

**MITOS Y DESMITIFICACIONES  
DEL MODELO SISTÉMICO  
Por Marcelo R. Ceberio**

**2002**

# **MITOS Y DESMITIFICACIONES DEL MODELO SISTÉMICO**

**Por Marcelo R. Ceberio**

*Cuando se intenta describir a la psicoterapia sistémica, bien puede ser caracterizada por su gran efectividad en la producción de cambios en tiempo breve. Tal es así, que muchos de los textos que se han constituido en baluartes de la teoría y de la práctica, llevan la palabra cambio en sus portadas. De la misma manera, se ha buscado la sinonimia entre la palabra crisis significándola como cambio y, paralelamente, redefinir el sentido pecaminoso que este término lleva montado sobre sí.*

*A cualquiera que se encuentre enraizado con el modelo sistémico, seguramente le resultará familiar esta introducción. Más aún, recordará textos como Cambio (1976), La táctica del cambio (1994), El lenguaje del cambio (1980), Estética del cambio (1987), El arte del cambio (1992), Clínica del cambio (1990), entre otros. Libros, principalmente los primeros, que han signado un camino en la evolución del pensamiento sistémico. Pero, en relación a la psicoterapia sistémica, existen una serie de conceptualizaciones que han creado y recreado la estructura del modelo. Muchas de ellas han colaborado en definirlo y muchas otras en desvirtuarlo. Es decir, algunas de las características que describen al modelo, no hacen más que introducirlo en categorías que se alejan de lo que en realidad desarrolla en la práctica concreta y esto, se constituye en caldo de cultivo de críticas de otros modelos.*

## **MITOS Y DESMITIFICACIONES 1**

Una de las críticas más descalificantes, principalmente de los círculos psicoanalíticos más acérrimos, consiste en reducir a la psicoterapia sistémica a un manejo de técnicas comunicacionales, algunas de las cuales, son blanco de ridiculizaciones como las intervenciones o prescripciones paradójales. Estas técnicas, que por sus efectos resultan casi mágicas, a propósito, son tildadas de soluciones sintomáticas y como tales temporáneas para, por fin, el síntoma aparecer tiempo después ya sea bajo la misma funda o transformándose en otro tipo de conducta anómala, como más adelante especificaremos.

El problema, no solo radica en la ignorancia de otras corrientes terapéuticas acerca de los fundamentos epistemológicos del modelo sistémico, sino de quedarse varados en la variable epistemológica clásica de la linealidad y enmarcar absolutamente cualquier maniobra terapéutica sistémica en tal perspectiva. Opinar

desde el desconocimiento, lleva a adjudicar la invalidación de la táctica sin apelar a avales que justifiquen adecuadamente la crítica. Entre otras cosas, para entender las intervenciones o prescripciones paradójales, hace falta entender una parte de la indagación sistémica que se remite a los intentos de solución del problema, por tanto, indagar no la esfera de lo intrapsíquico sino el contexto y las interacciones. Una inversión de 180 grados de la solución empleada, implica caminar por el territorio de lo absurdo e ilógico, aunque poco de estos adjetivos tiene, ya que resulta lógico que si la aplicación de la lógica racional no resultó efectiva, se aplique lo contrario.

Entender la aplicación de tareas de cualquier tipo, no consiste en reducirlas a consejos banales, tal cual podrían ser ofrecidos por un amigo o un familiar del paciente. Las tareas están dirigidas a obturar soluciones intentadas convencionales y en gran medida condenadas al fracaso, colocando en su lugar acciones verdaderamente correctoras ya sea por efecto negentrópico ya sea por entropía. Para dar una opinión fundamentada acerca de este recurso, es necesario ingresar en el territorio de las interacciones y aceptar, convencerse, en fin, creer, que la pragmática de la comunicación humana es una de las claves del cambio.

Es cierto que cuando se tilda de *mágicas* a estas maniobras, nada más alejado de la magia cuando se conoce *La teoría de los tipos lógicos o la Teoría General de los sistemas o la Cibernética*.

La misma crítica descalificante recibe la connotación positiva, como simplemente una edulcoración en el vínculo terapéutico o -en el peor de los casos- la tentativa de seducción hacia el paciente. Se desconoce así, la pura cepa de la redefinición que reformula la atribución de significados por sobre el síntoma, el problema o la situación, cambiando de categorización el contenido, lo que implica una profunda redefinición cognitiva. Aunque también, existen otras connotaciones más superficiales que ayudan a valorizar al paciente. Por ejemplo, cuando el terapeuta lo apoya en sus esfuerzos por asistir a la consulta y desear salir del problema en que se encuentra. En síntesis, lo que se intenta valorar son sus ganas de crecer y progresar en la vida. Sea cual fuere el nivel de la connotación, se constituye en una útil herramienta técnica que estimula el proceso terapéutico.

Resulta hasta cómico, cuando el desconocimiento llega a tal punto que aventura que si simplemente con el hecho de contar cuentos, historias, fábulas, no resulta una forma infantil de concebir el tratamiento del paciente. Puede, inclusive, rotularse de contaminante si las historias son personales o de otros pacientes (aunque sean inventadas o reales manteniendo en anonimato al protagonista). Estas ligeras opiniones, no conocen los fundamentos ericksonianos y el uso de analogías como vía indirecta de introducción de información. Además, de que el contar cuentos es un arte

que lleva sus dificultades, ya que exige formación en literatura, teatro, expresión corporal, entre otras disciplinas.

Otra de las críticas hacia el modelo, se centran en acusar la actitud del terapeuta sistémico de demasiado preguntón e intervencionista. Esta crítica se fundamenta en la comparación con los modelos clásicos que, en nombre de la neutralidad, participan lo menos posible, limitándose a escuchar y dejando el discurso del paciente a la libre asociación.

Más allá de las disputas de poder que se enfundan en las teorías y en los saberes adquiridos, disputas que defienden a ultranza monopolios de verdad y la consecuente efectividad, cabe pensar qué hacemos los sistémicos para sostener estas críticas. En principio, el modelo se caracterizó (desde sus inicios) por su veta pragmática, tanto en las intervenciones como en las prescripciones, la focalización del problema y el aprendizaje pragmático a través de sesiones en vivo con supervisión directa (detrás del espejo unidireccional), sesiones en vídeo, familias simuladas y observación de los estudiantes detrás de la cámara Gessel. Pero, también, con ánimo de identificar el perfil de personalidad de los terapeutas sistémicos, podría inferirse su veta práctica en sus vidas cotidianas, de allí que elijan un modelo de se delimita en esta característica.

En numerosas ocasiones, este exacerbado interés y centralización en la práctica opera en desmedro de la teoría. Este fenómeno se observa con claridad en relación a la bibliografía de Terapia familiar. Si algo describe a los textos sistémicos clásicos, son las escasas páginas destinadas al desarrollo de la teoría y las muchas páginas en donde se transcriben y analizan seguimientos de casos clínicos. Si bien, es imposible generalizar, idéntica es la actitud que toman los docentes en esta especialidad. En las clases abunda el material clínico, las maniobras terapéuticas, las técnicas, etc., en desmedro de la teoría que las avala. Estos elementos, conjuntamente, llevan a que se reduzca el modelo al tecnicismo y se le adjudique el mote de *poco profundo*.

Es importante especificar qué es lo que se quiere decir con profundidad de un modelo, ya que tildarlo de más o menos profundo, pone en juego disquisiciones de corte epistemológico. Las personas hablan de profundidad en función de una exploración diacrónica y lineal, es decir, analizando experiencias infantiles con el objetivo de buscar causas de producción sintomática en el pasado. Esta minuciosidad en la indagación que, por otra parte, es una propiedad del método analítico, se halla asociada a lo que llaman *profundo* y, por contraposición, se atribuye el mote de superficial (que trabaja con el aquí y ahora del paciente) a cualquier modelo que no siga esta variable.

Pero, toda postura denuncia la epistemología clásica desde donde se elabora la crítica. Si se intenta evaluar un modelo sistémico desde una concepción lineal del conocimiento, se parte de un error epistemológico. Desde esta posición, es rotulada de *superficial* cualquier tipo de terapia que no aluda a esta categoría de exploración y análisis.

Hay dos metáforas que ejemplifican claramente tal disquisición. La primera es la del *pozo*: hay que cavar muy profundo para encontrar la causa, no se trata de quedarse en la superficie reacondicionando el suelo. La segunda es la que plantea *cambios cosméticos* o ir a las profundidades de los verdaderos cambios internos. En este sentido *profundo* se asocia con *pasado*. Tanto una como otra analogía, aluden a la epistemología lineal tomada como baremo absoluto y bajo este marco no dejan de ser certeros en la crítica.

El problema (el error de esta perspectiva), radica en no involucrarse en otro modelo de conocimiento para desarrollar adecuadamente el planteo. Sino se entiende que la linealidad es un tramo o secuencia parcial de procesos circulares superiores, tal planteo es equivocado. Podría crearse otra semántica, en donde la profundidad no solo aludiría al eje diacrónico de la historia, sino también, existiría una profundidad del análisis de la comunicación humana, en la sincronía de la interacciones, de la atribuciones de significados con que se invisten y decodifican las palabras. Profundidad que implica reflexión, introspección y acción. En cambio, la lectura crítica del modelo sistémico -lectura superficial- describe una psicoterapia que focaliza en el aquí y ahora y que proporciona recetas y consejos simplistas.

Exploración que se ciñe al *aquí y ahora*. Este resulta otro caballito de batalla de las adjetivaciones del modelo sistémico. El rótulo de trabajar en tiempo presente, resulta nuevamente una comparación que utiliza como referente al modelo psicoanalítico que centra su tratamiento en el análisis del pasado. Si bien es real, que la terapia sistémica focaliza en el problema en el aquí y ahora, cabría repreguntarse cómo es posible actuar tan delimitadamente en un perímetro de tiempo que resulta tan acotado como es el tiempo presente.

