

Desde la mirada tradicional hacia la mirada sistémico-narrativa

From the traditional approach towards the systemic-narrative perspective

Ana María Zlachevsky¹

Resumen

Este artículo hace un breve recorrido sobre la historia de la psicoterapia desde la comprensión de la psique entendida al interior del cerebro, siendo hija del paradigma científico, hacia una mirada que entiende al ser humano siendo parte de un sistema y habitando en el lenguaje. Utilizando un caso clínico y aludiendo a la anti-psiquiatría termina mostrando lo complejo del uso de diagnósticos en psicoterapia, proponiendo como alternativa la mirada narrativa que enfatiza la idea de que “el problema es el problema”, el que se puede disolver al significar la experiencia vital de otra manera.

Palabras clave: Narrativa, Construccinismo social, anti-psiquiatría, teoría sistémica, cibernética de primer y segundo orden, mirada narrativa

Abstract

This article succinctly illustrates the history of psychotherapy. It starts with the understanding of psyche assumed within the brain, under the scientific paradigm, towards another conception. This new vision recognizes human being as being part of a system and inhabiting language. Using a clinical case and alluding to anti-psychiatry movement the article argue against the use of diagnostics in psychotherapy. It proposes instead the narrative model as an alternative way to intervene. This paradigm emphasizes the idea that the person is not the problem, but “the problem is the problem”, and it may be dissolved by significance life experience in another way

Keywords: Narrative, Social constructionism, antipsychiatry, systemic theory, first and second order cybernetics, narrative view

¹ Psicóloga, terapeuta sistémico narrativa, Doctora en Filosofía. Presidenta Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Profesora IP Diálogos. Correo postal y código postal respectivo: Buen Camino 9880 Oriente. Código postal: 7910000. Email: amzocano@gmail.com; presidencia@scpc.cl; amzo@ipdialogos.org

Consulta Mariela, de 55 años. Se ve angustiada y muy agitada, Dice que desde hace tres meses prácticamente no duerme y no sabe qué hacer.

Estudió Psicología, pero, no se pudo recibir porque se embarazó y se casó. Tuvo dos hijos que hoy tienen 27 (Marcela) y Raúl de 25. Su marido era muy buen mozo, pero nunca se estabilizó económicamente. Por eso ella siempre tuvo que trabajar. Él se enamoró de una argentina y se fue a vivir a Misiones.

Mariela se desempeña en una consulta donde hace labores de secretaria y recepcionista. Si bien no gana mucho, le alcanza, ya que tiene su departamento pagado y sólo trabaja para ella.

Desde que estuvo en la universidad le llamó la atención el mundo esotérico y siempre que puede asiste a talleres y encuentros para tratar de destruir su “ego”

A pesar de que vivió mucho tiempo al “tres y al cuatro”, ya que debió mantener sola a sus hijos, siempre se las arreglaba para poder trabajar-se. Tenía un grupo de desarrollo personal en esa línea, pero no se juntan con tanta frecuencia como antes.

Marcela, desde hace dos años vive con su pareja, Hernán. Ambos son psicólogos, pero pelean mucho, por lo que transita, en ocasiones, por la casa de su madre. Raúl (hijo) se acaba de recibir de mecánica automotriz en Inacap y decidió irse al sur, donde la familia de su padre, ya que su abuelo paterno tiene un pequeño garaje de automóviles.

Mariela relata que producto de las peleas de Marcela con Hernán, y viendo tan mal a su hija la última vez que estuvo en su casa, le pidió una hora a una de las psicólogas del lugar donde ella trabaja.

La terapia la involucró a ella. La terapeuta le dijo que Mariela tenía un diagnóstico de *bordeline*. Ello debido a que nunca se había sentido cuidada por su madre y que había recibido un apego muy ambivalente. Mariela trató de defenderse diciéndole que ella había tenido que trabajar para mantener a sus hijos y que la vida le había sido muy difícil, pero su hija, delante de la terapeuta, la siguió increpando y acusando de “mala madre”.

Hace dos semanas estuvo en un encuentro de silencio en el Cajón del Maipo, en el que logró estar bien, pero al llegar a la casa se encontró con su hija, que la volvió a increpar y volvió a sentir la culpa y la angustia que no la dejan.

No sabe qué hacer ya que quedó expuesta frente a una de sus jefas, y se siente tan culpable que viene para que la ayudemos a reparar el inmenso daño que le ocasionó a su hija causándole su trastorno *borderline*.

Un primer acercamiento a la salud mental

Los diagnósticos han estado presentes en la psicología desde que en el siglo XIX ésta surge como disciplina independiente, tratando de desarrollarse a la luz del estatuto epistemológico de las ciencias y tratando de explicar “lo humano” como fenómeno natural. Al contexto de ese hecho alude Ortega y Gasset (2006) al sostener que en esa etapa la fe en la ciencia:

no era sólo y primero una opinión individual, sino, al revés, una opinión colectiva, y cuando algo es opinión colectiva o social es una realidad independiente de los individuos, que está fuera de estos como las piedras del paisaje, y con la cual los individuos tienen que contar, quieran o no (p. 52).

Por lo tanto, los psicoterapeutas que nacieron al alero de dichas corrientes psicológicas o psiquiátricas, prácticamente no tuvieron alternativa. Estaban compelidos a seguir el modelo de la ciencia natural moderna con una fuerza que, en general, no se podía resistir.

Desde entonces la psique se ubicó en el cerebro y se planteó que sujeto y objeto eran dos entidades separadas una de otra. Esta separación del hombre respecto de su entorno hace ver al ser humano como un ente encerrado en sí mismo, que sale al encuentro del mundo. En palabras de Keeney (1991, p. 129), “un sí mismo delimitado y separado de un ambiente que le sirve de telón de fondo, y que es lo que queda cuando se extrae de él ese sí mismo. Esto lleva a concebir al ambiente como lo otro, o sea, una entidad aislada con la cual el sí mismo interactúa”.

Este “sí mismo” debía ser claramente “descrito”; y, dentro de lo posible, tenía que ser incluido en una u otra categoría clasificatoria. De esa manera, el terapeuta, según Anderson (1997), “se convierte en un experto en observar, revelar y reconstruir la historia tal como *realmente* es y tal como *debería ser*. El conocimiento del terapeuta da forma a sus observaciones y las valida” (p. 65). Mientras mayor conocimiento tenga de teorías explicativas, mientras mayor neutralidad y objetividad caractericen sus apreciaciones, mejor podrá ayudar al paciente.

La descripción de patologías, y el levantamiento de datos rigurosos, específicamente en el ámbito de la salud mental, llevó a la elaboración del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*), elaborado por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos. Dicho manual, que actualmente va en la versión 5 (Spanish DSM5 2016)–, contiene en el cuerpo del texto una clasificación detallada y sistemática de los trastornos

mentales. Dichas categorías diagnósticas permiten que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan no sólo diagnosticar, sino intercambiar información.

