas. La utilización de las técnicas socioterapéuticas, en sus diversas concepciones de terapia grupal, comunidad terapéutica, etc., plantea una observación de difícil interpretación teórica. Si bien el paciente presenta una evolución concreta, en muchos casos estable y cercana a la normalidad, dentro del contexto, su salida de la relación grupal «artificial» al grupo «natural» no se pro-

duce con la conservación de esta normalidad en un gran número de casos. Evidentemente es la influencia psicoanalítica la que condiciona que se centre la observación en el grupo familiar. No en vano FREUD y sus alumnos han privilegiado las influencias biográficas y las relaciones parentales como factor patógeno. Tras una primera aproximación en la que surgen criterios tan dispares como el concepto «madre esquizofrenógena» (23), la supervaloración de los criterios genéticos (24) o la visión nihilista de la familia (25), un grupo de autores coinciden en el estudio de la interacción familiar y de la influencia de la misma en la patología. Puede decirse que estos trabajos, situados en lo que RITTERMAN (26) ha llamado «suposiciones preteóricas», configuran el inicio de lo que hoy conocemos como «terapia familiar». Sin querer entrar en disquisiciones conceptuales, diremos que lo que caracteriza a estas terapias es la orientación hacia procesos y comportamientos interpersonales, que ocurren entre miembros del sistema psicosocial familiar y entre este sistema y el ambiente (SKINNER, 27).

Desde los primeros trabajos y aportaciones hasta la actualidad han transcurrido casi treinta años, pero gran parte de ellos se pararon en esa etapa señalada de suposiciones preteóricas y, como señala HALEY (28), sin que los profesionales que trabajan con criterios muy similares se pusieran en contacto entre sí. Puede decirse que la terapia de familia surge, pues, de una necesidad evidenciada por la praxis y que, por ello, distintos profesionales, en distintas partes del mundo, abocan a ella desde muy distintas posiciones teóricas previas. Sin embargo, poco a poco se van evidenciando escuelas diversas, condicionadas más por la metodología que por las bases empíricas iniciales. Así, GUERIN en 1970, hace una primera clasificación (29), que aún hoy podemos aceptar como válida.

Distingue este autor seis tipos fundamentales:

1. *Estructurales*.—Cuyo representante paradigmático se

ría Salvador MINUCHIN y cuyo punto de partida teórico sería la visión de la familia como estructura.

2. *Estratégicas y/o comunicativas*.—Representadas fundamentalmente por HALEY y VIRGINIA SATIR, cuyo énfasis fundamental está en los modelos de comunicación familiar.

3. *Dinámicas*.—Representadas por ACKERMAN, BORZORMENYI, etc., y con una clara y evidente influencia psicoanalítica.

4. *Experienciales*.—Cuyo representante, KEMPLER, refiere como basada en la exploración del «qué» y «cómo», del «yo» y «tú», en el «aquí» y «ahora» (30).

5. *Diferenciales*.—Cuyo más fiel exponente es BOWEN (31), que se centra en el ego familiar común indiferenciado, como conglomerado emocional singular, existente en toda la gama de intensidad en la familia.

6. *Empíricas*.—Que comprende todas aquellas aportaciones de los modelos psicoterapéuticos «tradicionales» al campo de la terapia familiar.

Este amplio cuadro puede resumirse a niveles pragmáticos siguiendo el criterio de WALROND SKINNER (27) en dos grandes grupos:

Por un lado, el que privilegia el incremento de información al grupo familiar y la visión del mismo por áreas y en el que se incluyen las dinámicas, diferenciales y empíricas. Por otro, estarían las que pretenden fundamentalmente un cambio en el comportamiento, donde se ubicarían las estratégicas, experienciales y conductistas. El autor señala la estructural de BOWEN como intermedia entre estas dos concepciones.