Sin ánimo de introducirnos en debates ultrafilosóficos, el tiempo presente es una nimiedad, un raptó, en el sentido de que rápidamente se constituye en historia y, en su misma instancia, se aventura un proyecto. Es decir, el presente es un gerundio en donde converge el pasado y el futuro. Razón por la que cuando un terapeuta interviene lo hace en el aquí y ahora, trabajando el allí y entonces y labrando objetivos por venir. Entonces, cómo es posible pensar un sujeto en tiempo presente, si somos sujetos a la historia (la nuestra, la compartida, la tácita, la oficial) y nuestras acciones

poseen objetivos mediatos e inmediatos. Esta, resulta otra de las mistificaciones del modelo, descripciones que se dicen a la ligera, con poca reflexión de por medio.

En esta misma línea, se inscribe la fama de que los sistémicos nos remitimos a la focalización del problema. Si nos ceñimos a la ortodoxia de los modelos pioneros (Estructural y principalmente el paloaltino), la terapia sistémica se caracterizó por el dinamismo de un modelo que no se aparta del foco y que remite toda gama de maniobras para resolver el problema. Tal es claramente explicitado en la pregunta que inicia el desenvolvimiento de una primera entrevista: *¿cuál es el problema?*; hasta Jay Haley (1980) identificó al modelo como una *Terapia para resolver problemas*, como versa el título de su célebre obra.

Pero lejos de esta ortodoxia, pensar únicamente en un problema resulta dificultoso si se entiende que un problema involucra varias áreas de la vida de la persona y se introduce y crea una red de varios sistemas. Son numerosas las formas de focalizar, tanto trabajando en simultaneidad de problemas o colocando un orden jerárquico a sabiendas que resolviendo o puntualizando algunas de las áreas de la persona es factible que por efecto rebote se modifiquen otras, después de todo no funcionamos por compartimentos estancos. Esto quiere decir, que el modelo no solo se remite a trabajar de manera absoluta un problema, sino que son varios los temas que pueden desarrollarse en un espacio terapéutico, aunque el terapeuta sistémico es implacable: no olvida cual es el motivo de consulta y a veces hasta se constituye en resultadista. Puede dejar que el paciente se explaye, pero retorna al punto que aqueja, no lo pierde de vista.

También la corceta que ciñe al modelo a la focalización, no es solamente el modelo mismo sino la comparación con los modelos clásicos que bregaban por la asociación libre y que permitían el alejamiento del motivo de consulta inicial y admitían todo tipo de filosofar del paciente. Las comparaciones, si bien resultan odiosas, a la vez como categorizaciones que son, rigorizan posturas y delimitan rígidamente perímetros semánticos. En síntesis, la terapia sistémica focaliza pero de manera flexible. Una persona trabaja su problema, pero avanzará sobre otros puntos de su vida que desea pulir.

El leit motiv de la focalización lleva a otro mito de la terapia sistémica enmarcada como una terapia breve. Cabe preguntarse, ¿qué se considera breve?: nuevamente la comparación. El contexto de nacimiento del modelo sistémico en psicoterapia, se encuentra bajo el patrimonio de los tratamientos que se prolongan en años, con una frecuencia de dos y tres o más sesiones por semana. Entonces, un modelo que focalice y que rápidamente ayude a resolver el conflicto de la persona, nada más apropiado que considerarlo breve.

Pero la brevedad (más allá del modelo breve del MRI que se ajusta a las 10 sesiones -el más breve de los breves-), no implica *corto*. O sea, el modelo sistémico será irremediablemente más reducido en número de sesiones y en la frecuencia de las mismas que la terapias tradicionales.

No es cierto que los terapeutas sistémicos no trabajen por años con los pacientes. A veces, entre el trabajo con subsistemas, sesiones individuales y resolución de diferentes niveles de problemas, la terapia puede prolongarse por años pero con una frecuencia de sesiones muy diferente a las terapias tradicionales. También, lejos de generalizar y ante la imposibilidad de particularizar, deberá tenerse en cuenta numerosos factores en pos de la longitud de los trabajos terapéuticos. Un factor primordial tendrá que ver con el contexto. Por ejemplo, de cara al pragmatismo americano la terapia de resolución de problemas calza de manera óptima. De cara al contexto argentino y más específicamente porteño -melancólico y quejoso- será de difícil aplicación sino se deja espacio para la filosofía y las reflexiones rumiadoras propias del habitante de Buenos Aires.

No obstante, el tiempo denominado breve, se debe principalmente al pragmatismo de un modelo que busca la efectividad cortoplazmáticamente pero no a ultranza. Parte de este pragmatismo radica en actuar de manera inmediata, recortar el problema y trabajar con los miembros involucrados, además de no solo quedarse varado en intervenciones que se reducen a la sesión propiamente dicha sino en prescribir acciones que se desarrollarán fuera del espacio de la sesión. Pero dicho pragmatismo, no implica accionar como un ingeniero frente a un circuito. Si bien, esta es la imagen heredada de los primeros tiempos del nacimiento de la terapia familiar, el terapeuta sistémico debe amoldarse a los contextos y tipos de pacientes, por tanto, resulta anacrónico manejarse con un criterio de tamaña ortodoxia.

Ni siquiera el modelo del MRI o el Estratégico, actualmente no se conducen tan *fríamente* en la conducción de las entrevistas, de lo contrario, podría pensarse que los modelos son rígidos y no se adaptan a las diferentes sociedades donde se aplica. Como también, los modelos evolucionan y adquieren variantes que los enriquecen. Esta evolución también tiene que ver con la adaptación. Son los modelos terapéuticos los que deben amoldarse al contextos y no a la inversa. El mismo fenómeno sucede con las teorías o con las hipótesis: un profesional se monta sobre una hipótesis determinada (construye el caso) y luego adapta las conductas y síntomas de la situación a dicha construcción. Este calzamiento, adapta los hechos a la idea inicial sin cuestionarla y así suceden graves errores en la dirección de los procesos terapéuticos. Errores que llevan a prolongar el padecer, tanto a los pacientes como a los integrantes del sistema afectados por el problema.

Los modelos terapéuticos nacen como emergentes de los contextos de su paternidad, razón por la que expresan el perfil de la sociedad y la situación que los vio nacer. En este sentido, se identifican con las particularidades de su contexto tal cual como un hijo con sus padres. De la misma manera, que los hijos influyen a sus progenitores, los modelos también ejercen su factor de corrección de desviación y cobran relevancia, en tanto pueden ser considerados agentes al servicio de la homeodinamia.

Es, por esta razón, que resulta imposible aplicar un modelo terapéutico de manera ortodoxa. La traspolación de un modelo a otro ámbito diferente al de su origen, deberá tomar en cuenta las reglas de juego de ese contexto nuevo, de lo contrario e indefectiblemente, terminará en fracaso. Ya en otros artículos (R. Ceberio, Moreno, Deschamps. 01), hemos mostrado que resulta hasta absurdo tal traslado de modelos sin la plasticidad adecuada. Imaginemos el Psicoanálisis freudiano de la Viena victoriana de finales del 800 aplicado a Bs. As. de 2002; o al modelo Estructural sistémico de la década del 60 a Londres de la actualidad. No solo que serían inefectivos sino que rayarían en el absurdo.

## **MITOS Y DESMITIFICACIONES 2**

Otra de las desmistificaciones, que van más allá del modelo sistémico, es la suposición de que el único canal de comunicación e intervención que se utiliza en la psicoterapia es el verbal propiamente dicho. No es equivocado entender que las sesiones transcurren mediante el diálogo y, más aún, en los modelos psicodinámicos. Pero, actuar una nueva psicoterapia implica no apelar solamente a las herramientas de la palabra: las vías de introducción de información que posibilita el cuerpo, por ejemplo, hacen que el Psicodrama o cualquier otra técnica corporal, sea la puesta en marcha del lenguaje analógico. Esto coloca en un plano de relevancia al lenguaje de la gestualidad y, por tanto, puede constituirse en otro recurso de intervención.

Realizar una intervención verbal fuera del sillón del terapeuta, acercarse o alejarse creando cierto clima en la sesión, mirar la mirada, instrumentar un gesto intencionadamente frente al relato de un suceso del paciente, pueden ser algunas de las maniobras que exceden la herramienta verbal y que hablan por sí mismas. Mensajes que redefinen la perspectiva que se tiene acerca del problema. De la misma manera, como señalábamos anteriormente, el uso de prescripciones de comportamiento -contrariamente a privilegiar la explicación para generar el cambio- delimitan acciones alternativas que son pautadas con antelación y que posibilitan modificar recursividades que actuarán sobre el mapa cognitivo y las emociones del observador.

La distinción entre el lenguaje analógico y digital, nos muestra que no solamente es la diferencia entre lo verbal y lo gestual, sino que los aspectos verbales ofrecen una coreografía que baila entre analogías, metáforas y literalizaciones. Este es el juego maravilloso que muestra el rico devaneo de la palabra. El uso de la técnica de *hablar el lenguaje del paciente*, permite introducir metáforas que circulen por el canal que más utilice el consultante (si es verbal, auditivo, táctil, etc.). O, si el discurso del paciente se halla demasiado impregnado por metáforas, colocar digitalizaciones de conductas en el intento de *terrenalizar* más el lenguaje y, por ende, sus pensamientos y acciones.

