



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

Sistematización de una práctica clínica y formativa desde las bases  
del Enfoque Sistémico-Relacional

*Aproximación Etnográfica y Análisis Hermenéutico al Programa  
eQtasis*

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autora: Susana Zúñiga Zepeda

Profesor Patrocinante: Felipe Gálvez Sánchez

Santiago, Marzo de 2015

## ÍNDICE

Resumen	4
I. Introducción	5
II. Objetivos y preguntas directrices	13
III. Antecedentes Teóricos	14
1) Modelo Clínico	14
2) Perspectiva Posmoderna en la Clínica Sistémica	18
a) Perspectiva Posmoderna	19
b) Construccionismo Social	21
c) Narrativas	23
d) Implicancias para la terapia	25
3) Modelos Sistémicos Posmodernos	29
a) Modelo Narrativo	29
b) Modelo Conversacional	34
c) Modelo de Milán	40
4) Formación de terapeutas	48
IV. Metodología	53
1) Enfoque Metodológico	53
2) Participantes	57
3) Instrumentos	58
4) Procedimiento	62
5) Técnica de Análisis de Datos	64
V. Presentación y Análisis de Resultados	72
1) Discusión	72
a) Práctica Clínica	72
b) Formación del Terapeuta	87
c) Relación entre Niveles Jerárquicos Conceptuales del Enfoque Sistémico-Relacional	95
d) Relación con el contexto institucional, disciplinar y social	99
2) Conclusiones	108
3) Reflexiones Finales y Proyecciones	112

VI. Referencias Bibliográficas	116
VII. Anexos	1
A. Anexo N° 1: Pauta de Análisis Documental, Consigna entrevistas en Profundidad, Pauta de Observación de Campo para la Observación Participante, Consigna Grupos de Discusión para producción de datos, Consigna Grupos de Discusión para análisis de datos	2
B. Anexo N° 2: Resumen Análisis Documental	11
C. Anexo N° 3: Transcripción de Entrevistas en Profundidad	17
D. Anexo N° 4: Transcripción de Observación de Campo para Observación Participante	91
E. Anexo N° 5: Transcripción de Grupos de Discusión para la producción de datos	104
F. Anexo N° 6: Transcripción de Grupos de Discusión para el análisis de datos	160

## **RESUMEN**

La presente investigación tuvo por objetivo sistematizar y explicitar la práctica clínica y formativa –desde las bases de un particular enfoque Sistémico-Relacional- del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) de la Universidad de Chile. Para ello, se realizó una investigación cualitativa, basada en una Aproximación Etnográfica, con uso combinado de instrumentos para la producción de datos y un Análisis Hermenéutico del Discurso, la cual permitió evidenciar una práctica clínica y formativa que presenta una prevalencia de los aspectos onto-epistemológicos en relación al nivel teórico; donde, mediante la grupalidad y la Asesoría (como aspecto organizacional del equipo) y la Hipotetización y la Formulación de preguntas (como aspectos metodológicos y técnicas), entre otros. Se posibilita un trabajo clínico y formativo caracterizado por una constante autoobservación y autocuestionamiento, que busca, ante todo, desarrollar el sentido de responsabilidad que le compete en un contexto terapéutico tanto al terapeuta como al sistema consultante.

Palabras clave: Formación, Equipo, Clínica Sistémica

## I. INTRODUCCIÓN

El Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (desde ahora en adelante, eQtasis) es un programa académico del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, que, entre otras actividades, está a cargo de la atención clínica (con orientación sistémico-relacional) para adultos, parejas, familias y población Infanto-Juvenil en el Programa Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile (desde ahora en adelante, CAPs). Además, realiza actividades docentes en pregrado y posgrado, actividades de investigación y de extensión, como lo son algunas asesorías a diversas organizaciones, particularmente en el ámbito de la Salud Mental Pública.

Nace a mediados del 2005 por iniciativa de Licenciados en Psicología, quienes en ese momento realizaban su práctica profesional, en conjunto con el Académico del Departamento de Psicología Felipe Gálvez Sánchez. Cerca de 12 estudiantes licenciados realizaban su práctica profesional en el Enfoque Sistémico y ante la necesidad de supervisión docente, deciden conformar un grupo de asesoría que realiza sus labores en CAPs de la Universidad de Chile. Este grupo de trabajo, posteriormente, se constituiría en un equipo de trabajo diversificado, donde la supervisión clínica individual para los practicantes se transformaría en un trabajo permanente de asesoría grupal.

Desde un principio, el interés por el desarrollo de la atención clínica junto a la formación, a través de la asesoría en equipo, ha sido el sello de eQtasis, convirtiéndolo en un equipo en formación dedicado a la realización de procesos clínicos dirigidos a la comunidad a través del CAPs. En Marzo de 2006, el incipiente grupo de trabajo se constituye oficialmente como el equipo a cargo de prestar servicios clínicos desde el Enfoque Sistémico-Relacional del CAPs, realizando atención en espejo unidireccional, a individuos, parejas y familias. Es en esa fecha que el grupo de trabajo pasa a llamarse Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis), constituyéndose en un espacio que articula la formación permanente de sus integrantes (estudiantes de pre-grado, licenciados y profesionales) a través de la realización de procesos clínicos.

Con variaciones a lo largo de los años, las actividades de eQtasis en sus jornadas de trabajo (de sus diferentes sub-equipos) incluyen actividades formativas, actividades autoformativas, espacios de supervisión de casos (de los estudiantes en práctica) junto a la realización de procesos clínicos de los usuarios del CAPs. Además, se inicia la participación del equipo en actividades de extensión académica (intra y extrauniversitaria) y actividades de investigación.