No obstante este aparente polimorfismo, hay un hecho de singular importancia. Al igual que antes decíamos que desde puntos y principios aislados se llega a una praxis que sólo se diferencia en matices, cuando estas escuelas se vuelven a los supuestos teóricos psicopatológicos y psicológicos de donde

partieron (psicoanálisis, psicoterapia grupal, etc.) encuentran una enorme dificultad para explicar los hallazgos e incluso para hacerse entender dentro de la terminología al uso. La primera conclusión es la conceptualización de la terapia de familia como un paradigma nuevo, que va apareciendo poco a poco en casi todos los autores (32, 33, 34, 28, 31). Quizás sea HALEY quien mejor lo ha captado cuando dice: «la terapia familiar no es simplemente un nuevo método de tratamiento; antes bien, nos muestra la causa y el tratamiento de problemas psiquiátricos con una nueva óptica» (35).

Pero inmediatamente se hace necesario un presupuesto teórico, capaz de explicar la dinámica y los acontecimientos encontrados dentro de la realidad de la terapia de familia. Y ponemos el énfasis en este paso de praxis a teoría, porque supone un punto de vital importancia. Puede decirse que sólo después de las aportaciones científicas vigentes, que demostraron su ineficacia como presupuesto teórico, los terapeutas familiares buscaron un nuevo paradigma capaz de dar satisfacción a los problemas planteados. Es así como aparece en la Terapia de Familia la Teoría General de los Sistemas, como generalmente se la conoce, frente a la terminología empleada por algunos de Teoría de los Sistemas Generales, quizá más correcta pero no consagrada por el uso (36).

No quisiéramos entrar en la génesis histórica de esta aceptación teórica, pero sí señalaremos a dos autores, MINUCHIN y SKINNER, como sus más genuinos representantes y, desde luego, es incuestionable que se observó, como dice GUERIN, una evolución de la periferia al centro de esta TGS en la terapia familiar en el corto espacio de una década (29). Hasta tal punto, que es posible afirmar (SKINNER, 27) «que la terapia familiar como modalidad deriva sus posiciones básicas, implícita o explícitamente, de la TGS».

La TGS afirma que el universo está compuesto de una jerarquía de sistemas concretos, definidos como acumulaciones de materia y energía, organizados en subsistemas o componentes coactuantes e interrelacionados en un «continuum» común espacio temporal. Uno de los pioneros en este campo,

Von BERTALANFFY, se anticipa a la crítica de pretender emplear una teoría única para principios o entidades físicas y humanas (37) con un símil no exento de humor. Sería, según él, el mismo principio por el cual la ley de gravedad está en relación con la manzana de NEWTON, el sistema planetario y las mareas, sin que las manzanas, los océanos y los planetas tengan nada en común. Como señala otro clásico del tema (MILLER, 38), no se trata de una nueva disciplina, sino de una teoría que intenta eliminar las fronteras disciplinarias que oscurecen las relaciones de orden entre diversas partes de un mundo real. En su primera aproximación diremos que procura una nueva resolución del viejo dilema psiquiátrico entre mente y materia. Siquiera sea brevemente pasaremos a esbozar algunas de las características.

Ante todo señalaremos la definición del sistema, esto es, una serie de unidades interrelacionadas entre sí. El estado de cada una de estas unidades depende de las demás. Podría decirse que el sistema está compuesto de objetos con atributos y relaciones, lo que, dicho de otra forma, sería que el sistema se compone de materia, energía e información. El concepto de información dentro del sistema es muy amplio, trascendiendo de su significación habitual e incluyendo todo conjunto de señales, símbolos o módulos, vehiculados en soportes de materia-energía, posible entre dos elementos de un sistema. Así, sería información mi palabra, mi gesto, la estructura de mi DNA, etc., dentro del sistema de los seres vivos. Evidentemente podemos distinguir dos tipos fundamentales de sistemas: los cerrados con fronteras casi impermeables a la información, denominados también sistemas no-vivos, para distinguirlos de los sistemas abiertos, típicos de los seres vivos que toman la información de fuera de sus fronteras.

Es posible entender al ser humano como un sistema abierto, pero generalmente es más fácil comprenderlo como un subsistema dentro de otro u otros sistemas, estableciéndose, entonces, la estructuración en complejidad que va de componente o subsistema, a sistema o suprasistema. Sin que, obvia-

mente, pueda descartarse la participación simultánea en más de un sistema.