Entonces, el lenguaje en la psicoterapia encuentra varios canales o vías de envío de información: una dinámica verbal y el manejo del cuerpo en movimiento en el espacio de la psicoterapia. En esta dirección, un giro en la evolución del modelo sistémico ha sido la introducción y revaloración de las emociones en el trabajo terapéutico. El congreso de Terapia Familiar europeo realizado en la ciudad de Sorrento (Italia), centró su temática central en las emociones y se constituyó en la explicitación-denuncia de un perfil de la terapia familiar que fue descalificado desde sus inicios: los afectos, sentimientos y emociones.

Pero esta marginación del territorio emocional, encuentra sus argumentos cuando se piensa la historia de la creación de la psicoterapia sistémica. La traducción de las ideas y conceptos de la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética, ciencias que devienen de la física -considerada hasta el momento como una de las ciencias *duras*- a la comunicación humana, impedían, por así decirlo, introducir los sentimientos en el modelo. Sentimientos por ambas partes: tanto del terapeuta como de los pacientes. No porque se impidiera manifestar las emociones a los personas que consultaban (sino bien podría imaginarse al terapeuta castigando al paciente porque llora o se angustia, o porque abraza a cualquiera de los integrantes de la familia durante la sesión), sino porque conceptualmente se las consideraba, tal lo manifestaba Gregory Bateson (1976), un concepto *dormitivo* (¡un concepto dormitivo!) y por tanto, inefectivo en el trabajo terapéutico.

El terapeuta, y más en la Cibernética de primer orden, devenía un ingeniero frente a una maquinaria y si se quiere más precisamente, una caja negra en donde se reconocían outputs e inputs que, como informaciones de entrada y de salida, precisaban decodificarse para entender los *feed back* de comportamientos. Ya con la Cibernética de 2 orden y la involucración del observador en el campo de lo observado, se relativizó la acertividad de las hipótesis y las construcciones de realidades terapéuticas. No obstante, siempre la preeminencia estuvo centralizada en las áreas cognitiva y pragmática en desmedro de la emocional.

Más aún, resulta hasta coherente que Virginia Satir siendo una de las pioneras del modelo sistémico en las ciencias humanas y cofundadora de la meca de la comunicación humana como lo fue el MRI (Mental Research Institute), haya terminado separándose del grupo y fundando la comunidad Esalen (California), donde profundizó su modelo para el desarrollo del potencial humano. Satir se caracterizó por utilizar el psicodrama en las sesiones familiares, además de crear un modelo individual, familiar y grupal que centraba sus objetivos en el crecimiento de la autoestima y la valoración personal. Mientras que el resto de los terapeutas sistémicos -principalmente de Palo Alto- renegaban del uso del cuerpo, ella daba preeminencia a la lectura de posturas corporales, tocaba a los pacientes, los movía de su lugar, los hacía dramatizar, jugar, cambiar de posición, etc.

Pero Satir no fue la única. Carl Whitaker, entre otros, llevó adelante un estilo personal en donde utilizaba estratégicamente sus resonancias personales y las traducía en intervenciones. Años después, Momy Elkaim acuñó el concepto de la *resonancia*, versión adaptada al modelo sistémico de la contratransferencia o, más claramente, como señalaba el maestro Pichon Riviere (1995): *transferencia recíproca* - en el intento de erradicar la distinción entre transferencia y la contratransferencia\*. La resonancia resulta un baremo de los efectos que produce la interacción con ciertos pacientes y, su explicitación, puede resultar una intervención efectiva porque reproduce, en el seno de la sesión, otros juegos relacionales de otros sistemas donde se hallan involucrados los pacientes. Es decir, puede constituirse en la denuncia de una pauta de isomorfismo de otras estructuras comunicacionales.

Actualmente, introducir las emociones en la terapia sistémica ha dejado de ser una irreverencia hacia el modelo. Autores como Juan Luis Linares (1996) ha desarrollado los conceptos de *nutrición emocional* y D. Coleman ha constituido de sus estudios acerca de la *inteligencia emocional* (1996) un verdadero best seller. Estos conceptos demarcan la evolución del modelo y su difusión e incorporación a contextos nuevos que lo obligan a mutar.

---

\* Parece dificultoso hablar de estímulo (transferencia) y reacción (contratransferencia). Más aún, hablar de estas polarizaciones es sostener un punto de vista lineal, aunque desde un metanivel la linealidad solamente queda reducida a un tramo o secuencia parcial de un proceso sistémico. Más aún, podríamos quedar atrapados e inmóviles buscando descifrar la primacía. Con este sentido, E. Pichon Riviere (1995) prefiere utilizar el término *transferencia recíproca*, dejando inútil el de contratransferencia: *En cuanto a la transferencia recíproca, inadecuadamente llamada contratransferencia o conjunto de reacciones inconscientes del operador frente al grupo, la tarea y los procesos transferenciales que en él se cumplen, constituyen un elemento de trabajo de inestimable valor, ya que alimentará en el operador la capacidad de fantasía para establecer hipótesis acerca del acontecer implícito del grupo.*

En dirección a la evolución del modelo, resulta hasta un reduccionismo adherirse de manera ortodoxa y considerar al síntoma, por ejemplo, solamente como una denuncia de las anomalías del sistema familiar. De acuerdo a las concepciones iniciales, el síntoma fue entendido desde su objetivo -el para qué-, contrariamente a la teoría psicoanalítica que intentaba resolverlo analizándolo desde la búsqueda de sus orígenes. Es así que, desde la investigación emblemática de la Terapia familiar donde se desarrolló la teoría del doble vínculo, la mayoría de las lecturas sistémicas explicaron al síntoma como la expresión y resultado de las disfuncionalidades del sistema familiar, destino unidireccional donde iban a parar todas las hipótesis.

Actualmente, la incertidumbre, la complejidad y la conceptualización de redes sociales, entre otras teorías, hacen un todo más complejo que tal destino familiar del síntoma. Las viejas generaciones de terapeutas, deben deconstruir esta sistematización de estructuración de casos y las nuevas y venideras, aprender a construir hipótesis más sofisticadas que aúnan elementos de la biología, neurofisiología, contextos de grupos secundarios, escolares, etc.

Hoy por hoy, se entiende que es sumamente difícil alcanzar acertividad en los orígenes de las gestas sintomáticas. Tal tamaña complejidad, marca multiplicidades de causas que se interconectan sinergizándose: el terapeuta podrá construir una hipótesis que articulará muchas de estas pautas, a sabiendas que esa suposición no es la verdad sino solo una versión del suceso que se verá si calza o no en el curso del trabajo terapéutico.

Tal vez, lejos de la certeza y de la búsqueda de su policausalidad, lo más importante es comprender que un comportamiento sintomático influencia y modifica pautas familiares, pero también, en los diferentes sistemas donde el protagonista interactúe. De cara a un síntoma, depositar la mirada automáticamente en la pareja de padres en el intento de encontrar la denuncia del síntoma, constituye una ingenuidad, no porque no se pueda hallar una conyugalidad disfuncional sino porque se pierden otros registros de otros contextos\* donde la conducta sintomática tiene su gesta y su incidencia.

En torno al síntoma, una crítica -muy ignorante- de parte de otros modelos, señala que la supresión o suspensión del efecto sintomático -fruto del trabajo de focalizar y con resultados efectivos en tiempo breve- implica que el síntoma puede retornar en cualquier momento bajo la misma estética o ser sustituido por otro síntoma de igual intensidad pero de diferente forma. Esta posición supone que el síntoma es eliminado de manera conductista, sin el menor trabajo desde las *raíces más*

---

\* Con otros contextos me refiero tanto a ámbitos de grupos secundarios (de amistades, escuela, clubes, etc.), como biológicos, neurológicos, etc.

*profundas*. Por tanto, al no ser analizado y encontrar las fuentes de su producción y solamente ser suturado de manera superficial -una modificación cosmética-, es lógico que la conducta anómala vuelva a aparecer después de cierto tiempo.

La base de este tipo de razonamiento lógico (y eso es lo que es: un razonamiento lógico) tiene su soporte en la linealidad y el método analítico. Desde esta óptica la apreciación es certera. Pero resulta falaz, puesto que para comprender la envergadura del cambio, se necesita entrar, como señalamos anteriormente, en una epistemología cibernética. El ingreso en este modelo de conocimiento, implica reconocer que existe otra forma de construir el objeto de estudio, sugiere una renuncia al narcisismo y a la omnipotencia de manipular como únicos a modelos que sientan sus bases en lo lineal.

Esta renuncia implica aceptar, también, que el síntoma no es analizado en dirección a la búsqueda de los orígenes, sino, muy por el contrario, el síntoma posee un objetivo dentro de los diferentes sistemas en donde opera. Una finalidad en relación a las interacciones, jugando papeles decisivos en las diversas dinámicas relacionales. El síntoma o la conducta disfuncional, resulta funcional en tanto está al servicio de mantener cierta unión y cohesión del sistema. Si se trabaja con la persona sintomatizada, es necesario trabajar con el resto de miembros implicados que ejercen funciones complementarias a los comportamientos sintomáticos desarrollados.

Entonces, los efectos de las intervenciones y prescripciones generan una serie de cambios no solo en el protagonista, sino en las funciones que ejerce cada integrante del sistema. Es cierto que el sistema se puede resistir (la persistencia de la conducta anómala crea tal sistemación en el tiempo que produce resistencia al cambio) e inclusive el síntoma puede desplazarse a otros integrantes o al mismo, variando el comportamiento sintomático, pero no por las causas que los detractores del modelo argumentan. Por semejante sistemación, además, no solamente se utilizan las intervenciones semánticas como única vía de entrada al cambio, sino dentro del campo de lo pragmático, las prescripciones bloquean circuitos rigidizados.