En su desarrollo como equipo de trabajo, conforme avanzan los años, eQtasis realiza una serie de actividades, eventos y procesos que complejizarían su misión a través del desarrollo de dos líneas de trabajo en los ámbitos de extensión (académica y prestación de servicios clínicos tanto a los usuarios del CAPS como a comunidades externas al centro) y de formación (autoformación del equipo y docencia universitaria).

En primer lugar, en relación a la extensión en su vertiente *académica*, eQtasis inicia su participación, desde el 2005 y durante dos años, en los cursos de actualización de pos-título “Psicoterapia Sistémica desde el Modelo de Milán - Paradojas, hipotetización y desconstrucción”, el cual sería precedente para el Diplomado en Psicoterapia Sistémica Familiar, con especialización en el Modelo de Milán, que nace en el 2007. Lo que vendría luego en esta línea de extensión es la organización de cursos, jornadas y congresos siempre en la línea de la Psicología Clínica y Salud Mental.

En el año 2007, eQtasis organiza el Curso Sistémico de Verano “*Evolución del Modelo de Milán: Desde las paradojas hacia la desconstrucción*”, realizado durante toda una semana en Enero, con presencia de más de 150 personas. Este sería el primer evento académico de extensión organizado propiamente tal por el equipo. Posteriormente, en Mayo de 2007 realizará los Seminarios y Jornadas de Trabajo “Una aproximación al modelo autobiográfico: reflexiones para un trabajo sobre la formación, con la invitada internacional, Laura Formenti. En Julio de 2007, organiza la Jornada “La posición del terapeuta” con docentes invitados internacionales (Marco Bianciardi) y nacionales. Ya en Septiembre de 2007, el profesor Felipe Gálvez Sánchez realiza por primera vez la presentación de la experiencia del Modelo de trabajo en eQtasis en Turín, Italia, en el Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Sede Episteme.

Asimismo, se realiza una serie de seminarios temáticos entre los que destacan aquellos que requirieron la coordinación con otras entidades académicas externas a la Universidad de Chile. Durante 2009, el equipo organiza, en conjunto con otras cinco universidades, el Seminario Internacional: “*Diálogo, políticas y praxis: Una aproximación al concepto de enfermedad mental*”, desarrollado durante el 22 y 23 de Octubre y con la presencia de 4 invitados internacionales. En el año 2010, eQtasis, en conjunto con los equipos clínicos sistémicos de la Universidad Católica (Hypothesis) y APSEUM (Universidad Mayor), organiza el Seminario Internacional “*Perspectiva colaborativa, desjerarquizando las conversaciones clínicas*”, con la participación de Harlene Anderson y que ha sido, de las actividades académicas que ha organizado, la que ha contado con mayor cantidad de gente, superando las 270 personas.

En cuanto a las labores de extensión en términos de la *prestación de servicios* clínicos tanto a los usuarios del CAPs como a comunidades externas al centro, cabe señalar que eQtasis realiza sus primeras acciones en el 2007, cuando construye y lleva a cabo el Programa de actualización en consejería y terapia para el Centro Nacional de la Familia (CENFA), como modalidad de asesoría externa a equipos de atención clínica. En Julio del mismo año realiza una Capacitación a equipos psicosociales de Centros de Salud dependientes de la Corporación Municipal de Puente Alto, en temáticas vinculadas al desarrollo de procesos clínicos en Depresión. Desde Noviembre del 2007 hasta Enero de 2008, el equipo se adjudica la Licitación pública del Servicio Nacional del Menores (SENAME) como equipo de la Universidad de Chile, para el desarrollo del Proyecto: “*Capacitación en Herramientas teórico-prácticas para intervenciones de calidad, centradas en el vínculo, en la atención a niños, niñas y adolescentes en los programas de protección especializados*”. En Diciembre de 2008, el equipo publica el Manual de “*Herramientas teórico-prácticas para intervenciones de calidad, centradas en el vínculo, en la atención a niños, niñas y adolescentes en los programas de protección especializados*”, fruto de la experiencia de capacitación desarrollada a equipos de SENAME.

Una tercera versión de las actividades de extensión estaría representada por las asesorías a otros equipos de profesionales, ampliando el trabajo clínico a líneas de carácter más bien comunitario o educacional. Algunas de estas actividades se enmarcan dentro de proyectos formales, con remuneraciones asociadas, mientras que otras corresponden a los trabajos voluntarios que el equipo ha desarrollado desde su inicio. En el 2009, en el mes de Mayo, eQtasis participa en el Proyecto de Extensión del Departamento de Psicología: “*Asesoría a proyecto Jóvenes bicentenario: Tutorías Sociolaborales*” con la Fundación de Superación de la Pobreza. En Marzo de 2010, tras el terremoto que afectó al país en Febrero del mismo año, el equipo es parte de las “Jornadas de análisis y contención emocional de la experiencia de terremoto para funcionarios/as académicos y no académicos de la FACS”, organizando parte de la actividad y moderando los talleres de auto cuidado.

En lo que respecta a la *atención clínica* al interior del CAPS, eQtasis desde sus inicios presta servicios de atención individual, de parejas y familias, concentrando inicialmente su trabajo en usuarios adultos. Ya en Marzo de 2009, por primera vez, funcionan tres equipos clínicos diferentes, integrados por miembros antiguos, estudiantes en práctica y estudiantes de pregrado, donde un grupo de ellos está enteramente dedicado al trabajo con niños y adolescentes desde una perspectiva Sistémico-Relacional. Este trabajo desencadenaría años más tarde en lo que hoy es el Diplomado en Psicoterapia Infanto Juvenil Narrativo Sistémico. La organización en tres equipos clínicos en CAPs permite cubrir, en promedio, 10 atenciones semanales de la línea Sistémico-Relacional, tendencia que se mantiene hasta la actualidad.