A la vez que el de sistema, está el concepto de medio, definido como «el conjunto de todos los objetos cuyos atributos, al cambiar, afectan al sistema y también aquellos objetos cuyos atributos son modificados por la conducta del sistema» (39).

Estos sistemas y, más específicamente, los humanos, en los que nos centraremos en adelante, por razones obvias, presentan una serie de características singulares o propiedades que señalamos:

En primer lugar está la totalidad, esto es, cada una de las partes del sistema está en relación con las demás, de tal forma que un cambio en una de ellas provoca un cambio en el resto y en el sistema total. Si este principio no se cumple, podemos decir que no estamos ante un sistema, sino ante un «montón» (en la terminología de la TGS). Si este concepto de totalidad puede parecer artificial, permítaseme una referencia a nuestro núcleo, la familia, y analicémosla considerando un sistema. La desaparición o la modificación de atributos de un elemento, sea del tipo que sea (enfermedad, boda, etc.), condiciona un cambio en la familia como totalidad y en cada uno de los elementos por sí mismo, fruto de la variación de la información (señales o patrones) que dicho cambio confiere. Lógicamente este principio condicionaría la imposibilidad de aceptar el estudio de relaciones unilaterales de los elementos del sistema, como hasta ahora planteaba el presupuesto científico tradicional (por ejemplo, el estudio simple acción-reacción de un determinado estímulo) y mucho menos aceptable sería el análisis formal de cada elemento «teóricamente» aislado, puesto que ello impediría la comprensión de las informaciones recibidas y emitidas por ese elemento.

Ya la ciencia tradicional tuvo problemas para considerar algunos sistemas en los que era imposible eludir, ni siquiera teóricamente, dicha complejidad, como en el caso de la cor-

teza cerebral del organismo de vida autónoma o el sistema económico humano (40). Un corolario de la totalidad es la no-sumatividad, es decir, no puede entenderse el sistema como la suma algebraica de sus partes, cobrando relieve el concepto psicológico de gestalt, que aparece como una manera de expresar la referida no-sumatividad. En el ejemplo más claro: es evidente que la suma de determinadas cantidades de carbono, oxígeno, hidrógeno y algunos compuestos químicos más, no es igual al hombre. En esta misma línea estaría la cualidad emergente de la interrelación, que en el ejemplo anterior sería el concepto de vida. Una aproximación al contexto familiar permite, con estos dos principios, comprender una gama de trastornos y comportamientos, puesto que si aceptamos que toda conducta es comunicación, y resulta imposible no comunicarse, el pretender entender al hombre aislado de ese entramado de comunicaciones interactuantes, en la variable primordial del tiempo, es realmente superfluo y estéril.

Resulta mucho más comprensible el analizarlo inmerso en ese sistema, recibiendo y emitiendo una información que estabiliza el sistema y, a la vez, modifica sus atributos dentro del mismo. Sólo así adquiere una dimensión nueva y comprensible el concepto de adaptación o de maduración, que tan difícil nos parecía en un principio. Lógicamente, si entendemos que el sistema familiar de origen constituye la matriz de identidad del individuo (34), y que sus inputs-outputs de información van a constituir, en su desarrollo secuencial, o mejor, en su aspecto relacional, la base de sus posteriores modos de comunicación (32), resalta la importancia de la teoría y permite la comprensión del hombre sano o enfermo desde una nueva óptica. Pero, como otra conclusión derivada del principio de la totalidad, tenemos el carácter forzosamente complementario de todo tipo de relación, opuesto al de relaciones unilaterales. En el ejemplo familiar de la esposa regañona y el marido retraído se aprecia, desde esta perspectiva, esa relación circular, evidenciada hasta la saciedad dentro de la terapia familiar, y que condiciona una nueva per-

cepción de diferentes tipologías, tales como líder, sádico, etc., utilizados para definir patrones de conducta cuya realidad resulta incompleta fuera de este contexto.