### **MITOS Y DESMITIFICACIONES 3**

Una de las frases más estereotipadas de los sistémicos, es que *el modelo no busca encontrar el porqué del problema*. Es decir, el imaginario indica que ningún terapeuta que se diga a sí mismo sistémico, empleará en su discurso terapéutico la explicación causal del porqué sucede lo que le sucede al paciente. Este enfervorizamiento por la ortodoxia de la aplicación del modelo, no conduce a nada sino que limita su accionar, o sea, no resulta efectiva por la ortodoxia misma, ni

tampoco por la ultra rigidez de la creencia de que está prohibido explicar el motivo que ocasiona el malestar actual del consultante.

La implementación en algunas oportunidades de explicaciones clarificadoras, ayudan a bajar los niveles de ansiedad y pisar suelo firme, principalmente después de navegar por la incertidumbre de no saber cuál es el motivo o el *origen* del problema. Es útil, por ende, introducir explicaciones causales que acomoden al paciente a un estado de mayor normalidad como vía de entrada a suministrar nuevas informaciones que redefinan su problema. Pero el terapeuta no deberá creerse que las hipótesis que expresa en estas maniobras son la *verdad*, sino solamente un instrumento que calce en la cognición del paciente o una información que el paciente pueda comprar para abrir un nuevo juego.

La explicación causal lineal, no es ni más ni menos que el recorte de una secuencia parcial de la compleja recursión del problema. Aunque también, dentro de la línea de la explicación, es factible desarrollar gráficos de circuitos recursivos que muestran y aclaran porque surge, se reproduce y afianza, por ejemplo, un síntoma. Ya en otros textos (La construcción del universo.1998), hemos sintetizado dos tipos de explicaciones: las *reestructurantes* y las *dormitivas*. Las primeras se constituyen en verdaderas reformulaciones cognitivas que, introduciendo información nueva, redefinen marcos semánticos. Mientras que las segundas son ansiolíticas, es decir, paliativas de la ansiedad que genera el no saber, la confusión, la incertidumbre, etc. y se constituyen, como señalamos anteriormente, en puertas de entrada para el inicio de procesos de cambio.

Más allá del porqué, tal vez una de las maniobras iniciales en dirección a la comprensión es plantear claramente *qué es lo que sucede*. Cuando el problema ha alcanzado tal nivel de complejidad y de complicación, se ha desdibujado en su diseño original. Se han construido multiplicidad de abstracciones por sobre éste, que han colocado un manto de confusión y entropía. Desde esta perspectiva, el terapeuta deviene un reductor de complejidades que baja a lo concreto y simplifica -pero no por esto menosprecia- el problema. Por esta razón, el *qué sucede* puede constituirse en uno de los primeros tramos para ingresar en el territorio de lo cognitivo -mediante redefiniciones- o en lo emocional -provocando fuerte en términos de la angustia o la bronca, etc.-, o en lo pragmático -a través de acciones que desestructuren la cibernética desarrollada hasta el momento-.

En la línea de la explicación, tampoco la terapia sistémica busca el *insight* por medio de sus intervenciones. El hacer consciente lo inconsciente, es un factor de cambio en la teoría del Psicoanálisis que se elabora mediante el método de la interpretación. Interpretar, es construir una hipótesis sobre el origen del problema y

suministrarla en el tiempo adecuado. Epistemológicamente, consiste en una redefinición, una nueva versión de la historia o simplemente una nueva perspectiva del problema.

Pero adscribir el insight solamente al Psicoanálisis, es quedar en deuda con otros modelos de psicoterapia. Por ejemplo, la Gestalt a lo largo de sus textos habla del *darse cuenta*, título del célebre libro de ejercicios gestálticos (John Stevens.1978). La Logoterapia, el Transaccional, también emplean la interpretación de hechos como vía de comprensión-reflexión y posterior solución del problema. Después de todo, estos modelos tienen sus raíces más profundas en la filosofía y encuentran en la mayéutica, claros signos de esta forma de introspección y toma de consciencia.

Los sistémicos no confían que, únicamente mediante tal intervención cognitiva logre efectuarse cambios en las acciones. La ortodoxia sistémica, señala que si la realidad se construye a través de la acción (Piaget.1937), es una convicción no fundamentada afirmar que la reflexión o el darse cuenta son elementos indispensables para el cambio. Por tanto, se hace necesario el uso de las prescripciones para deconstruir soluciones fracasadas o intentar generar una modificación cognitiva y emocional desde el marco pragmático.

El inconveniente de ceñirse unívocamente a las intervenciones cognitivas -y el insight podría considerarse una de ellas-, posee el riesgo de pensar casi de manera utópica, que solamente una reflexión puede llevar al cambio. El riesgo de esta forma de elucubración, es descuidar el contexto y las interacciones, es decir, cuando el problema lleva años de reverberancia en el sistema, crea una realidad propia, realidad compuesta por diversos miembros, funciones y pautas. Con lo cual, es demasiada carga y poder semántico el que se le atribuye a la intervención cognitiva, para creer que logre la modificación total del síntoma y del sistema con lo que ello implica.

Sin llegar a tal rigidez, una manera plástica de funcionar en psicoterapia es considerar que el uso del insight puede ser un concepto que calce en la cognición del paciente y que ayude a restaurar parte del complejo entramado cognitivo que se entretendió en torno al problema. Puede tomarse como un puente hacia un cambio más efectivo cuando se refuerza con prescripciones. Razón por la que sobre múltiples vías de acceso, se opera sinergizando áreas en el intento que conjugar reflexión y acción y, por supuesto, las consecuentes emociones.

Uno de los elementos que constituyó una herejía en el nacimiento de la terapia familiar, fue el romper con el dogmatismo de que las sesiones se debían desenvolver únicamente de manera *individual*, ya que cualquier involucración de otros miembros en la misma consulta era rotulada como una contaminación del vínculo terapéutico. Hoy, la terapia de pareja o familiar es uno de los recursos terapéuticos que alcanzan mayor

aceptación y prácticamente se hallan incorporados a la masividad de los modelos terapéuticos. Es interesante haber llegado a esta apertura, si bien algunas líneas ultraortodoxas mantienen (todavía) la concepción de lo individual.

No obstante, muchos de los actuales modelos terapéuticos trabajan con la familia y la pareja pero no con el sistema que constituyen. O sea, observan a cualquier grupo social con quien intervengan terapéuticamente, desde una óptica *analítica y sumativa*. Desarrollan una psicoterapia individual pero con el grupo, escotomizando una serie de datos que proporcionan las interacciones y ciñéndose a los fueros individuales (históricos y de características de personalidad) en la explicación de las conductas. Desde esa posición, construyen las hipótesis que serán el soporte epistemológico de las intervenciones que, a su vez, tendrán su impacto en lo pragmático y, de forma indirecta, enseñan a los pacientes cómo deben entender los problemas humanos. Así, se reproducen (en el pensamiento cotidiano) tanto un modelo de conocer lineal e individual, como el no asumir responsabilidades en la influenciabilidad de la interacción de conductas.

Lo que resulta un hueso más duro de roer (lo que la tradición terapéutica que no puede aceptar), es que un mismo profesional trabaje con amigos íntimos o parientes en terapia individual. La ortodoxia, tilda de *contaminante* el vínculo terapéutico que se establece con personas de cercanía afectiva entre sí. Pero el modelo sistémico no elije indiscriminadamente la atención de esta clase de pacientes. Explora el vínculo, analiza si realmente no existe mezcla de sentimientos poco claros o emociones que lindan con la envidia, la rivalidad, los celos, emociones que, de seguro, perturbarían el libre curso de la terapia. O sea, no se acepta la derivación deliberadamente, existen una serie de pruritos éticos y teóricos que acotan el admitir o no a un paciente en consulta cuando existe otro cercano en el vínculo. Lejos de la contaminación, puede considerarse un hecho positivo atender pacientes que pertenecen al sistema del paciente que se haya en atención terapéutica. El terapeuta recibe información de otras personas, así construye otras versiones de la historia que cuenta el paciente -amplia el mapa que posee de él-, acrecentando la verosimilitud de la experiencia narrada y devuelta como intervención.

De la misma manera, otro de los temas casi *prohibidos* en el mundo sistémico tiene que ver con el diagnóstico. El diagnóstico, epistemológicamente, consiste en tipificar lógicamente una serie de signos y síntomas. Esta agrupación permite delimitar un perfil y describir fenoménicamente las patologías, cuya ópera máxima se halla en el famoso DSM en su última versión.

Pero esta clasificación de trastornos mentales, observa a las personas de manera individual, sin tomar en cuenta contextos e interlocutores. Es decir, el

diagnóstico está fundamentado en el ser individual. La versión más ortodoxa del modelo sistémico dice, la persona es en *relación a...* Tanto es así, que se hizo demasiado hincapié en la relación y se descuidaron los aspectos cognitivos individuales que, como un tronco central, avalan las conductas de las personas y que puede brillar más o menos de acuerdo con quien se interaccione. Esta versión es la que defiende el no uso del diagnóstico. La versión más flexible, sostiene que es necesario observar las características de la persona y ver como inside su rango caracterial en las interacciones o como las interacciones modifican el rango caracterial.

En este último planteo, se incluyen algunos autores sistémicos, como Linares (1996), Nardone (1996), quienes han desarrollado los cuadros relacionales de algunas entidades psicopatológicas específicas y sus correspondientes abordajes. De la depresión mayor y distimias, de la mano del primero, mientras que el segundo, de los trastornos fóbicos, de pánico y obsesivos. Si bien estas investigaciones resultan innovadoras, no debemos olvidar que la terapia sistémica germinó alentada por la psicosis -más precisamente la esquizofrenia-, estudios que posibilitaron trazar una planificación de trabajo familiar.