En segundo lugar, en cuanto al área de *formación* (expresada tanto en la autoformación del equipo así como en la docencia universitaria) desde el segundo semestre de 2007, miembros del equipo participan, de forma organizada y coordinada, en ayudantías y clases en asignaturas de pregrado de la carrera de Psicología de la Universidad de Chile, lo que posteriormente permitiría la generación de docentes que hoy desarrollan labores tanto en la Universidad de Chile como en otras instituciones de educación superior. Ese mismo año se estructura, por primera vez, un espacio de atención clínica y supervisión (en modalidad de equipo) para estudiantes de posgrado, generando un apoyo para la



participación de estudiantes de posgrado en el CAPs. En Octubre de 2008, miembros del equipo realizan las primeras aproximaciones a la docencia en materia de atención infanto-juvenil desde el enfoque sistémico, lo cual instalará dicha temática al interior del equipo y posibilitará en un futuro cercano el desarrollo de una unidad específica de atención y un curso de especialización. En Marzo 2010 se crea, por primera vez, un plan de práctica para recibir a los egresados de la carrera de Psicología, de modo tal de ofrecer un plan de trabajo como parte de la tutoría que ofrece la Universidad de Chile. Durante el segundo semestre del mismo año, el equipo realiza el Curso de Actualización: “*Uso reflexivo de técnicas en psicoterapia infanto juvenil desde el enfoque sistémico*”. Actualmente este curso se amplió (y si bien sigue existiendo) también se generó la idea de un Diplomado de postítulo, en la misma línea, donde participan varios miembros de eQtasis en coordinación y docencia.

En la línea de investigación el trabajo ha sido bastante menos expedito, aunque en los últimos años ha logrado desarrollarse casi a la par de las actividades de extensión y docencia. Desde el 2007 se lleva a cabo la postulación de proyectos, dos veces al Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) y una vez al Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) de iniciación, ambas presentaciones incorporan iniciativas y miembros de eQtasis, sin embargo, la reducida experiencia del equipo, provoca bajos puntajes en las evaluaciones. Luego de esto, el equipo da un paso atrás y comienza un camino lento pero necesario de formación en investigación, de discusión en torno a las temáticas posibles de investigar, así como el intento de crear en su organización interna, una unidad de gestión de investigación, cuestión que existe formalmente ahora desde hace un par de años. Se sucederán luego otras postulaciones, sin resultados positivos, aunque sí se mantienen experiencias de investigación intra-equipo, no financiadas, en temáticas vinculadas a la formación, a la temática de parejas, a la autobiografía y, por sobre todo, a la atención sobre los aspectos analógicos en la psicoterapia, que se convertiría en el primer canal de desarrollo investigativo en eQtasis. Sólo en el 2011 se llega a tener, finalmente, resultados concretos en el ámbito de la investigación, con dos equipos de investigación clínica que operan regularmente en CAPs hasta la actualidad y que desde eQtasis, alojan, además, el trabajo de tesis de alumnos de

pre y posgrado, uno de ellos sobre la temática de parejas y otro sobre la perspectiva clínica narrativo fenomenológica.

El mismo año se oficializa el trabajo en un Proyecto Semilla del Departamento de Psicología que acompaña a esta tesis de pregrado, que intenta levantar el modelo de trabajo del equipo a través de un estudio etnográfico hermenéutico. Por último y probablemente el Proyecto de investigación financiado con mayor éxito, es el haber obtenido un Proyecto U Apoya, de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile, con un estudio titulado *La formación de profesionales reflexivos para la psicología clínica en contextos de salud mental pública. Un estudio cualitativo de los programas y procesos formativos en las universidades del estado*. Hoy en día, opera la Unidad de Investigación, que organiza al equipo en relación a la formación necesaria para desarrollar procesos de investigación, así como en el apoyo en las nuevas postulaciones, como los concursos (FONIS y Semilla) a los que se postuló ya durante este 2013.

En el 2011, eQtasis postula para transformarse en un Programa Académico, en aquel entonces se obtuvo la contratación de Miguel Campillay, miembro del grupo, como un Académico del Departamento de Psicología, con lo cual se conseguían las condiciones formales para dicha postulación. Se acepta y se configuran las actividades desde ese entonces, como Programa, lo que estableció de manera definitiva el desarrollo equilibrado de actividades docentes, de extensión e investigación. En el 2012, el decreto que debiera oficializar aquello se podía volver a solicitar, dado que tras la renuncia de Campillay, se contrata por media jornada a Claudio Zamorano, quien además de ser egresado de la Universidad de Chile, venía trabajando desde el 2007 en el posgrado en la línea sistémica y llegaba a constituir también al equipo. Actualmente dicho decreto sigue en proceso, pero lo relevante es que eQtasis asume su condición de Programa y desde el Departamento de Psicología también ha podido gozar los beneficios asociados. La condición de Programa Académico produce un mayor reconocimiento dentro de la Facultad y además abre perspectivas para formalizar sus actividades, sobre todo en cuanto a postulación a proyectos, establecimiento de convenios con entidades externas a la Universidad y cierta autonomía financiera que pueda garantizar que sus miembros no roten continuamente, dado

que eQtasis puede también constituir una plataforma para el crecimiento laboral profesional.

En definitiva, el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica de la Universidad de Chile ha desplegado un trabajo creciente y sostenido en el tiempo, desarrollando diversas labores en instituciones tales como la Universidad de Chile, el Servicio Nacional de Menores (SENAME), el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) del Ministerio del Interior, la Unidad de Programas de Apoyo Psicosocial del Ministerio de Desarrollo Social, entre otras entidades. Dichas labores han estado ligadas con actividades de extensión (organización de y participación en seminarios y encuentros), docencia de pregrado y postgrado; la prestación de servicios de capacitación a profesionales, asesorías a otros equipos clínicos, aplicaciones del modelo de trabajo en contextos no psicoterapéuticos y también, la atención clínica y el desarrollo de procesos formativos en las dependencias de la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile, que es también el nicho dónde eQtasis cultiva y desarrolla sus procesos más característicos, el clínico y el formativo.