Cabría preguntarse, si se acepta el rechazo de la relación unilateral y la sumatoria dentro de un sistema, ¿cuál es la forma de relación? Desde el advenimiento de la cibernética y el descubrimiento de la retroalimentación, se comprobó que la relación circular, altamente compleja, en que un elemento influye y es influido por otros, permite eludir la estéril elección entre sistemas deterministas y sistemas causales teleológicos. Pero debe pensarse que el mecanismo es más complejo de lo que a primera vista pueda parecer. Así, en el ejemplo clásico del homeostato de ASHBY (40), con cuatro sistemas termorreguladores idénticos interconectados de forma circular, a pesar de la simplicidad del circuito, cuenta con 390.625 combinaciones de valores, o dicho de forma más humanizada, cuenta con ese número de actitudes adaptativas posibles frente a cambios en su mundo interno o externo. Obviamente, la complejidad de cada elemento del sistema familiar permite una variabilidad teóricamente infinita y sólo la retroalimentación del sistema condiciona que la maduración o adaptación al medio se consiga en el corto espacio de veinte años, en un tanto por ciento cercano al cien. Resalta de nuevo un hecho comprobado en terapia de familia, la relación entre la maduración y los métodos y calidad de la información recibida, pero obteniéndose ya una base teórica que permite su comprensión y aprehensión.

Una cuestión que ha suscitado enorme interés y que no ha podido ser resuelta dentro de los criterios psicológicos tradicionales residía en el hecho de que en las mismas familias coexistieran tipologías muy diversas e incluso opuestas, y su contraria, esto es, que familias radicalmente distintas dieran tipologías similares. La cuestión queda resuelta en función del principio de la equifinalidad señalado por BERTALANFFY (37), según el cual, idénticos resultados pueden tener orígenes distintos y resultados finales distintos pueden tener las mismas causas. Ello se debe, según este autor, a

que lo determinante no es el origen o estado inicial, sino la naturaleza de la organización, en los sistemas abiertos auto-modificadores. Así, pues, toma un carácter científico el principio de determinadas escuelas de terapia familiar, según las cuales lo importante no es el contenido de la información, sino la forma en que ésta se transmite y fluidifica.

Pero el abordaje terapéutico de la familia evidenció desde sus comienzos una característica singular. Desde los primeros trabajos, se tomó conciencia de que la reducción de la sintomatología de un paciente producía, en muchos casos, la aparición de síntomas en otro o desencadenaba acontecimientos de descomposición. Así, son clásicas las comunicaciones en las que se indica que la mejoría de un paciente provocaba divorcios, trastornos mentales en otro miembro de la familia o procesos de clara índole psicossomática. Ello llevó a JACKSON (33) a acuñar un término que hoy es ya clásico; el de «homeostasis familiar», íntimamente relacionado con el de retroalimentación que acabamos de exponer y que señala, como el término de BERNARD, un mecanismo para minimizar el cambio. Curiosamente, esta retroalimentación negativa permite mantener un estado de estabilidad del sistema, que aparece como constante en las familias unidas, a fin de soportar las tensiones impuestas por el medio y por los sistemas individuales. Lógicamente, en las familias perturbadas, donde la resistencia al cambio es más intensa, se demuestra a veces una retroalimentación preponderantemente negativa, que desarrolla una notable capacidad para mantener el «status quo». En muchos casos, el trastorno de uno de los miembros aparece como un factor decisivo en el mantenimiento de la referida homeostasis, lo que ha hecho que se hable de paciente «index» (32) o «paciente identificado» (34) dentro de la terapia familiar.

El concepto viene a resultar similar al de «individuo sano en grupo enfermo y grupo enfermo con miembro sano» señalado por MORENO (41). Pero ello nos lleva a un nuevo cuestionamiento... ¿es posible hablar de normalidad sin tener en cuenta el marco referencial familiar, tal y como lo hemos se-