El *DSM* se sostiene sobre la idea de que el ser humano es un ente biopsicosocial y su gnoseología se desarrolla a partir de datos empíricos, de estadísticas de prevalencia y ocurrencia de las enfermedades mentales. Si bien la *OMS* (*Organización Mundial de la Salud*) recomienda el uso del Sistema Internacional denominado *CIE-10*, cuyo uso está generalizado en todo el mundo, su base de análisis no es distinta. La lista de códigos *CIE-10*, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud* (del inglés *ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), va en su décima versión; de ahí su nombre, *CIE-10*. Dicho manual provee los códigos para clasificar las enfermedades mentales y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y a un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00) (*Organización Panamericana de la salud*, 2003, p. 465). La existencia de manuales clasificatorios de las enfermedades mentales es posible, entre otras cosas, en tanto la mente es concebida estando al interior del cerebro.

Jaspers (1966) decía que “el objeto de la psicopatología son los procesos psíquicos reales, sus condiciones y causas, sus consecuencias” (p. 18). El aparato mental debía ser estudiado con rigor científico y sólo dicho rigor permitiría adelantos en el tratamiento de las enfermedades mentales. Pero, el comportamiento normal y anormal muchas veces es difícil de diferenciar. No responde a causas unívocas, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos. En la mayoría de los países anglosajones, la teoría y la práctica de la psiquiatría, entendida como un trabajo en el *interior* de la mente –la cual, a su vez, residiría en el *interior* del cerebro–, empieza a ser revisada, y muchas veces, como sostienen Bertrando y Tofanetti (2004), “atacada frontalmente” (p. 93).

Gracias a las investigaciones de Gregory Bateson, Margaret Mead y otros antropólogos orientados al estudio de distintas culturas, en algunos investigadores “surge una crítica radical de la psiquiatría y de las variadas terapias” (Ibíd.), crítica en la que se destacan los planteamientos del conocido movimiento antipsiquiátrico.

El movimiento antipsiquiátrico

Uno de los giros que cuestiona la mente comprendida al interior del cerebro está dado por el movimiento antipsiquiátrico, término acuñado por el terapeuta y filósofo David Cooper en su conocida obra *Psiquiatría y antipsiquiatría*, escrita en el año 1967.

No obstante, es posible situar el comienzo de este movimiento en 1957, cuando Tomas Szasz, psiquiatra húngaro radicado en los Estados Unidos, pone en duda la realidad de la enfermedad mental entendida como un suceso que ocurre al interior del cerebro, y hace pública su tesis en la obra *Dolor y placer*. Para Szasz, la enfermedad mental no es otra cosa que una etiqueta, una palabra, no tiene existencia en sí. Como afirman Bertrando y Tofanetti (2004), para Szasz “toda la historia de la psiquiatría es una historia de mitos” (p. 95).

Es posible definir el movimiento antipsiquiátrico como un movimiento crítico que cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental al interior del cerebro. Szasz (1994) sostiene que “los psiquiatras consideraron tradicionalmente que la enfermedad mental era un problema separado e independiente del contexto social en el que aparecía” (p. 62), de tal manera que era la persona la que enfermaba y el terapeuta el que hacía el diagnóstico y debía hacer volver al individuo al mundo de dónde provenía. “El papel del terapeuta es diagnosticar la disfunción o el defecto”, afirmaba Szasz (p. 67).

Su libro *El mito de la enfermedad mental*, bastante controvertido, tuvo serias repercusiones en el ámbito laboral del mismo Szasz, hasta el punto de que casi lo dejó fuera del mundo psiquiátrico y universitario. Sólo pudo seguir ejerciendo en una cátedra del *Medical Center Upstate de Syracuse*, en el estado de Nueva York. Si bien Szasz no se consideraba a sí mismo como un antipsiquiatra, el resto de los académicos de salud mental sí lo incluyen en este movimiento.

La influencia del pensamiento de Laing también fue de gran importancia, especialmente con la publicación de su libro *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad (1964)*. Laing, dado su interés por la fenomenología y el existencialismo, rechaza gran parte de los asuntos que gobiernan el pensamiento psiquiátrico de la época. Los antipsiquiatras no cuestionan el hecho de que algunas personas tengan problemas emocionales o problemas que llaman psicológicos; tampoco cuestionan que la psicoterapia sea inútil; lo que cuestionan es el origen, poco claro, de estos problemas, así como llamarlos enfermedades mentales. Discuten las opciones médico-farmacológicas de los tratamientos y el comprender los problemas psicológicos como problemas *de la persona* y no del contexto en que la llamada enfermedad mental emerge (familia, escuela, exigencias sociales y laborales, relación de pareja, etc.). Cooper afirmaba que lo que se llamaba locura es producto de un estilo de sociedad, y que su verdadera solución pasaba por una revolución social y por una acción política, no por un diagnóstico y tratamiento de la persona, mal llamada, a sus ojos, enferma.

El terapeuta lidera la terapia influido por ciertas *verdades* que:

se expresan en diagnósticos, objetivos y estrategias de tratamiento que se determinan *a priori* y se aplican indistintamente. [...] El discurso modernista promueve la *noción dualista y jerárquica del cliente como sujeto de indagación y observación*, y coloca al terapeuta en la posición superior de experto (Anderson, 1997, p. 96).

El terapeuta, sabe lo que le pasa al paciente, y lo sabe porque su intelección *científico-racional* del ser humano –concretado en manuales-diagnósticos–, posibilitan su saber.

Para Szasz (1994), “la psicología –y la psiquiatría, como rama de ésta– mantuvo una estrecha relación con la filosofía y la ética hasta las postrimerías del siglo XIX. Desde entonces, los psicólogos se han considerado científicos empíricos, y se supone que sus métodos y teorías no difieren de las del físico o el biólogo” (p. 21). A pesar de los años que lleva la psicología clínica tratando de ser considerada científica, ello no se ha logrado.

Los sistemas: una nueva mirada.

La tendencia a objetivar a la persona, propia de la modernidad, a mediados del siglo pasado –o antes–, empieza a ser cuestionada. Entre otros autores, es posible citar a Hillman y Ventura (en Effran y Libretto, 1997, p. 64), que en el año 1992 escribieron: “Hemos vivido cien años de psicoterapia y el mundo está cada vez peor”.

La falta de logros en los tratamientos terapéuticos ha sido altamente cuestionada. No son pocos los terapeutas que responsabilizan de esta carencia a la falta de rigor científico en la investigación psicológica, acentuando la importancia de la necesidad de investigar con mayor énfasis en el ámbito experimental.

Por otra parte, empieza a surgir un movimiento psicoterapéutico distinto, que puede situarse en la propuesta de von Bertalanffy (1992), quien, aunque desde el mundo de la biología, instala una nueva mirada. En un seminario de filosofía realizado en Chicago en el año 1937, el biólogo enuncia la Teoría General de Sistemas en forma orgánica. Invita a la comunidad investigadora científica a formular una nueva manera de entender los fenómenos biológicos en general, enfatizando la idea de que habría que dirigir la mirada hacia el todo. Enuncia una teoría lógico-matemática integradora que llamó Teoría General de Sistemas. Dicha teoría impacta distintos campos del saber

y tiene una especial repercusión en la mirada clínica de algunos psicoterapeutas (von Bertalanffy, 1992).