Uno de los elementos con que se acusa, acerca del uso del diagnóstico, es la limitación y estrechez de mirada que se produce al etiquetar al paciente. Una vez que se categoriza, resulta dificultoso salir del perímetro que muestra el rótulo. En este sentido, es una trampa que encasilla tanto al paciente como al profesional, dado que, si el diagnóstico puede ser tomado como una hipótesis, una vez nombrado el paciente, todas sus actitudes y las de su sistema tratan de enmarcarse en la semántica de la hipótesis diagnóstica y no a la inversa. Este ha sido uno de los máximos errores en los trabajos terapéuticos, cuando, por ejemplo, dolores de cabeza son tomados como síntomas psicósomáticos para determinada situaciones y no se realizan los correspondientes análisis clínicos y neurológicos. O cuando más de un síntoma físico es construido como un trastorno de ansiedad y es una enfermedad de neta etiología orgánica.

Aunque hay un uso correcto del diagnóstico: cuando se lo utiliza como estrategia terapéutica. Cuántos pacientes llegan a consulta no solo con su problema, sino con la incertidumbre de saber qué es lo que le sucede. Esta incertidumbre, genera tal nivel de ansiedad que acelera el proceso sintomático. Entonces, si el profesional expresa un rótulo que condensa y enmarca el malestar de la persona, el diagnóstico opera como un primer paso hacia la disminución de la ansiedad que acelera la producción sintomatológica. Este uso debe ser entendido como estratégico y merece el sumo cuidado en su introducción.

También es correcto el uso del diagnóstico, cuando se implementa como una guía para el profesional, con el objetivo de trazar la táctica de tratamiento adecuada, para arribar a una efectiva solución del problema. Una función práctica es la interconsulta entre profesionales, en donde se abrevian las descripciones en el pase de información en las derivaciones, siempre y cuando, el profesional (al cual se deriva) no se sobreinvolucre en la mirada del derivador y limite su propia construcción pautando su mirada en la interacción de la primera entrevista.

*La finalidad del diagnóstico no debe quedar en la acción de diagnosticar en sí misma, desde este aspecto es limitante y coartador del trazado de distinciones alternativas, convocando a entrapar al profesional y al paciente en un círculo cerrado, del cual resulta difícil escapar. El diagnóstico como apertura, es la vía de entrada para la planificación de un tratamiento terapéutico eficaz, que lleve a destruir el estigma y no a construir una realidad que lo confirme. (Ceberio y Watzlawick.1998)*

#### **MITOS Y DESMITIFICACIONES 4**

Otro de los bastiones que se enarbolan acerca de las bondades del modelo sistémico, es señalar sus capacidades para desarrollar una conversación terapéutica -horizontal y simétrica-, en contra de la asimetría con que se identifican las sesiones de otros modelos.

El modelo sistémico concibe a la relación terapeuta-paciente como un diálogo, en el intento de suprimir el juego de poderes que hace del profesional una posición *por arriba* frente a una posición *por debajo* del paciente. Este interjuego, que raya con una concepción no solamente teórica sino ideológica, permite establecer un compromiso más sólido por ambas partes y un diálogo más distendido y afectivo. Pero de cara a esta *humildad* ecológica del terapeuta sistémico, se debe reconocer que, desde la práctica clínica, la relación entre el profesional y el consultante siempre está teñida de una asimetría comunicacional por múltiples razones. Esta diferenciación de niveles, está sostenida por un juego de dos en donde existe un adjudicatario (el paciente) y un profesional que acepta este lugar otorgado.

Entre las razones que justifican tal asimetría relacional se hallan, por ejemplo, la figura del médico o del psicólogo como profesionales universitarios, motivo que implica atribuirles mayor capacidad que el común de la gente, actitud que se traduce en *idealización* del profesional. También, la urgencia de ser ayudado del que consulta, lo posiciona en el lugar del necesitado frente a otro *ayudador* de profesión. De la misma manera, que uno de los interlocutores es el que presenta el problema y el otro las herramientas para solucionarlo.

No cabe duda, entonces, que la asimetría es natural al vínculo de la psicoterapia, quizá el tema se centre en el uso de tal asimetría y no caer en su incentivación como paso a la *omnipotencia* profesional. Esta diferenciación de niveles, se refuerza, por ejemplo, con el trato de Ud. como toma de distancia rígida, uso de guardapolvo para trazar una distinción con el paciente, gesto impertérrito cuidándose de no reaccionar alevosamente o de manera muy espontánea ni siquiera con una mueca que altere la neutralidad, negarle al paciente ir al baño si lo solicita, falta de permiso para el humor, etc.

Esta supuesta neutralidad -supuesta, en el caso que fuese posible: un observador participante nunca puede creerse neutral- forma parte de la *tiranía terapéutica* que señala como opción única a la palabra y mensaje del profesional en desmedro de la del paciente. Esta posición, que raya con la omnipotencia, integra un circuito complementario en donde el paciente deposita todo el poder en el terapeuta. Su palabra es convertida en *sentencia*. Tal vez, el problema no radique en este punto, siempre y cuando el terapeuta aproveche esta depositación y la transforme en recurso terapéutico, cuestión de hacer más efectivo el mensaje que intenta transmitir. El problema radica, en que el terapeuta se crea todopoderoso y haga de sus intervenciones *geniales y objetivas*, parábolas incuestionables.

Es esta misma omnipotencia, la que lleva a atrincherarse en el modelo de psicoterapia tradicional y dignificarlo como el único y, simultáneamente, descalificar cualquier otro modelo. Esta descalificación (en el mejor de los casos, en otros, es desconfirmación), tiene su base en la ignorancia y el desconocimiento del soporte teórico y la forma de actuación de cualquiera de las otras líneas terapéuticas. Estas actitudes, son las que impiden una convivencia armónica de modelos y llevan a jugar luchas de poderes que impiden capitalizar para sí, herramientas clínicas de multiplicidad de corrientes terapéuticas. Solamente algunos -osados y flexibles-, intentan producir este acople de modelos y son tildados de *eclécticos*, en esa afanosa tendencia de incluir bajo algún rótulo las acciones que se desarrollan en psicoterapia.

No obstante, debe entenderse que no adjudicamos un juicio de valor negativo a la asimetría relacional. Más aún, es la misma asimetría la que permite que el efecto de la palabra del profesional esté revestida de un mayor caudal persuasivo. La atribución semántica que el paciente le otorga al mensaje de su terapeuta, posee un nivel de jerarquía que produce un mayor resultado en dirección al cambio.

Un punto clave en la relación terapéutica sistémica, refiere a la *función pedagógica*. Pero no la pedagogía pertinente a la explicitación de un consejo, una guía, una orientación (elementos y actitudes que estarían contravenidos en otros modelos), sino aquella que implica a una forma de conocer.

La preeminencia y convencionalidad de la epistemología social, radica en la linealidad. Todos los juicios lógicos, las explicaciones causalistas, la tendencia a refugiarse en el porqué, tienen su basamento en la linealidad. Cuando el terapeuta sistémico interviene, paralelamente esta enseñando a pensar y a construir la vida de una manera circular. Cuando explica o realiza lecturas de los problemas, esta enseñando a pensar sistémicamente. En este sentido, posibilita incrementar el mapa cognitivo del paciente pero no en forma directa, sino adjunta a los mensajes que transmite.

Esta pedagogía también se acompaña de directividad. La directividad es una de las máximas críticas negativas que recibe el modelo sistémico. El cotejo con la asociación libre de los modelos tradicionales vs. trabajar un foco y dar poco rango para apartarse de éste, dibujan a un modelo en cierta manera riguroso y metódico en el alcance de objetivos mediatizados por metas mínimas.

Pero hablar de directividad sugiere explicarla desde dos niveles lógicos. El primero demarca el territorio epistemológico. Desde este nivel todos los modelos terapéuticos son directivos, puesto que cualquier relación o diálogo que se lleve adelante se pauta por las intervenciones de los interlocutores. En este caso, la relación la lidera el terapeuta y sus palabras llevan a trazar distinciones que, como puntuaciones del discurso, construyen en los pacientes nuevos elementos semánticos. Esta es la directividad de todos los diálogos humanos, más se acentúa en la psicoterapia por el investimento de poder que se le atribuye a la figura del profesional.

El segundo nivel tiene que ver con la maniobrabilidad terapéutica, es decir, con la técnica. Sin duda, que el modelo sistémico es el más directivo de los modelos, pero esta directividad se homologa con direccionabilidad en relación a la planificación del proceso terapéutico. Esta directividad no tiene que ver con una actitud del terapeuta que raye en lo despótico o tiránico, sino con diferentes estéticas terapéuticas que, en la comunicación, buscan obtener las respuestas deseadas con acciones estratégicas. Muchas de estas maniobras, son parte del repertorio de las técnicas de hipnosis ericksoniana sin trance. Llaves de one down y one up, provocaciones y connotaciones positivas, entre otras técnicas, alientan a describir (como tantos autores han descripto a la terapia sistémica): como una danza o una coreografía. Es necesario, entonces, crear un nuevo significado entorno al término directividad, ya que en el territorio de la psicoterapia se asocia con coartación de libertad y manipulación.

Manipulación, es otro de los conceptos mal avenidos en el mundo de la psicoterapia y una de las máximas acusaciones hacia al modelo sistémico. Pero nada más cierto que los sistémicos son manipuladores.

Manipulación significa obrar con las manos, moldear, articular. Entonces (en dirección a crear nuevas terminologías que se acerquen más a una epistemología sistémica), el terapeuta sistémico que moldea con su palabra, más que manipular, *hablipula*. Siempre en el marco de las limitaciones que no transitan en el terreno de la psicopatía, la hablipulación permite apropiarse del problema para ayudar a moldearlo y erradicarlo cambiándolo de status lógico por la categoría de *dificultad*.