ñalado? MINUCHIN responde a este cuestionamiento señalando cómo la patología puede ubicarse en el interior del paciente, en el contexto social o en el efecto de retroalimentación entre ambos, pretendiendo una modificación de la patología y, por ende, del criterio de la normalidad que tenga en cuenta que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno (34). El concepto, pues, de normalidad no sería, según algunos, individual sino social, y no puede aislar al individuo haciéndose la valoración sólo a través de la red de relaciones en que se halla envuelto (32). En este sentido, HALEY (42) apunta que la unidad de diagnóstico no es sólo el individuo, ni siquiera la familia, sino que también debería incluir al terapeuta, puesto que lo que éste percibe a través de la terapia es un sistema condicionado por su propia presencia en el mismo, lo que le imposibilitaría, en otra índole de cosas, para llegar a la delimitación del concepto de normalidad, y sólo se podría hablar de la función adaptativa del síntoma o de la conducta a una determinada situación de stress. En la misma línea está la observación de JACKSON y WEAKLAND, cuando hablan de la terapia de familia como «enfermedad comunicable» (43), señalando que los atractivos de la praxis terapéutica, para el propio terapeuta, pueden condicionar una peligrosa escotomización de los aspectos diagnósticos y una distorsión de los criterios objetivos, permitiendo a través de su inclusión en el sistema la liberación de aspectos patológicos personales. No obstante, es precisamente este autor, JACKSON (43), uno de los pocos que han esbozado unas categorías de familia, que pueden entenderse como un intento de aproximación a la valoración clínica. Según él, puede hablarse de:

— *Familias con relación satisfactoria estable.*—Donde ambas partes llegan al acuerdo explícito de que una u otra controla la relación o bien ciertas áreas dentro de la relación. Se pone el énfasis en la característica de «explícita», es decir, se puede hablar de ello y de las consecuencias, sin que eso signifique hacer lo que él humorísticamente llama «psiquiatría de salón». Lógicamente, el término «estable» no significa

funcionamiento perfecto y sí implica breves períodos de inestabilidad.

— *Familias con relación satisfactoria inestable.*—Difiere de la anterior sólo en cuanto a la duración de los períodos de inestabilidad, y podría decirse que fuerzas externas o internas crean frecuentes períodos inestables, aun cuando los períodos estables son satisfactorios. Volvemos a hacer hincapié en el carácter explícito del acuerdo, aunque esto no indica que forzosamente sea verbal.

— *Familias con relación insatisfactoria inestable.*—No se llega a un acuerdo acerca de quién controla la relación o áreas dentro de ella. Es más, las aparentes definiciones son rápidamente cuestionadas. La discusión tiene lugar a nivel de detalles y no suele corresponder a un nivel relacional. Cada uno tiende a ver la conducta del otro como un desafío, procediéndose a la negación de las mismas, lo que obliga a la utilización de síntomas histéricos o psicosomáticos, puesto que son mensajes que no se pueden negar como mensajes.

— *Familias con relación insatisfactoria estable.*—Las partes han acordado no discutir jamás quién está a cargo de la relación o de áreas dentro de ella. La relación es estable porque los problemas se evitan, pero es muy poco lo que se da o lo que se recibe. Se caracterizan por su inflexibilidad y compulsividad, y los valores o normas culturales o sociales, tales como principios políticos o religiosos, adquieren una gran importancia, porque incluyen una autoridad externa y así liberan, aparentemente, a la familia del conflicto con respecto a quien determina la naturaleza de la relación.

Llegados a este punto, es lógico preguntarse si el constante cuestionamiento de la realidad en el sentido clásico y la casi descalificación del diagnóstico nosológico tradicional pueden ser sustituidos por las aportaciones de la terapia familiar. Creemos que la TGS y la praxis de la terapia familiar han demostrado suficientemente la necesidad de una comprensión más amplia del enfermar y de la normalidad, que los parámetros y los criterios han sido ampliados, pero no es lícito en este momento decir que han sido sustituidos por otros ins-