La invitación de von Bertalanffy es recogida por algunos terapeutas, principalmente de orientación psicoanalítica, quienes, separándose de la ortodoxia que exige esa corriente de pensamiento, comienzan a desarrollar sesiones de terapia con distintos sistemas, como la pareja –“consultoría matrimonial”–, la familia y los sistemas escolares. Entre otros, es posible recordar al psiquiatra Murray Bowen (1998), quien, en la década de los años 50 del siglo XX, plantea la importancia que tiene la familia en la producción de los síntomas de alguno de sus miembros. La familia pasa a ser vista como un sistema compuesto por subsistemas que, a la vez, están insertos en sistemas más amplios. Cualquier síntoma, ya sea físico o emocional, sería una manifestación de una “disfunción familiar” y no de un individuo particular. La llamada *patología del paciente* deja de ser vista al interior de la mente de la persona y pasa a ser comprendida como siendo parte de un sistema mayor. Bowen acuña el concepto de *masa indiferenciada del yo familiar (oneness)* y sostiene que “se trata de una identidad emocional, aglutinada. La expresión *masa indiferenciada del yo familiar* es más práctica que precisa”, aclara Bowen (1998, p. 35). Hace alusión al hecho de la dificultad que tienen algunos miembros del sistema familiar, específicamente algunos hijos, para diferenciarse de sus padres. El contexto empieza a tener relevancia. Nace entonces, rudimentariamente, el movimiento llamado “terapia familiar”.

La terapia familiar como movimiento empieza a distanciar a la psicoterapia realizada por psicólogos y psiquiatras. A su vez, algunos psiquiatras empiezan a dar “un giro decisivo –como sostiene Figueroa (2006)–, en diferentes planos de su quehacer teórico y práctico al pugnar por transformarse en una estricta psiquiatría biológica” (p. 134).

En la década de los setenta del siglo XX, Ferreira (1982) introduce un interesante concepto, el de *mitos familiares*, y sugiere que en las interacciones entre los miembros de un sistema familiar está presente un intercambio de mensajes comunicacionales no siempre explícitos. Estos intercambios comunicacionales van dando lugar a secuencias de comportamientos y de interpretaciones de la forma como el sistema se ve a sí mismo. Constituyen los mitos–tal como sostiene Ferreira–; serían un conjunto de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros del sistema familiar respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Estas creencias organizadas, en cuyo nombre la familia inicia, mantiene y justifica muchas pautas interaccionales, son apoyadas por todos los miembros como verdades absolutas que no son puestas en duda (Byng-Hall, 1988). Dichos mitos, que no son conscientes, imponen comportamientos

en sus miembros y la forma como los actores puntúan lo que está sucediendo (Ferreira, 1982).

Las secuencias repetitivas de intercambios comunicacionales, según Ferreira, se perpetuarían en el tiempo, y aparece la idea de que la familia es un sistema gobernado por reglas. Si bien las reglas son metáforas acuñadas por el observador para describir las pautas repetitivas de conducta de la familia, ya la idea de causalidad lineal –que explicaba el comportamiento–, pasa a no dar respuesta a lo que ocurre en un sistema familiar, y emerge la idea de equifinalidad y de causalidad circular. Lo que alguien dice o hace afecta al resto de los miembros del sistema, dando lugar a un circuito comportamental en el que todos los integrantes intervienen. Este tipo de circuito se va repitiendo en el tiempo. El terapeuta debe ser capaz de describir estas secuencias; por ejemplo: cuando la madre habla, el padre baja la vista, el hijo mira al padre y la madre habla más fuerte. La idea de circularidad comienza a reemplazar a la de relaciones causales lineales, y se empieza a hablar de la pauta que conecta los comportamientos de los miembros de un sistema.

Sobre la misma base de análisis descriptivo de secuencias comportamentales, Boszormenyi-Nagy (1994) –en Glenside, Pennsylvania–, introduce la idea de *lealtades invisibles*, sistema de deudas y méritos familiares que se transmiten de generación en generación. Este psiquiatra sistematiza sus planteamientos en lo que llama el modelo sistémico contextual que explicita en su libro *Lealtades Invisibles*, editado junto a Spark, en 1973.

El giro cibernético en psicoterapia

No sólo la Teoría General de Sistemas incide en el naciente movimiento llamado *terapia familiar*; las ideas del matemático Norbert Wiener son también consideradas dentro del pensamiento del grupo de terapia familiar más conocido en el Chile de entonces, el de *Palo Alto*. Vale la pena mencionar que este grupo abarcó, en la práctica, a dos entidades diferentes, pero íntimamente relacionadas entre sí. Una de ellas corresponde al equipo que formara el antropólogo y epistemólogo Gregory Bateson (2004), llamado “Proyecto Bateson” (1952-1962). Dicho proyecto estaba orientado a investigar la naturaleza de la comunicación y, entre otros aspectos, considera los distintos niveles de abstracción presentes en un proceso comunicacional. A ese proyecto llegaron a trabajar John Weakland, Jay Haley y Don Jackson. Este último es quien, en 1959, crea el *Mental Research Institute (M.R.I.)*, de Palo Alto, el segundo equipo de trabajo, ampliando los hallazgos de las investigaciones sobre la comunicación realizadas en el área clínica psicoterapéutica, específicamente referidas a la comunicación

esquizofrénica. En 1960 se integrará Paul Watzlawick (1989). Fue un período de grandes producciones y de sistematizaciones del conocimiento relativo a la comunicación humana, que son reconocidas incluso en nuestros días.

Jay Haley (1990) es un connotado terapeuta que, perteneció al *M.R.I.* por algún tiempo, luego se retiró a trabajar con Minuchin en Filadelfia para, finalmente, desarrollar su propia labor clínica en Washington, junto a quien era entonces su esposa, Cloé Madanes (1990). Desarrolló un modelo con métodos propios, “orientado a perturbar las estructuras familiares *anormales*, utilizando la metáfora cibernética para ello y haciéndose cargo de la importancia del poder en psicoterapia” (Dell, 1989). Se le conoce como el *modelo estratégico*.