Si bien es posible encontrar antecedentes sistematizados que dan cuenta de su práctica clínica y formativa, éstos son parcializados y no necesariamente dan cuenta de la complejidad y riqueza del trabajo desarrollado por el equipo. Por lo demás, muchos de los trabajos son puntales respecto del momento en que se realizaron (y la variabilidad de eQtasis año a año es bastante) y tampoco resumen todas las actividades que el equipo realiza. Esto plantea para éste la necesidad de sistematizar su operar clínico y formativo con el objeto de visibilizar declarativamente tanto su praxis como las matrices de pensamiento, la meta-teoría y la teoría que sustentan su quehacer y la relación que emerge del cruce de la teoría adscrita y praxis, de modo tal de dar cuenta de las consistencias que pudieran existir o no entre lo que se piensa y lo que se hace y por lo tanto, ser capaz de responder y mostrar la relación entre la teoría y la práctica, es decir, aproximarse a dar cuenta de las bases de su modelo de trabajo.

El sistematizar la práctica clínica y formativa desarrollada por eQtasis representa una posibilidad para su organización, en términos de fortalecer la noción de responsabilidad presente en el equipo, lo cual le permitiría profundizar en su capacidad de responder sobre su práctica desde lo meta-teórico y teórico. Además, contar con una sistematización de su trabajo, en dichos términos, abre la posibilidad de entablar diálogos de un modo más fluido con sus pares disciplinares en tanto hay un modelo, más o menos delimitado o definido, que mostrar y con mayor claridad desde el cual dialogar.

Asimismo, en la interacción teoría y práctica, es dónde aparece la pregunta por la posibilidad de replicabilidad del quehacer de eQtasis en otros contextos. En ese sentido, cabe preguntarse en torno a las bases teóricas que dan sustento al quehacer de eQtasis y cómo el cruce entre ambos niveles (teoría y praxis) da origen a un modelo de trabajo.

A partir de esto, la pregunta de investigación del presente estudio es ¿Cómo se caracteriza la práctica clínica y formativa –desde las bases de un particular enfoque Sistémico-Relacional- del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) de la Universidad de Chile? Para ello, se diseñó una investigación con un enfoque cualitativo, basado en una aproximación etnográfica que implica a los propios sujetos informantes como analistas de la información que han producido, de la misma forma que se implica la investigadora, que es también parte del mismo equipo, relevando un carácter eminentemente recursivo. Por ello, dada la complejidad y riqueza del fenómeno a abordar, es que se utilizó una amplia gama de instrumentos para la producción de datos, los cuales fueron analizados mediante un Análisis Hermenéutico del Discurso, proceso en el cual también fue partícipe, en una etapa, el equipo, con el objeto de generar una recursividad en el análisis de los datos y de profundizar en la aproximación etnográfica de la presente investigación. Este diseño metodológico de investigación podría ser orientador para replicar un estudio de este tipo en otros grupos con características similares, además de por sí mismo posibilita un espacio formativo para el equipo, en tanto que la reflexión es formativa en sí y esto es posible ya que sus integrantes son productores y analistas de la información.

## **II. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DIRECTRICES**

### **Objetivo General**

Sistematizar y explicitar la práctica clínica y formativa—desde las bases de un particular enfoque Sistémico-Relacional- del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) de la Universidad de Chile.

### **Objetivos Específicos**

- Articular las referencias meta-teóricas y teóricas que sustentan la práctica clínica y formativa del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica.
- Observar, bajo una perspectiva etnográfica, la práctica formativa y clínica del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica en su operación formal e informal.
- Analizar las prácticas formativas y clínicas del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica mediante un ejercicio hermenéutico con sus propios actores.
- Identificar las bases de un modelo clínico y formativo del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica.

### **Preguntas directrices de la investigación**

- ¿Cuál es la reacción del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica frente a requerimientos del medio tanto institucional como disciplinar?
- ¿Cuál es la valoración del aspecto meta-teórico del modelo del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica frente a los aspectos teóricos y metodológicos?
- ¿Qué aspectos novedosos emergen de un modelo clínico y de formación del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica? y desde ahí, ¿cuáles son los aspectos distintivos que refiere el equipo respecto a su práctica clínica y formativa?

### **III. ANTECEDENTES TEÓRICOS**

#### **1.- MODELO CLÍNICO**

El abordaje de fenómenos o situaciones que presentan un gran nivel de complejidad demanda a quien observa, realizar distinciones particulares que permitan lograr un mayor grado de comprensión sin descuidar la especificidad y la complejidad del fenómeno mismo. Para ello, se pueden utilizar criterios distintivos, lo cual dependerá de la circunstancia y contexto así como también de quien observa el fenómeno (Martic y Gálvez, 2013).

En la Psicología (así como en otras disciplinas), son múltiples los esquemas y distinciones que se pueden utilizar para abordar sus enfoques, existiendo al menos, de acuerdo a Martic y Gálvez (2013), tres modos:

- a) Una perspectiva que plantea seis dimensiones imbricadas, a saber, la ontológica, la epistemológica, la ética, la política, la teórica y la técnica.
- b) Una visión que distingue tres niveles: epistemológico, teórico y metodológico.
- c) Una distinción que plantea seis Niveles Jerárquicos Conceptuales: ontología, epistemología, unidad de análisis o paradigma, teoría, modelo y técnica/táctica.

Estas modalidades han sido utilizadas en contextos docentes y de extensión académica desde el Departamento de Psicología, en variadas instancias del Programa eQtasis.