trumentos de mayor eficacia. Las implicaciones personales, doctrinales, sociales, políticas, culturales, etc., del terapeuta familiar lo condicionan de tal forma, que un mínimo de rigorismo científico le obliga a una revisión e investigación de los resultados de su praxis. Pues bien, ello no puede hacerse en las circunstancias actuales, como insiste GALE (44), más que a través de la aceptación de los criterios nosológicos y de normalidad derivados de las aportaciones tradicionales; lógicamente, siguiendo criterios actualizados como el diagnóstico multiaxial o las clasificaciones internacionales de las enfermedades que pueden y deber ser completadas por los conceptos y criterios señalados en esta exposición, pero nunca relegados ni olvidados como caducos. Como dice el autor citado: «El abandono del modelo médico podrá conducirnos nuevamente lejos de la verdad. Es más que probable que la predisposición de reaccionar al stress de modo inadecuado es determinada, en su mayor parte, por factores biológicos y que negar esto sería no proporcionar la ayuda apropiada al sujeto sometido a tratamiento». Lógicamente, la utilización del diagnóstico, en su correcta valoración y no como una mera etiqueta, es un ideal presente en esta concepción. Obviamente, con el concepto de normalidad psíquica ocurre algo similar. Las aportaciones de la terapia familiar permiten comprender una serie de mecanismos y factores desencadenantes de los trastornos y delimitar la capacidad de adaptación a un medio, pero no sustituye los criterios de normalidad o patología.

A modo de resumen, podríamos decir que la terapia familiar ha señalado la necesidad de valorar el sistema familiar en el que el individuo está inmerso a la hora de conceptualizar la normalidad y, por ende, la anormalidad. Sus aportaciones permiten señalar cómo dicho sistema forma parte consustancial del individuo, en dicha conceptualización, y constituye un todo inseparable para la misma. Y una vez más, cuando el científico cree descubrir algo, mira hacia atrás y se encuentra con que el viejo filósofo llegó antes. Si ustedes reflexionan, todo lo dicho no es sino una larga paráfrasis de un aserto de ORTEGA, de 1914 (45), el más famoso y quizás el más veces

truncado al citarlo: «yo soy yo y mis circunstancias y si no las salvo a ellas no me salvo yo». Que la familia es la circunstancia más importante del hombre y que es necesario salvarla para salvarse el hombre mismo es ya una aclaración casi innecesaria.

BIBLIOGRAFIA

1. AMAT AGUIRRE, E.—“Sociogénesis de los trastornos Psíquicos”. Ponencia al XII Congreso nacional de Neuropsiquiatría, Valladolid, 1973.
2. BASTIDE, R.—Prólogo al libro de P. Carvallo Neto: “Folklore y Psicoanálisis”. Ed. Joaquín Martín, México, 1968.
3. KAPLAN, A.—“A Philosophical Discussion of Normality”. Arch. Gen. Psychiatry, 17: 325, 1967.
4. MILLON, T.—“Psicopatología Moderna”. Ed. Salvat, Barcelona, 1976.
5. BUTCHER, J. N.—“Psicopatología de la Vida anormal”. El. Marfil, Alcoy, 1973.
6. OFFER, D. y SABASHIN, M.—“Normalidad” en el libro “Tratado de Psiquiatría” de Freedman, Kaplan y Sadock, Tomo I, pág. 527 y ss. Salvat editores, Barcelona, 1982.
7. ROMANO, J.—“Basic Orientation and education of the medical student”. J. A. M. A. 143: 409, 1950.
8. FREUD, S.—Citado por OFFER y SABASHIN, op. cit. pág. 527.
9. ROGERS, C. R.—“Psicoterapia Centrada en el cliente”. Paidós, Ed. Buenos Aires, 1975.
10. MORENO, J. L.—“Psicoterapia de grupo y psicodrama”. F. C. E. México, 1975.
11. BERNE, E.—“Introducción al tratamiento en grupo”. Grijalbo, Barcelona, 1983.
12. LOWEN, A.—“La depresión y el cuerpo”. Alianza Editorial, Madrid, 1982.
13. EY, H.—“Tratado de Psiquiatría”. Toray Masson, Barcelona, 1965.
14. ALONSO FERNANDEZ, F.—“Fundamentos de Psiquiatría Actual”. Paz Montalvo, Madrid, 1979.
15. PIAGET, J. y NUTTIN, J.—“Los procesos de adaptación”. Proteo, Buenos Aires, 1970.
16. ZAVALONI, R. y MONTUSCHI, F.—“La personalidad en perspectiva social”. Herder, Barcelona, 1977.