La cibernética también influyó en el enfoque estructural, desarrollado en Filadelfia, principalmente, a partir de los escritos de Salvador Minuchin. También investigaban en esa línea Braulio Montalvo, Mauricio Andolfi (1984) y Harry Aponte. Minuchin y Fishman (1988) acuñan el concepto de *holón familiar* en lugar de sistema. Les pareció más apropiado en la medida que el término “holón” hace referencia a la noción de totalidad (*holos*). Al agregarle la partícula “*on*” (como en protón o neutrón) construyen la idea de que el todo sólo es separable artificialmente. Los sistemas, dice Minuchin, tienen la tendencia a mantenerse unidos, como ellos mismos a pesar de estar en constante movimiento. Propone entender a la familia como un “holón” gobernado por reglas, con una gran capacidad para adaptarse e ir cambiando a través de las distintas etapas por las que atraviesa como sistema familiar. La capacidad de adaptación que tienen los sistemas permitiría entender cómo, *cambiando, mantienen* su organización los de orden familiar. Los compara con una persona andando en bicicleta que, para *mantenerse en equilibrio*, debe estar *constantemente en movimiento*. Para explicar cómo se produce este hecho utiliza la metáfora cibernética, siendo el concepto de *feedback* positivo y *feedback* negativo, elaborado por Wiener (1967), el que le permite mostrar la tendencia a la estabilidad y el cambio en los sistemas familiares. Para los estructuralistas, un síntoma de algún miembro del “holón” familiar podría explicarse a través del concepto de *feedback* negativo. El síntoma es visto como un movimiento del “holón”, concebido como un todo, para reorganizarse de tal manera que se puedan mantener las reglas de funcionamiento del sistema y puedan mantenerse siendo los mismos. Por ejemplo, la madre se enferma y el hijo, que se había ganado una beca para estudiar en el extranjero, se queda para poder seguir cuidándola.

Si bien para algunos terapeutas la unidad de análisis cambió efectivamente del individuo a la *relación*, no sucedió igual con el *poder* del terapeuta sobre el sistema consultante. El terapeuta seguía siendo quien *sabía* lo que le ocurría al paciente y a su familia. Desde su rol de experto buscaba identificar los patrones de interacción en

torno a la queja para elaborar estrategias que logran interrumpir la secuencia repetitiva de comportamientos de la que el problema formaba parte. Se daban tareas, y si los pacientes no mejoraban, se hablaba de resistencia al cambio. Los síntomas eran considerados actos comunicativos con cualidades de mensaje que cumplían una función adaptativa para la familia. A la base está la idea de resistencia al cambio de los sistemas humanos.

El espíritu de la modernidad no había abandonado el campo de la terapia familiar. Tanto es así que Jay Haley (1991) plantea que la terapia denominada “estratégica” no se refiere a un solo enfoque, sino que abarca a todos aquellos enfoques en los que el terapeuta es activo en *influir directamente* en el sistema consultante.

La metáfora cibernética, si bien introdujo un cambio en la forma de ver los problemas, sigue con “la tradición moderna y postula que el fenómeno posee alguna forma de estructura” (Schaefer, 2014, p. 179), la que debe ser intervenida por el terapeuta.

Podríamos decir, con Heidegger (2014), que la psicoterapia se insertó en un “mundo cibernético. La concepción previa del proyecto cibernético de mundo supone que el rasgo fundamental de todos los procesos mundanos calculables es el control [*Steuerung*]” (p. 160). La diferencia con el paradigma científico lineal es que el control pasa a estar mediatizado por la transmisión de la información que le proveen los sistemas u holones al terapeuta. La regulación de los procesos, que va de ida y de vuelta, del sistema al terapeuta y viceversa, en su relación recíproca se produce como un movimiento circular. Este movimiento *circular* pasa a ser entendido como un círculo regulador de intercambio de información entre sistema consultante y terapeuta, que permite la autoregulación, la automatización de un sistema que está en *constante movimiento*, pero que siempre tiene un *sentido de permanencia*.

Hacia la cibernética de segundo orden

En Milán, Italia, el grupo formado por Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G., seguidores de Bateson e influidos por Watzlawick, empieza a ser destacado dentro del movimiento de la terapia familiar. Alrededor de los años ochenta se separan Boscolo y Cecchin de Selvini Palazzoli y Prata, para trabajar con los sistemas observantes (se trata de lo que se conoce también como cibernética de segundo orden). Crean un modelo donde “la terapia se reconvierte en una creación común, entre terapeutas y clientes, de «historias» alternativas y atribuciones de nuevos significados a la realidad compartida” (Bertrando y Tofanetti, 2004, p. 256). Las ideas de objetividad entre paréntesis, de sistemas autopoiéticos, de multiverso, empiezan a invadir la

escena. El terapeuta empieza a ser entendido como *formando parte del sistema consultante*. Esta idea revolucionaria en el quehacer terapéutico trajo consigo un cambio en la mirada del terapeuta, que llevó a cuestionarse las ideas de *neutralidad* y de *imparcialidad del terapeuta*.

Otro influyente grupo de trabajo fue el que condujo al llamado modelo estratégico “*centrado en las soluciones*”. Tiene, como sus representantes principales, a William H. O’Hanlon y Steve de Shazer. Este último, junto a otros colegas, había creado en Milwaukee, en el año 1978, el Centro de Terapia Familiar Breve (*B.F.T.C.* es la sigla que lo designa en inglés). Dejaron de focalizarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja a fin de interrumpir la secuencia del problema (como lo hace el *M.R.I.*), para dedicarse a *identificar lo que funciona y amplificar estas secuencias de solución*. Se funda una nueva forma de hacer psicoterapia definida como la “*terapia orientada a las soluciones*”. Si bien este tipo de terapia se ve altamente influida por el *M.R.I.*, donde De Shazer trabajó durante algún tiempo, el vuelco en su hacer se debe a la influencia que tuvo en este grupo Milton H. Erickson. Erickson desarrolló un estilo de comunicación terapéutica que ponía el acento en la forma cómo se comunicaba el paciente, tratando siempre de abrir camino a la existencia de modos *alternativos* de ver el mundo. Éstos se les presentaban a los pacientes en forma de metáforas o analogías. La idea empieza a centrarse en *los recursos* de las personas en lugar de las fallas, como lo establecía el psicoanálisis.

A fines del año 1992 visita Chile William H. O’Hanlon, quien dictó una conferencia organizada por la Universidad de Chile. En esa conferencia planteó que la terapia orientada a las soluciones se basaba en dos principios que alejaban a la psicoterapia del paradigma científico y cibernético de primer orden; el Principio de Incertidumbre de Heisenberg y el Principio de Pigmalión. Junto a dicha reflexión, se empieza a discutir el hecho de que en el hacer clínico el terapeuta no puede ser neutral, y por lo tanto, las operaciones de distinción que realiza requieren ser tomadas como *intervenciones suyas*. La noción de neutralidad empieza a descartarse con mayor fuerza.

Los trabajos de De Shazer y O’Hanlon acentuaron la importancia de ser cuidadosos en el uso del lenguaje. Por ejemplo, en los tiempos verbales, reconociendo que la forma en que se converse del dolor que aqueja al paciente puede crear una realidad en la que se explicita que el problema quedó en el pasado y que para el presente y el futuro existen nuevas posibilidades. Lo que se esperaba es poder lograr abrir nuevos caminos de significación a las explicaciones que traía el sistema consultante. La utilización del lenguaje en términos “*creativos es tal vez el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable*” (O’Hanlon y Werner-Davis, 1993, p. 71). Sostienen que el problema se mantiene por el modo de

percibir la situación, y por el modo de decir y decirse que las cosas son de una determinada manera. *El lenguaje pasa a tener un rol protagónico en la manera de pensar la psicoterapia*. Recalcan Bertrando y Tofanetti (2004), refiriéndose a De Shazer, que:

después de 1990 exagera su interés hacia el lenguaje, revelando que, para él, el «sistema» siempre ha sido un sistema lingüístico y que las palabras son el elemento más importante de la transacción terapéutica. Como buen conocedor de Erickson, no ignora la importancia de los elementos no verbales, pero todo el resto es sencillamente parte del contexto de las palabras, no un código secreto a interpretar (p. 270).