Al respecto, para efectos de la presente investigación se utilizará la propuesta de Niveles Jerárquicos Conceptuales, en tanto las diferencias que establece permiten distinguir conceptos y acciones que corresponden a dimensiones que van desde lo más abstracto a lo concreto (Martic y Gálvez, 2013). Si bien los Niveles Jerárquicos Conceptuales será el eje articulador para realizar las distinciones necesarias, también se hará una breve referencia al ámbito ético y político de la Psicología, aspectos que también conforman parte de este estudio.

La propuesta de Niveles Jerárquicos Conceptuales es un esquema recuperado por Fernando Coddou en 1991, quien plantea que todo operar de un enfoque terapéutico

involucra diversos niveles. De acuerdo a Martic y Gálvez (2013) y Zlachevsky (2010) estos seis niveles corresponden a:

*Nivel Ontológico*<sup>1</sup>: relativo a la comprensión del ser humano y cómo se entiende el ser de lo psíquico, es decir, qué se concibe por psíquico y el ser (humano).

*Nivel Epistemológico*: este nivel plantea una pregunta en torno al conocer y las explicaciones del observador sobre cómo opera o funciona la realidad y el dilema permanente de la relación establecida entre quien conoce y lo conocido, también conocida como la relación observador/observado en términos de si se incluye o no al observador en la realidad observada o si se tiene o no acceso a la realidad.

*Nivel de Paradigma*: o de Unidad de Análisis, el cual se refiere a los principios o ideas centrales que “*configuran las ideas epistemológicas, en torno a un fenómeno más específico que se desea describir, explicar o entender*” (Zlachevsky, 2010, p. 30), es decir, es el escenario donde ocurre la realidad, dónde se presta la atención y por lo tanto, la unidad de análisis que se pretende describir, explicar o intervenir.

*Nivel de Teoría*: este nivel se refiere al conjunto de ideas que posibilitan explicar la realidad, ya sea estableciendo regularidades, normas o hipótesis sobre las unidades de análisis. De acuerdo a Martic y Gálvez (2013), es un nivel que contiene innumerables descripciones de la realidad.

*Nivel de Modelo*: también conocido como Nivel de Modelo Intermedio, es la conexión de los elementos planteados en el nivel teórico con la realidad, es decir, la explicación de cómo operan y se aplican la o las teorías a una determinada realidad o fenómeno.

*Nivel Técnico*: relacionado con las tácticas, técnicas, dispositivos o instrumentos que se utilizan en la realidad y en el operar terapéutico.

Como se ha dicho anteriormente, esta forma de abordaje va desde lo más abstracto a lo más concreto, de lo más amplio a lo más operativo y, por lo tanto, la jerarquía establecida no alude una mayor o menor importancia, sino que, simplemente, parte de

---

<sup>1</sup> Este nivel, si bien no corresponde a la propuesta original de Coddou, es incluido por Zlachevsky en 2010 y por Martic y Gálvez en 2013.

aquello que considera como la conceptualización más amplia y general del fenómeno tratado y va descendiendo a niveles cada más operativos, concretos y específicos, así *“el nivel ontológico será entendido como el nivel de abstracción jerárquicamente más amplio y el nivel técnico aquel en el que se encuentran los conceptos más concretos”* (Martic y Gálvez, 2013, p. 41).

Esta diferenciación permite abordar un enfoque terapéutico más allá de la clásica división teorías/práctica y además, permite, cuando es necesario, situarse en un solo nivel, evitando generar una mayor confusión al caer en una mezcla de niveles (Martic y Gálvez, 2013).

También resulta necesario tener en cuenta que en el operar de un enfoque terapéutico, pueden aparecer preguntas respecto a la ética y la política, lo cual, sucintamente, tiene que ver con reflexiones en torno a las consecuencias del accionar del terapeuta. Las consideraciones éticas guardan relación con la revisión de aquello que se sostiene, se defiende o se considera importante al momento de abordar un fenómeno, en tanto que las políticas se refieren al efecto transformador que tienen las intervenciones del terapeuta. Ambas consideraciones apelan al desarrollo de un sentido de la responsabilidad por parte del terapeuta -para con el otro-, de modo que éste sea consciente de los efectos de las decisiones que toma (Martic y Gálvez, 2013).

Lo ontológico, lo epistemológico, lo paradigmático, lo teórico, modelo y lo técnico y también lo ético y político se encuentran relacionados entre sí y por lo tanto, revisar un nivel en específico necesariamente implica, a lo menos, considerar los otros que lo anteceden en complejidad, razón por la cual el abordar la práctica clínica y formativa de eQtasis exige tener en perspectiva las bases o Niveles Jerárquicos Conceptuales del enfoque desde el cual se sitúa el modelo, cuestión que será abordada tanto en el presente apartado como también -y exhaustivamente- en la presentación y análisis de resultados.

Tal como se señaló anteriormente, un modelo es una lógica de trabajo o un modo de operar, el cual emerge tras el encuentro de una teoría sobre un determinado fenómeno, es decir, tras la aplicación sistemática en la realidad de una o de un conjunto de teorías. Desde la perspectiva de los Niveles Jerárquicos Conceptuales, el nivel de Modelo Intermedio es el nivel donde *“se establece o intenta establecer las conexiones entre los distintos elementos*



*que configuran el nivel teórico, relacionándolo con su aplicación a la <<realidad>>; en otras palabras, se describe o explica cómo opera en concreto con personas concretas, la teoría” (Zlachevsky, 1996, p. 3).*

En ese sentido, como señala Gálvez (2010a), los modelos no existen a priori de la práctica ni pueden estar declarados antes de plasmarse en un fenómeno concreto y en un escenario o contexto en particular. Un modelo emerge tras la sistematización de una práctica recurrente, orientada por una o varias teorías y sólo existe y es posible de declarar y/o escribir una vez que ha sido realizado, *“una vez que ha sucedido, es decir, siempre a posteriori, se puede hablar de él (y eso ya es un acto formativo) se pueden decir algunas cosas. Sin embargo, (...) el decir constatativo nunca está a la altura del acontecer”* (Gálvez, 2010a, p. 12).