Los terapeutas breves de Palo Alto son los que reciben las más ácidas críticas en relación a la hablipulación. Son verdaderamente hábiles y genios hablipuladores que buscan en corto tiempo definir las soluciones apropiadas y resolver el problema.

*Para los terapeutas estratégicos, el arte de la terapia se convierte en el arte de la retórica, y en realidad los terapeutas estratégicos tienen la misma mala reputación que tuvieron los sofistas en la antigua Grecia. No importa dicen nuestros amigos de Palo Alto, si creemos o no en la ingeniosa razón que dimos al cliente para hacerle cambiar de costumbres; mientras las cambie, nuestra misión está cumplida. A esta posición han objetado los terapeutas más tradicionalistas, quienes sienten que el uso de tales trucos rebaja la profesión. Se han oído acusaciones de "manipulación" y de "ingeniería social", que han sido alegremente aceptadas por los estratégicos. Ellos sólo afirman ser hábiles artesanos que resuelven los problemas de la gente de las maneras más expeditivas (y menos costosas). [L. Hoffman.1981].*

Con ánimo de justificar las críticas de directividad y manipulación, otros modelos han utilizado como ejemplo a las prescripciones de conductas. Y es acertado: hace falta el artilugio de estas dos condiciones para mandar a realizar tareas que tocan ilógicas racionales y rayan con el absurdo. Solamente con los recursos ericksonianos y toda la gama de acciones persuasivas, es factible llegar a desarrollar en la acción concreta el cometido.

El terapeuta sistémico si es directivo y hablipulador es porque, entre otras cosas, sus intervenciones\* están orientadas a reformular la perspectiva de la realidad del paciente, realidad generadora del problema/queja. En este sentido, la co-construcción que se ejecuta en el contexto de la sesión es tendenciosa, puesto que bajo la apariencia *ingenua* de ciertas intervenciones se encuentra el objetivo de una planificación clínica delimitada por las hipótesis surgidas de la interacción, que apuntan a revertir el problema por el que se consulta. La directividad y hablipulación llevada a cabo a través de formas lingüísticas sugestivas, ejercen un grado de influenciabilidad tal que asegure anticipadamente la ejecución de las prescripciones.

---

\* Las intervenciones del terapeuta se hallan pautadas por la interacción desarrollada con los pacientes. Pero a la vez, y de manera recursiva, las intervenciones también pautan la interacción. Un terapeuta no es el mismo con cada paciente.

M. Andolfi (1994) señala que:

*Impartir directivas parece ser un comportamiento tan antiguo como el concepto de curación. Más complejo es reconocer y a veces aceptar que hay que impartirlas en una relación terapéutica: no hay duda de que toda forma de terapia es, en su esencia misma, directiva. [...] También es directivo prescribir psicofármacos a una persona presa de un estado de ansiedad, mantener silencio hasta que el paciente comienza a asociar libremente, aconsejar la colonia de vacaciones para un niño inhibido, enseñar a una pareja el modo de llegar al orgasmo, prescribir un comportamiento paradójico, y hasta negar una terapia cuando los componentes del problema no son de naturaleza psicológica. [M. Andolfi.1994].*

Indudablemente que todos estos ejemplos, proporcionan sendas imágenes a favor de la directividad, al mismo tiempo que la desmitifica, mostrándola como nada perniciosa, adjetivo con que se la define.

*Si es cierto que bajo la influencia del Psicoanálisis, de la terapia rogersiana y de la terapia psicodinámica en general se ha llegado a la convicción de que debe ser el paciente que determine todo lo que ocurre en la sesión, también es cierto que el contexto terapéutico, las reglas implícitas en la relación, la disposición espacial misma, la actitud y las intervenciones del terapeuta, indican una relación en la que la directividad y el poder por parte de este último son innegables y oficialmente aceptados por el paciente. [M. Andolfi.1994].*

Por otra parte, la actitud intervencionista y el estilo conversacional que caracterizan al modelo sistémico hacen, tal vez, más evidente o más explícita la directividad durante la relación terapéutica. Pero no es más ni es menos, que la actitud de los terapeutas de otros modelos que más solapadamente o de manera implícita dirigen y hablipulan a sus pacientes.

Otro de los puntos a desmitificar, es el dogmatismo que ciñe al desarrollo de la psicoterapia al espacio de la sesión propiamente dicho. Quiere decir que el trabajo terapéutico se reduce a un espacio semanal o quincenal sin otra relación que la pautada por los horarios.

La convención del día y la hora fijos, forman parte del clasicismo de los modelos terapéuticos que terminan constituyéndose en una limitación a la creatividad de otros modelos de intervención más innovadores. No se trata de descartar la posibilidad de horarios fijos, se trata de no aplicar la regla de manera rígida. En algunos casos, puede ser beneficioso como parte de la táctica del tratamiento. En otros, es importante la diversificación de los horarios y de la frecuencia, de acuerdo a la planificación de los objetivos, metas mínimas y grados de urgencia. Por ejemplo, cuando se implementan prescripciones de comportamiento hacen falta, para realizar

controles y chequeos, seguimientos telefónicos e intercalar sesiones desde 2 días de diferencia como también distanciadas en 15 días. Estos controles permiten un trabajo más intenso, en pos de desestructurar circuitos rigidificados.

En otras oportunidades, con el objetivo de chequear niveles de emergencia, resistencia o de interés en iniciar un trabajo terapéutico, en las primeras entrevistas el terapeuta puede colocar horarios poco convencionales como las 7 de la mañana o muy nocturnos, o un horario en un día sábado (siempre estará la sorpresa de que el paciente acepte y el terapeuta tenga que asistir a esos horarios bizantinos o, al menos, cambiar el horario de una manera elegante y sutil). También la discontinuidad de horarios permite, en la negociación de turnos, observar en la escala de valores e intereses del paciente cuál es el lugar que ocupa la terapia. Si se halla al mismo grado de la asistencia a otros encuentros banales o si se llegan a dejar compromisos importantes para asistir a la sesión.

Del punto anterior se infiere, que la terapia tradicional no admite incorporar, como parte de la actividad terapéutica, el uso del teléfono. En el modelo sistémico, no solamente se implementa en los casos de urgencia, también después de sesiones con grandes movilizaciones, orientación de pasos a seguir en una táctica planificada en una sesión o contención en situaciones críticas. Mediante los llamados pueden gestarse consejos, reflexiones, nuevos planteos e ideas. En síntesis, el uso del teléfono es una prolongación de las sesiones terapéuticas fuera de los horarios de sesión.

De esta manera, el trabajo terapéutico no queda remitido al día, hora y lugar prefijados, sino que se expande más allá de los límites impuestos por el encuadre tradicional. El ejercicio del teléfono determina que el profesional *agudice su audición* y pueda captar vía telefónica, sin más que la cadencia de la voz y el contenido del mensaje, el humor y el tenor del problema del paciente. De igual forma, él mismo deberá colocar sus intervenciones con sutileza y cautela, cuestión que logre transmitir claramente lo que intenta comunicar.

Cuando, por ejemplo, se trata de chequear las prescripciones, la utilización del teléfono es fundamental y principalmente el móvil. En las tareas de ataques de pánico y trastornos fóbicos, el teléfono posibilita trabajar en el lugar de la acción: si la tarea es trabajar la fobia a subir los ascensores, el paciente puede ensayar con el móvil encendido y con el terapeuta en la línea pasando y recibiendo información. Este es solo uno de los tantos usos del teléfono, cuando no en el llamado telefónico para el pedido de consulta. Fuera de lo tradicional, en donde el primer llamado se remite estrictamente a conocer quién lo deriva y pautar día y hora del primer encuentro, el

terapeuta sistémico puede iniciar una breve comunicación con la finalidad de recabar mayor información y realizar un joining anticipado.

En esa comunicación inicial *-artísticamente* y de manera no persecutoria- podrá conocer algunos datos de relevancia (cuál es el problema, los miembros involucrados, la constitución de la familia, las ocupaciones, edades, etc.), hasta confeccionar un pequeño genograma y determinar a quien invitará a la primera sesión.

Otro dogmatismo, es el que se refiere al lugar donde la psicoterapia debe desenvolverse. La concepción tradicional indica que las consultas se realizan únicamente en el espacio de un consultorio. Es decir, es la oficina privada del terapeuta, o cualquier consultorio público (por ejemplo, de un hospital, una institución, etc.), el espacio oficial para desarrollar las sesiones. Cualquier otro lugar que se elija, constituirá una herejía o contaminación a lo que verdaderamente se considera *terapéutico*.

Tal vez, si el paciente se halla imposibilitado a concurrir por sus propios medios a la consulta, la asistencia domiciliaria podría ser una de las acciones que entrarían en la concesión admitida, pero realizar una caminata por un parque, sentarse en un día de sol en un bar o el banco de una plaza y todo lo que se desarrolle fuera de la oficina del terapeuta, son plasticidades del profesional que no deben ponerse en juego.

Esta prohibición tácita, han dilapidado múltiples y creativas posibilidades de abordaje. Solamente algunos terapeutas atrevidos, han realizado sesiones de terapia familiar con las familias en su hábitat, observando el contexto y su forma original de funcionamiento. Otros, han capitalizado el sedentarismo u obesidad de algunos pacientes, desarrollando conversaciones terapéuticas mediante caminatas reflexivas. Otros profesionales, haciendo *-ocasionalmente-* sesiones en otros lugares como bares o plazas, han destrabado situaciones de ensimismamiento, fobia social o bloqueo comunicacional.