17. LAZARUS, R. S.—“Adjustement and personality”. McGraw-Hill, Nueva York, 1961.
18. ZUNINI, G.—“Homo Religiosus”. Il Saggiatore, Milan, 1966.
19. O. M. S.—Primer informe del comité de expertos en salud mental. Serie de informes técnicos, Ginebra, Publicaciones de la OMS.
20. SEVA DIAZ, A.—“Psiquiatría Clínica”, Espaxs, Barcelona, 1979.
21. SPENGLER, O.—“The Decline of the West, Form and Actuality”. Alfred A. Knopf, Inc. Nueva York, 1926.
22. DREYFUS, C.—“Los grupos de encuentro”. Mensajero, Bilbao, 1977.
23. FROOM-REICHMAN, F.—“Notes on the development of treatment schizophrenics psychoanalytic psychotherapy”. *Psychatry*, 11: 263, 1948.
24. EYSENK, H. J.—“Fundamentos Biológicos de la Personalidad”. Fontanella, Barcelona, 1980.
25. COOPER, D.—“Mort de la famille”. Seuil, Paris, 1972.
26. RITTEMAN, M. K.—“Paradigmatic classification of family therapy theories”. *Family Process*, 16, 29-46, 1977.
27. WALROND-SKINNER, S.—“Psicoterapia de la familia y de la pareja”. Trotay, Barcelona, 1982.
28. HALEY, J.—“Tratamiento de la familia”. Trotay, Barcelona, 1980.
29. GUERIN, P. J.—“Family therapy: the first twenty five years”, en *Family Therapy*, Gardner Press, Nueva York, 1976.
30. KEMPLER, W.—“Terapia familiar experimental”, en op. cit. 28 de Haley.
31. BOWEN, M.—“Uso de la teoría familiar en la práctica clínica”, en op. cit. Haley (28).
32. STIERLIN, H., RUCKER-EMBDEN, I., WETZEL, N. y WIRSCHING, M.—“Terapia de Familia”. Gedisa, Barcelona, 1981.
33. JACKSON, D. D. y WEAKLAND, J. H.—“Terapia familiar conjunta: Consideraciones sobre teoría, técnica y resultados”, en “Interacción familiar”. *Tiempo Contemporáneo*, B. Aires, 1971.
34. MINUCHIN, S.—“Familia y Terapia Familiar”. Gedisa, Barcelona, 1979.
35. HALEY, J. y HOFFMAN, L.—“Techniques of family therapy”. Basic Books, Nueva York, 1967.
36. VON BERTALANFFY, L.—“General System Theory”. *General Systems Yearbook*, 1: 1-10, 1956.
37. WATZLAWICK, P., BEAVIN, JH., JACKSON, D. D.—“Teoría de la comunicación humana”. Herder, Barcelona, 1981.
38. MILLER, J. G.—“Teoría General de los Sistemas”, en “Tratado de Psiquiatría”, Tomo I, pág. 84 y ss. de Freedman, Kaplan y Dadock, Salvat, Barcelona, 1982.

39. HALL, A. D. y FAGEN, R. E.—“Definition of System”. *General Systems Yearbook*, 1: 18-28. 1956.
40. ASHBY, W. R.—“Design for a Brain”. Edición en Castellano, Tecnos, Madrid, 1965.
41. MORENO, J. L.—“Psicodrama”. Horme. B. Aires, 1972.
42. HALEY, J.—“La terapia familiar: un cambio radical”. I Congreso Argentino de Psicopatología de Grupo Familiar, B. Aires, 1970.
43. BATESON, G., FERRERA, A. J., JACKSON, D. D., LIDZ, T., WEAKLAND, J., WYNNE, L. C., ZUK, G.—“Interacción familiar”. *Tiempo Contemporáneo*, B. Aires, 1974.
44. GALE, A.—“Problemas de investigación en los resultados de la terapia familiar”, en “*Psicoterapia de la familia y de la pareja*”, op. cit. 27.
45. ORTEGA Y GASSET, J.—“Meditaciones del Quijote”. Col. El Arquero. *Revista de Occidente*, Madrid.

J. L. MORENO CHAPARRO