Los distintos grupos terapéuticos nombrados acentúan distintas maneras de entender los sistemas, la cibernética y el lenguaje.

Hoffman (1998), reflexionando sobre la situación problemática de la psicoterapia en los años 90 del siglo pasado, sostiene:

Como consecuencia, la disciplina se encuentra al borde de una división filosófica. Por un lado tenemos la postura tradicional o «moderna», basada en las pretensiones de objetividad de la ciencia moderna. Por el otro, tenemos una postura «postmoderna», según la cual la realidad, en cualquiera de los sentidos complejos que le dan los seres humanos, nunca se encuentra ahí fuera, en un mundo inmutable, independiente de nuestra forma de conocer (p. 35).

La mirada de los terapeutas no permite consensos, sino dudas y cuestionamientos.

La Postmodernidad y su incidencia en la psicoterapia

Anderson resume la inquietud de distintos terapeutas, diciendo que un número importante de teóricos y clínicos se han ido sintiendo cada vez más desilusionados con su quehacer, y han transitado a mirar la psicoterapia de otra manera. Esta nueva forma ha sido bautizada como *postmoderno*; en palabras de Anderson (1997), es un calificativo que da cuenta de

una crítica, no una época, [...] El pensamiento postmoderno representa ante todo un cuestionamiento y alejamiento de las meta-narrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. En suma, el postmodernismo rechaza el dualismo fundamental (un mundo real externo y un mundo mental interno) del modernismo, y se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido (p. 69).

La pretensión de veracidad, en el sentido restringido de universalidad del conocimiento, va siendo dejada de lado (Bertrando y Tofanetti, 2004), y la psicoterapia empieza a dirigir la mirada a un proceso fluido, dialógico, narrativo, o conversacional, que agrupa a una gran cantidad de terapeutas y que se conoce como el movimiento post-moderno.

Considerando que no se está discutiendo en profundidad la postmodernidad en psicoterapia, sino, más bien, sobre *el giro que el movimiento terapéutico ha tenido estos últimos años hacia el lenguaje*, bien vale la pena citar a Lyotard (2004), que afirma respecto a la postmodernidad:

Todo lo que es legado, aunque sea inmediatamente anterior, debe ser objeto de sospecha. ¿Contra qué espacio arremete Cezanne? Contra el espacio de los impresionistas. [...]. Una obra no puede convertirse en moderna si, en principio, no es ya postmoderna. El postmodernismo así entendido no es el fin del modernismo sino su estado naciente, y ese estado es constante (pp. 71 y s.)

¿Sobre qué embiste el movimiento psicoterapéutico postmoderno? Indudablemente, sobre las ideas de predictibilidad y de certeza, propias de la psicoterapia moderna. De esa manera, el paisaje postmoderno en psicología –y, más precisamente, en psicoterapia–, “se apoya en dos perspectivas interpretativas: la hermenéutica filosófica contemporánea y el construccionismo social” (Hoffman, 1998, p. 35).

Sobre el Construccionismo social

A fines de los años 90 empieza a producirse una deriva en la psicoterapia sistémica, ampliando la mirada hacia los fenómenos sociales (sentido, lenguaje, diálogo, significado) y hacia lo que se ha llamado la construcción social de la realidad. Entre otros autores, Kenneth Gergen y John Shotter empiezan a liderar este movimiento, que ha tenido grandes repercusiones en el ámbito psicoterapéutico. En Alemania, el psicoterapeuta Kurt Ludewig sostiene que es el sociólogo Niklas Luhmann quien tuvo una gran influencia en el pensamiento de este movimiento, con lo que llama su *teoría de sistemas sociales y de la comunicación*. Según Ludewig (2001), es la propuesta de Luhmann sobre el sentido (“*Sinn*”), el fundamento para dar el giro académico al movimiento construccionista social y conceptualizar la psicoterapia como un fenómeno social.

Por otra parte, a ojos de Molinari (2003), “la concepción construccionista de la psicoterapia se fundamenta en el supuesto –debido, entre otros, a Jerome Bruner– de que el significado es el concepto central de la psicología” (p. 11).

Dice Molinari (2003) que las teorías psicológicas y las psicoterapéuticas son:

hijas de la historia. Así, en el curso de la historia de la psicología se han sucedido diferentes formas de comprender ese objeto que es el hombre. La psicología ha producido –de acuerdo a distintas *Weltanschauungen*– diferentes modelos de hombre, los que a su vez han alimentado la creación de diferentes psicotecnologías (p. 3).

Podría llegar a plantearse que éste es un modelo más, pero es uno que ha estado invadiendo la forma de entender la psicoterapia en distintos países y escuelas docentes universitarias. El significado construido por cada quien es el que debe ser entendido y sobre el que se debe trabajar, ha sido la propuesta de Gergen (2005). Molinari (2003) sostiene que “el significado se materializa en narrativa. Expresado de manera sencilla, una narrativa es un relato (Rappaport, 1995). Los relatos son descripciones de eventos en el tiempo, cuya principal función es proporcionar sentido e inteligibilidad a la propia existencia” (p. 11).

Si bien son muchas las discusiones que se entablan sobre la comprensión de qué sean la narrativa, los significados o las explicaciones, en lo que pareciera que no hay duda es en que para el construccionismo la construcción del mundo se da en y desde el lenguaje, y es producto de la *interacción* conjunta entre personas que conversan de una misma manera.

El lenguaje, desde esta óptica, *no reside en el interior* de las personas, sino que *entre ellas*, en tanto las palabras sólo adquieren sentido y significado en el contexto de una relación particular. Nunca significan algo en sí. Leamos lo que, al respecto, escribe Ortega y Gasset (1964):

Las palabras no son palabras sino cuando son dichas por alguien a alguien. Sólo así, funcionando como concreta acción, como acción viviente de un ser humano sobre otro ser humano, tienen realidad verbal. Y como los hombres entre quienes las palabras se cruzan son vidas humanas y toda vida se halla en todo instante en una determinada circunstancia o situación, es evidente que la realidad ‘palabra’ es inseparable de quien la dice, de a quién va dicha y de la situación en que esto acontece (p. 242).

Cada idea, cada concepto sólo se concreta en el intercambio social con otros, en y desde el lenguaje. Los significados con los que las personas enfrentan el mundo nacen siempre en y desde un contexto relacional particular, en el que lo que se dice, hace y deja de decir es protagónico.