Gálvez (2010a) precisa que los modelos siempre disponen de un autor, de alguien que se responsabiliza de la aplicación propuesta, llevando siempre un apellido, por lo cual, no se puede hablar de “modelo sistémico” y menos aún, entender que teorías y modelos son lo mismo. En esta línea, hablar de un modelo es porque se trata de una aplicación y aquella aplicación siempre la hace alguien, por eso los modelos tienen necesariamente una autoría.

Tras una acabada revisión bibliográfica, podríamos estar todos de acuerdo con que los modelos posmodernos tales como los del Enfoque Sistémico –Narrativo, Conversacional y de Milán- (que además son aquellos que más se estudian en la línea sistémica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile), al momento de ser sistematizados y declarados como tales, coinciden en referirse o pronunciarse respecto a ciertas nociones, problematizaciones, conceptualizaciones y elementos que constituyen a la terapia, a saber:

1) Concepción de terapia: los modelos posmodernos del Enfoque Sistémico realizan una problematización y conceptualización de lo que entienden por proceso terapéutico y con ello, de lo que conciben como problema terapéutico y cómo surge éste, además de plantear una concepción de objetivo terapéutico, es decir, qué se espera lograr o conseguir durante un proceso terapéutico.

2) Terapeuta: dichos modelos realizan un pronunciamiento y definición respecto a la tarea, rol, posición, actitud y responsabilidad del terapeuta en el proceso terapéutico.

3) Sistema Consultante: así como se refieren al terapeuta, también los modelos sistémicos posmodernos realizan una definición en torno a lo que le compete en un proceso terapéutico al sistema consultante, en términos de su rol, su posición y su responsabilidad.

4) Relación terapéutica: esto es, la relación que se entabla entre el terapeuta y el sistema consultante vista desde una noción de poder y participación.

5) Aspectos Metodológicos y Técnicas: lo referente a la estructuración de la terapia como proceso y la sesión, además de principios y técnicas (instrumentos, dispositivos) utilizadas para las intervenciones.

A continuación se realizará una descripción de los modelos clínicos posmodernos del Enfoque Sistémico que mayor reconocimiento tienen por parte de eQtasis al momento de realizar su práctica clínica –Modelo Narrativo, Modelo Conversacional y Modelo de Milán–, no sin antes revisar los antecedentes onto-epistemológicos generales y comunes que orientan el accionar de cada modelo, a saber, la Perspectiva Posmoderna, el Construccinismo Social y las Narrativas.

## **2.- PERSPECTIVA POSMODERNA EN LA CLÍNICA SISTÉMICA**

A partir de 1990, el mundo enfrenta profundas transformaciones políticas, culturales, sociales y económicas, los cuales tienen potentes efectos en la vida cotidiana de las personas y que, desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, evidencia un agotamiento de las corrientes tradicionales de pensamiento, demandando cambios en la comprensión del mundo y de cómo los sujetos se sitúan en él (Anderson, 1999; Bertrando y Toffanetti, 2004). Ante esta exigencia, en la psicoterapia sistémica adquieren preponderancia nuevas formas de aproximación a los fenómenos humanos: la Perspectiva Posmoderna, el Construccinismo Social y las Narrativas (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo y Bertrando, 2000).

Estas tres perspectivas se constituyen como las bases comunes de las terapias posmodernas del Enfoque Sistémico-Relacional, muchas de las cuales ejercen una importante influencia

en el operar clínico y formativo del programa eQtasis de la Universidad de Chile, entre las cuales destacan en gran medida el Modelo de Milán, de la mano de Paolo Bertrando, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Marco Bianciardi, en un grado intermedio el Modelo Narrativo de Michael White y David Epston y en un menor grado, el Modelo Conversacional desarrollado por Harlene Anderson y Harry Goolishian. Por esta razón, a continuación, se hará una breve revisión de estas perspectivas y de los modelos mencionados.

a) *Perspectiva Posmoderna*

La acuñación del término posmoderno encuentra su origen en el filósofo francés Jean Francis Lyotard, quien en 1979 señala que *“el posmoderno es un profundo escepticismo sobre la validez universal de cada componente narrativo singular o versión teórica de cada situación humana”* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p.292). Precisa que lo *“<<posmoderno>> indica simplemente un estado de ánimo o mejor, de pensamiento. Podría decirse que se trata de un cambio en relación con el problema del sentido”* (Lyotard, 1992, p.1). Si bien se entiende que hay una serie de definiciones, sería ésta la que es más considerada y la que más sintoniza con las consideraciones que se tienen presente en el territorio del trabajo clínico sistémico y relacional.

El escepticismo que se plantea es una crítica a la tradición moderna, un cuestionamiento y alejamiento de nociones y métodos propios del modernismo, tales como las metanarrativas fijas, de las verdades universales, de los discursos privilegiados, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones, el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo, los esencialismos y un dualismo entre un mundo real externo (la realidad objetiva) y un mundo mental interno (Anderson, 1999). El pensamiento posmoderno es deconstructivo en cuanto busca distanciarse y cuestiona estas nociones y métodos propios del pensamiento moderno que ha regido a diversas disciplinas y es ante todo, *“un desafío a una serie de hipótesis sobre el conocimiento, sobre la sociedad y la cultura, pero también sobre la naturaleza del individuo y sobre el conocimiento de la verdad”* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 293).