Con estas propuestas, no se plantea desarrollar otros dogmatismos, sino crear el permiso interior de utilizar otros espacios alternativos, como forma de dinamizar las sesiones y facilitar el emergente del material a trabajar. No se trata que el terapeuta abandone su consultorio (como espacio físico) y se constituya en un *errante* de la psicoterapia realizando sesiones aquí y allá, se trata que este tipo de estrategias trabajen a múltiples niveles. El primero es el tradicional acerca de los contenidos: cuando el terapeuta trabaja fuera de su ámbito, con su táctica introduce otra información en forma paralela. Cuando le dice a su paciente *-fumador y hastiado de su sedentarismo- necesito caminar un poco, moverme, estuve mucho tiempo sentado y deseo respirar aire puro... ¿no te molesta si realizamos la sesión caminando?*, está

colocando en primera persona lo que le sucede a su paciente y generando una identificación que podrá tener sus efectos a posteriori, si el paciente la adopta para sí.

En otras oportunidades *desgraciadas*, es el contexto el que obliga a adecuarse a desarrollar sesiones de manera no ortodoxa. Catástrofes, en las que se debe trabajar en el lugar del hecho, emergencias o crisis en donde el paciente es atendido en su domicilio, infraestructura hospitalaria decadente donde (como siempre la salud mental se encuentra relegada en los presupuestos del Estado) se *inventan consultorios* en la cafetería del hospital, salas de espera, bancos del parque interno del hospital, etc.

## **MITOS Y DESMITIFICACIONES 5**

Otro de los grandes mitos que tergiversan el real significado de ciertos conceptos, se observa en la absurda *distinción entre Psicoanálisis y Psicoterapia*. Parece increíble que todavía en los inicios de este tercer milenio, se continúe repitiendo dogmáticamente esta diferenciación. Diferencia que no tiene absolutamente ningún tipo de aval teórico que la justifique de manera idónea. Aunque, la razón parece hallarse no en motivos de teoría sino en los juegos de poder que se manifiestan enfundados en falsos fundamentos epistemológicos.

La defensa acérrima que se erige en torno al Psicoanálisis, de cara a la presencia cada vez más sólida de otros modelos en el mercado terapéutico, desestructura la hegemonía y socava poder al monopolio de la ciencia freudiana. Esta amenaza, lleva a que sus seguidores (es una cuestión de hombres y no de teorías) ubiquen el modelo al mismo nivel o por arriba que las psicoterapias.

Semejante disquisición es una confusión de niveles lógicos. Las psicoterapias pueden ser definidas como terapias de la psique y, de hecho, eso es lo que son: un área de la terapéutica *-del arte de curar-* que tiene por objetivo trabajar con la mente humana. Por ende, se encuentran en un nivel lógico superior. El Psicoanálisis, al igual que tantos otros modelos terapéuticos tales como la Gestalt, Transaccional, Cognitivo, Logoterapia, Sistémico, etc., es uno de los tantos modelos que se instrumentan. Por tanto, cualquiera de estas líneas se encuentran ubicados en un nivel lógico inferior a la psicoterapia. Esta pulseada de rivalidades cimienta, en parte, la descalificación de este modelo clásico hacia el resto de nuevos modelos *alternativos*, calificándolos y reduciéndolos a *terapias del yo*. Hasta el término *alternativo* revela la asimetría por debajo, puesto que muestra otras opciones a la opción principal.

Todas estas, para nosotros, *infortunadas* posiciones, todavía cobran vigencia en algunos sectores que representan la ortodoxia terapéutica. Sectores que defienden a ultranza criterios que bien pueden llamarse anacrónicos, en relación a que ciñen

teorías elaboradas en los comienzos del siglo pasado e intentan hacerlas subsistir, imponiéndolas sin pulir adaptativamente ninguna de sus aristas.

En la misma dirección de confusión, se encuentra el homologar la Psicoterapia con Psicoanálisis o la Psicología. Renglones arriba, hemos desarrollado la distinción de niveles lógicos entre Psicoterapia y Psicoanálisis, en este caso, lo que se observa es que la gente no involucrada con el quehacer psicológico llama al desarrollo de una psicoterapia como el *hacer un Psicoanálisis*. Desde ya que es *perdonable*, dado que la tradición psicoanalítica hace honor a su antigüedad en la exploración psicológica, por tanto, es lógico que se produzca tal sinonimia.

Pero, por otra parte, la Psicología en general se ha homologado con psicoterapia, es decir, la Psicología clínica, ha relegado otras especialidades del quehacer psicológico tales como el área forense, penal, Psicodiagnóstico, organizacional, educacional, de investigación, etc., Por ende, cuando se habla de Psicología se habla de clínica y esto es un error radical en la concepción de una ciencia tan basta como la psicológica. En síntesis, la Psicología es una ciencia que se encuentra en una categoría superior y dentro de ella se encuentra la disciplina clínica y, a su vez, dentro de ésta se encuentra el modelo psicoanalítico.

Otra de las situaciones que resultan extremadamente absurdas, es la concepción de ciertas personas acerca de la psicoterapia (especialmente maridos rígidos, personas resistentes y negadoras, médicos biólogos a ultranza), que se resumen en la expresión: Yo no creo en la Psicología. Este es otro de los grandes mitos en torno a la psicoterapia, en el cual la psicología clínica es entendida más que una ciencia como una religión en la que *se cree o no se cree*.

Puede ser comprendido como fenómeno resistencial, en algunas personas que, temerosas de explorar el andamiaje defensivo que se han montado en la vida, niegan y descalifican a la invitación del terapeuta del partenaire para realizar una sesión conjunta. Reticentes, arriban a consulta con una postura de desconfianza y escudriñando de reojo al terapeuta como el agresor y destructor de la estabilidad de la familia.

Pero no se admite tamaña ignorancia, principalmente en los médicos, quienes en pleno siglo XXI realizan semejante negación o semejante confusión de niveles lógicos, tergiversando a lo que da en llamarse ciencia en diferencia con una creencia religiosa. Principalmente, sucede en médicos de larga data en su profesión, que todos los síntomas del psiquismo (desde tensión nerviosa hasta la esquizofrenia) los reducen a factores bioquímicos, orgánicos o somáticos, entre otros.

Debemos reconocer que la epistemología sistémica, en la actualidad, todavía no se ha erigido como paradigma de modelo de conocimiento en la sociocultura. Esto

si somos estrictos con el término paradigma, en el sentido kunteano de la prevalencia de un modelo de conocimiento único. Esta posición, señala que solamente el cambio de paradigma se produce en simultaneidad con la aceptación del poder científico, de que el modelo de conocimiento imperante ya no provee las respuestas adecuadas a las preguntas que el mundo de la ciencia demanda (Kunt.1975). No obstante, N. Caparrós (1980) señala que la Psicología -contrariamente a las ciencias duras (*aunque no tanto*)- es la única ciencia en donde existen convivencia de paradigmas. Más precisamente en la psicoterapia, donde conviven en paralelo, una serie de modelos terapéuticos con las mismas posibilidades de efectividad.

Ateniéndonos al sentido de Kunt, después de 40 años del traslado de las ideas cibernéticas a las ciencias humanas, nos hallamos en un período de transición, donde unos pocos son los que se han acoplado cognitivamente al modelo sistémico. Hasta ahora es la linealidad la que ejerce preeminencia a la hora de desarrollar construcciones de realidades, hipótesis y hasta simples razonamientos.

Si socioculturalmente continúa teniendo vigencia una epistemología causalista lineal y objetiva, no son menos los profesionales que sostienen esta posición en favor de la *objetividad*. Están convencidos, entre otras cosas, que en la relación terapéutica es posible que el profesional tome distancia -se disocie, como se dice específicamente- e intervenga sin poner en juego sus creencias, valores, historia, en síntesis, su estructura conceptual, de la cual, el modelo terapéutico es solamente una parte. Es decir, un observador no involucrado en el campo de lo observado.

En sentido contrario se encuentra la subjetividad que, como concepto, todavía en la actualidad, se haya desvalorizado asociándose con contaminación y falta de profesionalismo. Pero este entendimiento va más allá de la gente común, sino son los mismos profesionales de la salud mental quienes solventan estas ideas.

El término *subjetividad*, en algunos circuitos de vanguardia de la ciencia, bien entendido por algunos filósofos (I. Kant, G. Vico, L. Wittgentein) y desafiado por la cibernética de 2 orden, se postula en plan reivindicador y se entiende a la objetividad como una utopía. Los límites de objetividad se demarcan en la subjetividad, o sea, se puede ser más objetivo dentro de la subjetividad. En este planteo, la subjetividad se halla en un nivel lógico superior que la objetividad. Entonces, todos los hechos son subjetivos: se puede estar más o menos involucrado, pero siempre nuestra presencia -en función de la cibernética- pauta el objeto observado, como nuestra percepción -en función de nuestra estructura cognitiva- influye nuestra perspectiva del objeto.

Es lógico, que el profesional sea más objetivo que el paciente involucrado en la problemática de la familia, pero más objetivo dentro de la subjetividad del vínculo que

establece con la familia y desde su percepción reglada por las estructuras conceptuales, sistema de creencias y escala de valores.

Una de las confusiones que ocurre cuando se tratan de asociar o superponer modelos, es homologar ciertos conceptos. Error, si se tiene en cuenta que poseen una diferente base epistemológica. Unos de los términos que suele mal interpretarse es el de la resistencia. Cuando un paciente no cambia a pesar de que reconoce -calza- el motivo de su problema, los terapeutas, en general, le colocan el mote de resistente al cambio (más allá de que sería importante que los terapeutas se cuestionaran si fueron acertadas o no sus intervenciones y no descargaran toda la responsabilidad en el consultante). Pero el concepto de resistencia, desde la teoría sistémica, es radicalmente diferente al que hace referencia el Psicoanálisis.