La terapia construccionista social desplaza la visión centrada en el problema hacia una construcción lingüística. Dicha construcción se sustenta en la forma como los personajes de una historia, en un contexto determinado, significan lo que le y les pasa, y le otorgan un sentido a ello. Por tanto el psicoterapeuta se debe abocar a la descripción de *las redes de significados compartidos por los actores* de la situación catalogada como problema. Entiende lo humano y lo psicológico *en el espacio de las relaciones*, poniendo el acento en lo contextual. El rol *del otro* pasa a ser central, en la medida que lo que *yo soy* surge en la interacción del *otro* conmigo y de mí con el *otro* (Zlachevsky, 1998).

En la medida en que el conocimiento está socialmente construido, no es posible “postular significados preexistentes que el terapeuta pueda *descubrir*” –dicen Bertrando y Tofanetti (2004, p. 260)–. Los significados no se pueden establecer *a priori*, sino que es preciso comprender e interpretar la narrativa que surgirá de la conversación entre terapeuta y consultante.

Los puntos clave de la terapia construccionista social son, para Bertrando y Tofanetti (2004), los que se exponen a continuación:

1. El sistema no es una realidad de hecho autónoma e independiente, sino una realidad de significado producida, entre otras cosas, por el acto cognoscitivo del terapeuta.
2. La metáfora hermenéutica de la historia y de la vida como un texto (el mapa o sistema de Bateson con un agregado de la dimensión del tiempo) es un instrumento cognoscitivo eficaz para describir la vida.
3. La verdad objetiva deja el espacio a un multiverso o pluralidad de ideas.
4. La idea de la familia como sistema homeostático deja el campo a la visión de sistemas sociales generativos, en los cuales los estados de desequilibrio son útiles y normales.
5. La familia es vista como un sistema social organizador de problemas que serán después mediados a través del lenguaje.
6. La mutua construcción de lo real (clientes-terapeutas) es la metodología de base para la terapia.
7. Nace una perspectiva “horizontal” en la cual el terapeuta comparte la responsabilidad con el cliente, suplantando la idea de terapia jerárquica con un terapeuta/experto (p. 261).

Para Gergen y Warhus (2001), “las convenciones de inteligibilidad que comparte un grupo específico son las que determinarán cómo se interpreta el mundo que se observa” (p. 13). De esta manera es posible decir que no se puede hablar de un solo método construccionista social de terapia, sino de muchos. Cuando se formaliza un método – cuando se canonizan sus conceptos–, se congela el significado cultural que siempre es cambiante y dinámico. Lo único que se puede decir desde el Construccionismo Social es que es la subjetividad individual es el resultado de la interacción, del entramado relacional y lingüístico que está constantemente actualizándose.

John Shotter (2001) reitera la emergencia de los significados en las relaciones con otros, pues es con otros donde lo que se habla adquiere significación. El cómo las personas se relacionan y conversan, así como los modos de hablar, dan lugar al sentido que las cosas tienen para los hablantes.

Si bien para los construccionistas no es posible hablar de problemas, de relaciones causales, de estructuras de personalidad, no quieren decir con ello que nada de eso exista; la idea, afirman Gergen y Warhus, es que “al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos el mundo de los significados generados socialmente” (p. 14). A lo que se opone el construccionismo es a la tendencia a usar palabras como si fueran representaciones de la realidad que existen con total independencia de la persona que interpreta un fenómeno y del contexto desde el cual lo está interpretando.

La terapia construccionista considera cuatro postulados básicos propuestos por Gergen, a saber: flexibilidad, conciencia de construcción, colaboración y relevancia de los valores. Para el terapeuta construccionista, no hay un criterio más verdadero o preciso sobre lo que le ocurre al paciente; todos son interpretaciones. Ello, en tanto las formas de significar los acontecimientos son construcciones que forman parte de la cultura de la que terapeuta y paciente forman parte. “Una terapia, dice Gergen (2005), si es eficaz, puede –y normalmente requiere– hacer uso de múltiples formas de discurso, incluidas las de la cultura en su conjunto” (p. 92). De esta manera, la práctica terapéutica no se cierra a técnicas específicas para abordar los problemas humanos, sino que abre la puerta a toda la gama de formas de entender y de discursos terapéuticos, *siempre y cuando escuchen al paciente*. Como afirman Agudelo y Estrada, el construccionismo social:

invita a concebir la terapia como un espacio para la conversación, que pone el acento en las descripciones múltiples de la vida, en la importancia de construir el futuro y en la creación de nuevas formas de pensar sobre los problemas y a partir de ellas, generar alternativas para vivir mejor (p. 17).

El terapeuta tiene que tener *conciencia* de construcción, dice Gergen; yo diría que tiene que *estar alerta* al hecho de que está constantemente *co-construyendo* con el paciente. Si se está alerta a que el mundo es una construcción, no es posible, sin más, acusar a alguien de estar equivocado. La equivocación no es otra cosa que decir que no se comparten las convenciones de interpretación. El terapeuta no puede pretender con su interrogatorio “explorar *qué sucede* en la familia, sino generar informaciones que pueden llevar a una diferencia en los juicios y comprensiones que comparten los miembros de la familia” (Gergen, 2005, p. 94), de modo que puedan ver a cada protagonista de otra manera. Sólo requiere que los miembros de la familia (o quien consulta) puedan (o pueda) poner en duda “la lógica de la forma en la cual la familia define el problema” (Ibid.). La toma de conciencia de construcción no conlleva que los terapeutas deban necesariamente deconstruir las realidades con las que llegan las personas a consultar, como sostienen algunos terapeutas, entre ellos, White y Epston (1993). Una terapia eficaz no requiere crear una crisis en todo el sistema de creencias de quien consulta, sino intervenir *sólo en aquello que hoy les hace sufrir y por lo que solicitan ayuda*. Afirma Gergen (2005): “El mayor valor de la toma de conciencia de la construcción es que invita a limitar la realidad admitida o esencializada en los momentos en que ésta resulta dolorosa o problemática” (p. 95). Quien decide lo que le es doloroso es el sistema consultante, nunca el terapeuta.

Hacia la mirada narrativa

El paso de la *mente en el interior de la persona* hacia el *discurso que ocurre entre las personas* ha abierto la puerta a muchas propuestas creativas en psicoterapia. Vale la pena mencionar, como sostienen Gergen y Warhus (2001, marzo), “el interés de las ciencias sociales por la narrativa, que consiste esencialmente en construir el *self* y el mundo a través de historias” (p. 17), metáforas, ritos, cartas, testimonios, exclamaciones públicas, entre otras. La narrativa entendida como una historia hilada, con sentido, organizada sobre la base de conectores lógicos y de secuencias temporales. El relato que realiza cada persona de un acontecimiento es particular, y los significados que le atribuye a cómo ello ocurrió va a depender de la forma particular con que cada una signifique lo que está relatando. La forma particular con la que cada quien significa los acontecimientos, depende en gran medida del sistema u organización de significados que fue adquiriendo a lo largo de su vida. Las personas, en el convivir con otros, en los espacios de encuentros y desencuentros que tenemos con los otros, hemos ido significando los acontecimientos y contando y contándonos nuestra vida.