Como estado o corriente de pensamiento, lo posmoderno abarca un conjunto de ideas, opiniones y valores, explicitando un interés por aquellos aspectos locales del devenir humano, aquellas particularidades que no tienen manifestación expresa en lo absoluto, cierto y universal, tres nociones provenientes de la tradición moderna. Se concentra en aspectos locales de la comunicación, en las micronarrativas sin pretensiones de veracidad o universalidad, considerando que no existe una verdad absoluta e incuestionable, sino que existen verdades que tienen un valor y una validez local en el contexto y comunidad que las construye (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En cuanto a la cuestión del conocimiento, el pensamiento posmoderno lo concibe como una construcción social, donde quien conoce lo hace a través de su experiencia y por lo tanto, el conocimiento y quien conoce son interdependientes, considerando al conocimiento como una práctica discursiva y avanzando hacia *“una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el lenguaje, la historia, la persona y el poder. Acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje”* (Lyotard, 1984; Madison, 1988 en Anderson, 1999).

La relación con el problema del sentido, que se señala inicialmente, tiene que ver con las consecuencias que conlleva el no cuestionamiento de grandes relatos que se imponen, práctica propia del pensamiento moderno, en términos que los metarelatos enjuician cuáles son las prácticas y pensamientos en todo nivel (individual, familiar, social, político, cultural) que tienen o no un valor, indicando una serie de parámetros que determinan a priori qué tiene sentido, qué es deseable, qué es legítimo, teniendo como consecuencia el no realizar procesos de construcción de sentido y por ende, la constricción de la riqueza de posibles prácticas de los sujetos. Al respecto, Lyotard señala que *“lo moderno es la consciencia de la falta de valor de muchas actividades (...) ha pretendido producir lo que podríamos llamar “gran relato””* (1992, p.1).

La constricción o limitación de las prácticas y desarrollo de las personas que generan estos grandes relatos es parte de otra implicancia que plantea el pensamiento posmoderno, ya que destaca la importancia del análisis de las relaciones de poder en la sociedad, planteando que el carácter universal, naturalizado e incuestionable de un determinado sistema de pensamiento es *“una maniobra en un juego de poder represivo que tiende a anticipar otros*

*componentes narrativos de igual dignidad*” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 293). En ese sentido, el pensamiento posmoderno posibilitaría el reconocimiento de distintas narraciones, independiente que ostenten o no una situación privilegiada o de poder en nuestra sociedad. Adoptar esta posición pluralista no significa que todo sea considerado como legítimo o válido, por el contrario, tal como plantea Anderson (1999) “*el posmodernismo alienta la crítica social; desde una perspectiva posmoderna todo está sujeto a cuestionamiento, incluyendo el posmodernismo*” (p. 72).

#### *b) Construccinismo Social*

El hecho que la Perspectiva Posmoderna sea profundamente escéptica y crítica al pensamiento moderno y que, por lo tanto, plantee más cuestionamientos que afirmaciones genera la necesidad, al menos para la terapia, de encontrar un enfoque que les proporcione algunos o más puntos de referencia, cuestión que ha sido resuelta en el Enfoque Sistémico-Relacional con la adscripción, principal aunque no exclusivamente, a las ideas provenientes desde el Construccinismo Social (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo y Bertrando, 2000).

Kenneth Gergen (1999) plantea que la posmodernidad es la *pars destruens* de una cosmovisión, que encuentra su *pars construens* en el Construccinismo Social (Bertrando y Toffanetti, 2004), es decir, donde se encuentra una crítica, cuestionamiento o negación en el pensamiento posmoderno, en las ideas construccionistas se encuentra una propuesta, defensa o afirmación. Simultáneamente al avance de la Perspectiva Posmoderna en la década de los '90, el Construccinismo Social adquiere importancia y preeminencia en diversos ambientes terapéuticos.

El Construccinismo Social es una perspectiva epistemológica (no una teoría como equivocadamente aparece en algunas referencias) que acentúa el aspecto de intercambio y de génesis social del conocimiento, cuestión planteada implícita pero no suficientemente desarrollada por el Constructivismo. Mientras el Constructivismo pone énfasis en el observador y en sus construcciones mentales, el Construccinismo Social pone en primer

plano la idea de *relaciones*, vistas como expresiones no de estructuras o patrones comportamentales (como lo plantea el Constructivismo), sino como manifestaciones de sistemas de lenguaje y de significados (Boscolo y Bertrando, 2000). De este modo, las ideas, los conceptos y los recuerdos son fruto del intercambio social y son comunicados mediante el lenguaje. De acuerdo a Hoffman (1992), quienes adhieren al Construccinismo Social sostienen que *“todos los conocimientos evolucionan en el espacio entre las personas, en el dominio del “mundo común o de la “danza común”. Sólo a través de la conversación continua con sus íntimos el individuo desarrolla un sentido de identidad o una voz interna”* (en Boscolo y Bertrando, 2000, p. 45 y 46).

El Construccinismo Social concibe al saber como una construcción de la mente, donde el conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente de nosotros: aquello que se observa no es una entidad en sí misma y separada de quien observa, es decir, se aleja del dualismo sujeto/objeto. La mente y la realidad construida residen en las relaciones sociales y en la construcción de significado a través del lenguaje, donde participan de las diferentes formas de relaciones (Bertrando y Toffanetti, 2004). En otras palabras, entrega una visión relacional entre todas las posibles narraciones existentes y la humanidad, cuestión que se posibilita a partir de la premisa filosófica que indica que *“el lenguaje es generador, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, (...) el conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera”* (Anderson, 1999, p. 29).