Con base en la teoría del aparato psíquico, el hecho de que se logre interpretar y develar el origen del síntoma del paciente y se continúe repitiendo, implica que actúan resistencias inconscientes que sabotean la posibilidad de revertir el síntoma. Son numerosas las oportunidades en que los estudiantes en formación de terapia familiar atribuyen, de cara al no cambio, las resistencias del paciente, sea familia, pareja o individual. Pero las resistencias a las que se remiten, son las que hacen referencia el modelo freudiano y no las cibernéticas.

Además de no usar el método interpretativo de acuerdo al marco freudiano, (aunque cuando se explica, se está construyendo una versión del hecho, se interpreta lo que sucede), la terapia sistémica entiende las resistencias como resistencias de los sistemas. Es decir, cuando un problema lleva años en un sistema crea un circuito propio con pautas particulares, funciones, normas y todo un código determinado por el rigor del síntoma. Ya hemos explicado anteriormente, que la perdurabilidad de la conducta disfuncional en el tiempo, sistematiza y resistemiza cristalizando homeostáticamente el juego. Por más acertada que pueda considerarse la hipótesis y su correcta explicitación en el tiempo adecuado, es ingenuo pensar que una intervención cognitiva, por ejemplo, pueda hacer variar casi de manera mágica la dinámica desarrollada.

Por tanto, además de considerarse y focalizarse el problema se observará su persistencia en el sistema. La intervención deberá estar dirigida hacia estos dos flancos: el problema propiamente dicho y su inserción en el sistema. Se debe tener en cuenta el grado de afianzamiento en el sistema del comportamiento anómalo, de lo contrario, la intervención terapéutica puede convertirse en una solución intentada fracasada más dentro de todo el cúmulo de frustraciones del paciente.

En dirección a romper con las ortodoxias, la nómina de mecanismos de defensa heredados del Psicoanálisis, son interpretados por los sistémicos como una

transgresión a la teoría. La identificación, proyección, negación y el desplazamiento, forman parte del glosario de defensas desarrolladas por Ana Freud (1974) y bien definidas en el famoso diccionario de Psicoanálisis de J. Laplanche y J. Pontalis (1981).

Más allá de su raigambre con este modelo, estos mecanismos no dejan lugar a duda de su intervención en dinámicas cognitivas que se articulan con las interacciones. Por ejemplo, es el caso de los isomorfismos. Los juegos isomórficos, no son ni más ni menos que proyecciones que coligen juegos interaccionales pasados con el aquí y ahora. En este proceso de proyecciones, se identifican personajes, funciones, pautas, etc. propias del juego pasado en concomitancia con el actual. De la misma manera y con igual sentido, se desplazan emociones y sentimientos dirigidos hacia un destino que, para conservar el vínculo, se depositan en otro. La negación, a su vez, sirve para preservar relaciones, anular o postergar o más precisamente amortiguar sentimientos desagradables.

Todos estos mecanismos, han sido vetados por el mundo sistémico al corresponderse con otra corriente terapéutica. Sin embargo, son conceptos que calzan claramente con las interacciones ya que tienen su anclaje tanto en la cognición como en el universo de interacciones de la persona.

Un término a desmitificar y que se presta a confusiones es el de Terapia familiar. Si bien, la terapia familiar es una especialidad que corresponde al trabajo terapéutico con la familia específicamente, también le da el nombre con que llega el modelo sistémico al mundo de la psicoterapia. Cuando se habla de psicoterapia sistémica se está hablando de Terapia familiar. La confusión se presta, cuando la gente entiende que *conditio sine qua non* para poder trabajar con el modelo sistémico se necesita la total presencia de la familia.

La herencia de este rótulo, radica en los orígenes del modelo. Prácticamente cuando comenzaron a trasladarse las ideas cibernéticas a las ciencias humanas. Las primeras investigaciones que realizó el equipo liderado por G. Bateson, fue analizar la comunicación en los pacientes esquizofrénicos, cuyos primeros resultados fue la teoría del doble vínculo (Hacia una teoría de la esquizofrenia.1962). Se exploró a las familias de los pacientes, detectando disfuncionalidades en ellas, principalmente, en los mensajes que se transmitían en la relación madre/hijo. Fue la primera vez que se trabajó con los integrantes de una familia en una sesión, y se incorporó el espejo unidireccional al trabajo terapéutico y un equipo detrás de éste.

Todas estas experiencias positivas e innovadoras (fundamentalmente la incorporación de más miembros al espacio de la sesión) fueron definidas, años atrás, por los teóricos de Palo Alto, como una *herejía*. Y no era para menos, en tiempos

donde solamente era admitido el modelo psiquiátrico o psicoanalítico que indicaban que la introducción de más de un miembro en la terapia era contaminante.

Esta conservación del rótulo *Terapia familiar* en honor a la historia, lleva a que se desconozca que existe, bajo el patrimonio del modelo sistémico, la terapia de pareja, individual, grupal, diferentes recortes de subsistemas familiares como la fratría y pareja de padres, análisis organizacional, entre otras aplicaciones. Más allá que existen otras terapias que trabajan con familias, pero no desde una óptica sistémica.

**Desmitificar**, implica desestructurar las atribuciones erróneas acerca de ciertas creencias que se han instaurado sólidamente tanto en el imaginario popular como en algunos sectores correspondientes a otros modelos. Pero nada más difícil que intentar romper con creencias afianzadas en la sociocultura. Estas implican crear conceptualizaciones rígidas que, como tales, se hallan sistematizadas en el tiempo y generan resistencias a su modificación.

Muchas de las ortodoxias terapéuticas, forman parte de numerosos mitos que a la hora de cuestionarlos no poseen los suficientes avales teóricos para sostenerlos. Apelar a un modelo ortodoxamente, puede considerarse un tronco rector y organizador del trabajo terapéutico, pero la adherencia extrema, conduce al camino de la *anticreatividad*. Es allí, cuando los terapeutas se clonifican con sus maestros y supervisores o siguen al pie de la letra los manuales de psicoterapia, en el intento de socavar las inseguridades y hacer el trabajo correctamente.

Cercenar la creatividad, es ceñir el modelo a pautas que no permiten armar una coreografía plástica y manejarse con una serie de recursos fijos que no dan posibilidad de otros movimientos que los previstos por el modelo. Creer en el estilo terapéutico del profesional, sugiere tomar de los modelos o del modelo lo que se considera potable para sí y para la situación con cada caso en particular.

La ecuación entre formación teórica-práctica y creatividad, parecen la fórmula adecuada de funcionamiento en el arte de la psicoterapia. De la primera, surgen las premisas epistemológicas trasladadas a la praxis clínica con el debido sustento teórico; mientras que la segunda, aporta la cuota de plasticidad, originalidad y amoldamiento vincular. Ambas dos, conjugan los dos aspectos que se mancomunan en la psicoterapia: la ciencia y el arte.

Entonces, el terapeuta -científico y artista- resume en estos dos flancos, las posibilidades de ejercitar su profesión de manera idónea, siempre dentro de los canales que le indica la ética y la responsabilidad que implica guiar la vida de un ser humano en situaciones de crisis.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Andolfi, Mauricio "Terapia familiar". Paidós. Bs. As. 1994.
- Bateson, Gregory. "Pasos hacia una ecología de la mente". Carlos Lohlé, Bs. As., 1976.
- Caparrós, Antonio. "Los paradigmas en psicología. Sus alternativas y sus crisis".
- Ceberio Marcelo R.; Deschamps C. y otros. "Clínica del cambio - Teoría y técnica de la terapia sistémica". Nadir. Bs. As. 1990.
- Ceberio, R., M.; Moreno, J.; Deschamps, C. "La formación del estilo terapéutico". Revista Perspectivas Sistémicas. Bs. As. 2001.
- Ceberio, R., M.; Moreno, J.; Deschamps, C. "La formación del estilo terapéutico". Revista Mosaico de terapia familiar. España. 2001.
- Ceberio R. M., Watzlawick, P. "La construcción del universo". Herder. Barcelona. 1998.
- Coleman, David. "La inteligencia emocional". Javier Vergara. Bs. As. 1996.
- Fisch, D, Weakland, J, Segal, L. "La táctica del cambio". Herder. Barcelona. 1994.
- Freud. Anna. "El yo y los mecanismos de defensa". Paidós. Bs. As. 1974.
- Haley, Jay "Terapia para resolver problemas". Amorrortu. Bs. As. 1980.
- Hoffman, Lynn. "Fundamentos de la terapia familiar" Paidós. España. 1981.
- Jackson, Donald (Comp). "Communication, Family, and Marriage". Science and Behavior Books, Inc., California, 1968. Versión cast. "Comunicación, familia y matrimonio". Nueva visión. Bs. As. 1984.
- Kriz, Jurgen. "Corrientes fundamentales en psicoterapia". Amorrortu. Bs. As. 1985.
- Kuhn, Thomas. "La estructura de las revoluciones científicas". Fondo de Cultura Económica, Méjico, 1975.
- Keeney, Bradford. "Estética del cambio". Paidós. Barcelona. 1987.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. "Diccionario de Psicoanálisis". Labor. Barcelona. 1981.
- Linares, Juan. "Identidad y Narrativa". Paidós. Barcelona. 1996.
- Nardone G., Watzlawick, P. "El arte del cambio". Herder. Barcelona. 1992.
- Nardone Giorgio. "Miedo, pánico, fobia". Herder, Barcelona, 1996.
- Horsori, Barcelona, 1980
- Satir, Virginia. "Psicoterapia familiar conjunta". Prensa Médica Mejjcana, Méjico, 1989.
- Stevens, John. "El darse cuenta". Cuatro vientos. Chile. 1978.
- Watzlawick, Paul. "El lenguaje del cambio". Herder, Barcelona, 1980.

- Watzlawick, P., Beaving J., Jackson, D. "Teoría de la comunicación humana". Herder. Barcelona.1981.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. "Cambio". Herder, Barcelona, 1976.