El poder contar y contarnos nuestra vida, dándole sentido al relato, requiere un razonar sistémico, requiere poder mostrar las relaciones entre los personajes que formaban parte de la historia a contar, cómo interactúan entre sí, quién es quién, qué rol juega en la historia, dónde transcurre el relato, en qué contexto y situación ocurrió, qué hizo cuando yo hice, qué hice yo cuando él o ella hizo..., etc., es decir una trama narrativa.

Las terapias narrativas no son un tipo de terapia estandarizada, sino, por el contrario, se incluyen bajo esta categoría distintas formas de intervención. Entre esas formas de intervenir están las terapias sistémicas que, según sostienen Bertrando y Tofanetti (2004), desde el año 1992 se han incluido en la categoría de terapias narrativas. Lo que tienen en común este tipo de terapias es que se fundan en la idea de que los seres humanos vivimos y nos construimos en un mundo lingüístico con ciertas características. Como plantea Heidegger (2001), habitamos en el lenguaje.

Bruner (1998), basándose en lo que él distingue como funcionamiento cognitivo, afirma: “hay dos modalidades de funcionamiento cognitivo, dos modalidades de pensamiento, y cada una de ellas brinda modos característicos de ordenar la experiencia, de construir la realidad.” (p. 23) A una de las modalidades la llama *paradigmática o lógica-científica* y a la otra *narrativa*. Para Bruner, ambas son complementarias, pero irreductibles una a la otra. Difieren fundamentalmente en sus procesos de verificación y lo que intentan convencer. Sostiene que los argumentos “convencen de su verdad, los relatos de su semejanza con la vida” (Ibíd.). El pensamiento paradigmático intenta categorizar, conceptualizar, organizar el conocimiento en sistemas generales de explicaciones que permitan poder establecer relaciones causales. El lenguaje que utiliza está regulado por el principio de no contradicción. La modalidad paradigmática da como resultado teorías sólidas, pruebas lógicas, argumentaciones firmes y lleva a descubrimientos empíricos guiados por hipótesis razonadas. Trata de trascender lo particular buscando niveles de abstracción cada vez más altos, rechazando todo aquello en lo que intervengan los sentimientos o las explicaciones particulares. La modalidad narrativa, por el contrario, se centra en las particularidades. Produce buenos relatos, se ocupa de las acciones e intenciones humanas y de las vicisitudes que ocurren en el transcurso de una vida. Sitúa los acontecimientos y las experiencias en el tiempo y en el espacio. La narrativa se ocupa de la condición humana, de cómo las personas se viven la vida. Los relatos no tienen, como el pensamiento paradigmático, el requisito de verificabilidad. (Bruner, 1998).

Cuando la persona llega a terapia, tiene una historia que contar. Una historia en donde él o ella es el personaje principal; pero la persona tiene que ver con otros, se instala en alguno de los dominios de existencia en el que nos desenvolvemos y, por

lo tanto, tiene una organización de significados co-construida a lo largo de la vida con otros y que es para él o ella “su realidad”.

Si aceptamos la definición de Maturana, que sostiene que la realidad es un argumento explicativo de la experiencia (Halperín, 1992), las historias que alguien trae a terapia siempre pueden cambiar. El rol del terapeuta es el de un artista conversacional, cuya pericia radica en hacer preguntas, preguntas que gatillen en el sistema consultante reflexiones alternativas al sufrimiento, congruentes con los sistemas de creencias y modo de ver el mundo de ellos mismos. Explicaciones que les permitan comprender lo que les está ocurriendo desde una óptica diferente; una óptica que no incluya en su explicación “el dolor” o molestia que los motivó a consultar, sino explicaciones alternativas que lleven a la co-construcción de narraciones más “felices”, en el mejor sentido de la palabra.

Volviendo al caso expuesto al inicio de este artículo, es posible decir que el diagnóstico realizado a Marcela (301.83, F60.3), según el DSM-5, fue producto de un paradigma lógico-científico y no narrativo (Bruner), y gatilló un relato que tuvo como consecuencia tristeza, ansiedad y una forma compleja de ver al (a la) otro (a) y de verse a sí misma por la impotencia que estaba presente. Indudablemente, la terapeuta, al elegir esa forma de verlas, no quiso hacerles daño; por el contrario, pensó que era la mejor forma de ayudarlas. No obstante un terapeuta narrativo pudo tomar otro derrotero; tal vez, co-construir una historia en la que se destacara la difícil vida que le había tocado vivir a esta familia y acentuar el que Mariela hasta el día de hoy había cuidado a Marcela, albergándola siempre en su casa, cada vez que lo requiriera. Pudo haberle mostrado cómo la madre siempre trabajó para sus hijos cuando éstos eran pequeños, siendo modelo de fortaleza y de superación, sin dejarse nunca abrumar por los avatares de la vida. Pudo conversar sobre la relación de Marcela con Hernán, desocultando el sentido que tenían o tienen las peleas en el dominio de existencia “pareja”.

Centrándose en los aprendizajes que son producto de las experiencias de la vida de las personas, el terapeuta siempre puede descubrir recursos que no hubiesen sido vistos por los pacientes.

Si bien el pasado no se puede cambiar, sí es posible cambiar la forma como éste se relata. Al cambiar la forma de relatar la historia, se modifica también la emoción que acompaña dicha explicación. La idea es re-relatar los acontecimientos vividos, de manera que el problema no pase a definir a la persona, sino que éste sea visto como una vicisitud de la vida que puede ser entendida de otra manera. La idea es que el problema no tiña todo lo vivido, sino que pierda el protagonismo interpretativo en favor de narraciones alternativas.

El poder de transformación de una nueva narrativa reside en la posibilidad de “re-relatar” los fenómenos vividos, en el contexto de un significado nuevo y distinto que le haga sentido a quien consulta. No hay ninguna narración que tenga el poder de suprimir totalmente a las demás, aunque sí hay relatos a los que prestamos más atención que a otros en ciertos contextos y dadas ciertas condiciones.

Por supuesto, no resulta simple suscitar cambios en la narrativa que trae el sistema consultante, ya que no tenemos un número ilimitado de posibilidades o de alternativas para redefinir nuestras creencias. Pero, a lo menos, tenemos acceso a más de una forma de comprender e interpretar los acontecimientos existenciales que nos toca vivir.

Los terapeutas no somos expertos en saber lo que le ocurre al sistema consultante, sino que expertos en hacer preguntas a partir de una perspectiva de “no saber”, lo que Cecchin, ya en el año 2002, denominó “Irreverencia Terapéutica” (Cecchin, Lane y Ray, 2002). Al no saber dónde, cómo y cuándo le duele lo que le duele a quien consulta, lo único que puede hacer es preguntar, no dar nada por supuesto, y tratar de no caer en la trampa de adivinar los significados de quienes vienen a consultar. El terapeuta, desde la mirada narrativa, no se comporta como experto que sabe “lo que” le ocurre al otro, ni menos aún, realiza diagnósticos psicológicos. Si bien respeta el hecho de que la biología nunca se puede soslayar, y existen ocasiones en los que un diagnóstico oportuno puede ser de gran ayuda, por ejemplo en el inicio de un proceso esquizofrénico, el distinguir un temple delirante de comienzo asegura un mejor pronóstico para el curso del proceso.

El comportamiento de Mariela, en tanto no daba cuenta de un proceso biológico alterado, no debería ser entendido fuera de la trama de la familia nuclear, Marcela y Alex, que, a la vez, debe ser entendida en el contexto de la familia extensa, la que, a su vez, debe ser entendida en el contexto de sus relaciones, de la propuesta social en la que se enmarca, etc.

Como se planteó anteriormente, la terapia narrativa no permite una única definición ni una única manera de entenderla. Como sostiene Alice Morgan (2000): “lo que se conoce como terapia narrativa abarca distintos temas y cada terapeuta se involucra también de distinta manera con estas ideas” (p. 2). En lo que hay acuerdo es en lo que sostienen Russell, S. y Carey, M. (2004), y que resumen en la frase “la persona no es el problema, el problema es el problema” (p. 3).

El objetivo terapéutico, desde la mirada narrativa, es intentar, del modo más breve y eficiente posible, que el sistema consultante pueda aclarar lo que le aqueja, de modo de poder tomar decisiones más felices para su vida. Decisiones que van desde

un cambio en su forma de vida hasta un cambio en su organización de significados, encontrando una nueva forma de ver. Ello, para que pueda continuar funcionando en forma autónoma. No obstante es él o ella –y desde él o ella–, quien decide qué quiere mantener y qué quiere cambiar. Como escribí (2012), “no existe una manera única de entender las circunstancias, ni tampoco una sola manera de narrarla” (p. 254).

Este artículo es un ejemplo de cómo narrar el tránsito de lo que intitulé *Hacia la mirada sistémico-narrativa*. Por supuesto, pueden haber otras.

Referencias

- Agudelo B., y Estrada, P. (2013, enero-diciembre) Terapias narrativa y colaborativa: una mirada con el lente del construccionismo social. *Revista de la Facultad de Trabajo Social* 29, 15-48. Colombia.
- Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1984). *Terapia Familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Bateson, G. (2004). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*, Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Bertalanffy, L. von. (1992). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Betrando P., Toffanetti D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Las ideas y los personajes*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo*. España: Paidós.
- Boszormenyi Nagy, I. (1994). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Paidós.
- Bruner, J. (1998) *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Byng-Hall, J. (1988). Scripts and Legends in Families and Family Therapy, *Family Process*, 27, 167-179.
- Cechin, G., Lane L., Ray A. (2002) *Irreverencia*, Barcelona: Paidós
- Cooper D. (1967). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós. Es del año 1967
- Dell, P. F. (1989). Violencia y la Visión Sistémica: el Problema del Poder. *Family Process*, 28, 1-14. A. M. Zlachevsky; L. Pena (trads.), para uso exclusivo de los

alumnos del Taller de Psicoterapia Sistémica, Universidad Central y Universidad Mayor.

Efran, J. y Libretto, S. (1997). La psicoterapia en la encrucijada: ¿qué puede aportar el constructivismo? En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana*, Vol. 2. Barcelona: Gedisa.

Ferreira, A. J. “Mitos familiares”. En G. Bateson y otros. (1982). *Interacción familiar* (pp. 154-163). Montevideo / Buenos Aires.

Figueroa, G. (2006). Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 44, 134-146. Santiago de Chile

Gergen, K. (2005). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. y Warhus, L. (2001, marzo). La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares* 17, 11-27. Buenos Aires.

Haley, J. (1990). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1991), *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Halperín, J. (28 junio 1992). Diálogo con Humberto Maturana, un notable biólogo ciberneta , sobre la realidad y el conocimiento. «No hay nada fuera de la mente». Diario *Clarín*, Buenos Aires. Recuperado el 12 de marzo 2016 desde: <https://es.scribd.com/document/367391447/Entrevista-a-Humberto-Maturana-de-Halperin-MB>

Heidegger, M. (2014). La proveniencia del arte y la determinación del pensar. En *Experiencias del pensar* (153-168), Francisco de Lara (trad.), Madrid: Abada.

Heidegger M. (2001). Carta sobre el humanismo. En M. Heidegger, *Hitos* (259-297). Madrid: Alianza Editorial.

Hoffman, L. (1998). Postmodernismo y Terapia Familiar. *Sistemas Familiares*, 14 (1): 35-47. Buenos Aires.

Jaspers, K. *Psicopatología*. (1966). Buenos Aires: Beta.

Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

- Laing, R.D. (1964). *El Yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ludewig, K. (2001) *Terapia sistémica. Bases de teoría y práctica clínicas*. Barcelona: Herder.
- Lyotard, J. (2004) Qué era la postmodernidad. En N. Casullo, *El debate modernidad postmodernidad*, Buenos Aires: Retórica Ediciones.
- Madanes, C. (1990). *Sex, Love and Violence: Strategies for Transformation*. New York: Norton.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1988). *Técnicas de Terapia Familiar*. España: Paidós.
- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en la posmodernidad: perspectivas desde el construccionismo social. *PSYKHE*, 12 (1). Santiago de Chile.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?* Adelaida: Dulwich Centre Publications.
- O'Hanlon, W. y Werner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós, 2a ed.
- Organización Panamericana de la Salud. (Junio 2003). *Boletín Epidemiológico*. 24, 2.
- Ortega y Gasset, J. (1964). El hombre y la gente. En J. Ortega y Gasset *Obras Completas* 7, Madrid: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (2006) Historia como sistema. En J. Ortega y Gasset *Obras Completas*, 6. Madrid: Taurus.
- Rappaport, R. A. (1995), The Human Condition. *American Anthropologist*, 97: 783-785. doi:10.1525/aa.1995.97.4.02a00220
- Russell, S. y Carey, M. (2004). *Narrative therapy*. Adelaida: Dulwich Centre Publications.
- Schaefer A., H. (2014). Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 52 (3) 177-184. Santiago de Chile.
- Shotter, J. (2001). *Realidades Conversacionales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Spanish_DSM5, (2016). Update2016.pdf. Recuperado desde: <https://es.scribd.com/document/369533312/Spanish-DSM5Update2016-pdf>

- Szasz T. (1994). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta persona.*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Watzlawick, P., Beavin J., y Jackson, D., (1989). *Teoría de la Comunicación Humana.* Barcelona: Herder, 7ª ed.
- Wiener, N. (1967). *The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Society.* New York: Avon Book Division.
- White, M.; Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos.* Buenos Aires: Paidós.
- Zlachevsky, A. M. (1998). ¿Es posible ser coherente? *Terapia Psicológica* 16, (7), 1, 17-23.
- Zlachevsky, A. M. (2012). *El lenguaje –visto desde Ortega y Heidegger– y la fundamentación filosófica de la psicoterapia conversacional.* Puede descargarse desde: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/108554/zlachevsky_a.pdf?sequence=3&isAllowed=y