Anderson (1999) señala que, para el Construccinismo Social, el conocimiento es una construcción comunal, es un producto del intercambio social y que es el contexto interaccional y comunal el que produce significación, donde el contexto es conceptualizado como un dominio multirrelacional. Además, plantea que la construcción social concierne a las diferencias, es decir, a los construccionistas sociales *“les interesa mucho más la cuestión de cómo es ser una persona que vive en una red de relaciones con otros, que se sitúa en relación con estos de distintas maneras en distintos momentos”* (Shotter, 1995 en Anderson, 1999, p. 77).

### c) Narrativas

Junto a la Perspectiva Posmoderna y al Construccinismo Social, el otro concepto emergente en la terapia posmoderna sistémica en la década de los '90 es el concepto de Narrativas y asociado a esto, lo que podríamos llamar como un movimiento narrativo. Esto tiene relación con la forma de describir y comprender el mundo que desarrollan las personas. Sobre estas formas de descripción y comprensión, Jerome Bruner (1998 en Zlachevsky, 2003) plantea que existen dos modalidades de pensamiento: el pensamiento paradigmático o lógico-científico y el pensamiento narrativo, cada una de las cuales condiciona modos propios de ordenar la experiencia y de construir la realidad.

El pensamiento paradigmático se enmarca en la tradición moderna, en tanto busca generalizar el conocimiento para establecer relaciones causales y *“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”* (Bruner, 1998 en Zlachevsky, 2003, p. 51). En tanto, el pensamiento narrativo, afín a la Perspectiva Posmoderna, se centra en las particularidades, se preocupa de las acciones e intenciones humanas, situando los acontecimientos y experiencias en el tiempo y espacios, es decir, *“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 en Zlachevsky, 2003, p. 50 y 51).

El pensamiento narrativo amplía al campo de posibilidades, ensanchando el abanico de realidades posibles a través del aumento de los recursos lingüísticos: en lugar de optar por el uso unívoco de las palabras, utiliza su polisemia, fomentando más de una línea de interpretación o lectura en cada momento. En ese sentido, se puede decir que con el pensamiento narrativo *“se favorece el carácter extraordinario de las descripciones coloquiales, poéticas o pintorescas frente a las descripciones técnicas, y la conversación se hace más exploratoria y menos dirigida a un propósito determinado”* (White y Epston, 1993, p. 93).

White y Epston (1993) plantean que con el objeto de dar sentido a sus vidas, las personas asumen la tarea de organizar su experiencia de los acontecimientos en secuencias

temporales, con tal de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea, pudiendo decirse que estas narraciones son relatos de sus experiencias y por lo tanto, dan un sentido de continuidad y significado en sus vidas, apoyándose en ellas para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias que posteriormente vivirán.

Una narración no puede abarcar toda la riqueza de la experiencia y por lo tanto, en su estructuración como tal, media un proceso de selección que escoge o deja de lado aquellos hechos que no encajan en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos acerca de nosotros mismos, teniendo como consecuencia que a lo largo del tiempo y por necesidad *“gran parte de nuestro bagaje de experiencias vividas queda sin relatar y nunca es «contado» o expresado. Permanece amorfo, sin organización y sin forma”* (White y Epston, 1993, p. 29). Este planteamiento implica que los relatos o narraciones son constitutivos, modelando las vidas y relaciones en tanto que, por medio del relato, las personas organizan su experiencia y le otorgan sentido. En palabras de White (1995), *“los seres humanos son seres que interpretan (...) esta interpretación surge dentro de un marco de inteligibilidad, que nos sirve de contexto y nos permite atribuir significado a los acontecimientos. Este marco de inteligibilidad lo constituyen las narrativas”* (en Payne, 2002, p. 38). Con el término “interpretación”, se pone de manifiesto que las personas no conocen el mundo “en sí mismo”, sino sólo a través de sus presupuestos sobre él, los cuales nacen de su experiencia subjetiva previa, condicionadas altamente por las normas y suposiciones de las micro y macrosociedades en las que viven, es decir, los relatos que dan sentido a la experiencia están influidos, sobre todo, por factores culturales y sociales (Payne, 2002, p. 38).

El concepto de Narrativas releva la condición relacional de los procesos de significación de la experiencia ya que, si bien el relato de cada persona y los significados que le atribuyen a los acontecimientos son únicos, *“esta forma particular de significar los acontecimientos depende, en gran medida, del sistema u organización de significados que fue adquiriendo a lo largo de la vida, en el convivir con otros, en los espacios de encuentros y desencuentros que tuvo o tiene con otros”* (Zlachevsky, 2003, p. 48).



#### *d) Implicancias para la terapia*

La preeminencia que adquieren, en la década de los '90, las propuestas y cuestionamientos provenientes desde la Perspectiva Posmoderna, el Construccinismo Social y las Narrativas generan una transformación conceptual y práctica en el campo de la terapia, ya sea en la evolución de los modelos, como es el caso de Milán o en el surgimiento y desarrollo de otros modelos, como son los casos del Modelo Narrativo de Michael White y David Epston y el Modelo Conversacional de Harlene Anderson y Harry Goolishian. Tal como afirman Gergen y Warhus (2003) respecto al Construccinismo Social –y también aplicable a la Perspectiva Posmoderna y a las Narrativas- *“la transición a una sensibilidad construccionista conlleva una transformación conceptual y práctica. No sólo se desplaza significativamente de su base modernista la posición general del terapeuta hacia el proceso terapéutico sino que emergen nuevas prácticas y retos”* (p.14).

A continuación, se realizará una breve aproximación de algunas de las implicancias generales de estas perspectivas en la terapia posmoderna del Enfoque Sistémico-Relacional, es decir, aquellas nociones o prácticas que emergen y que cruzan a los modelos posmodernos, para posteriormente describir las características, precisiones y matices que cada uno plantea y que los llevan a constituirse como modelos diferenciados uno de los otros.

De acuerdo a Bertrando y Toffanetti (2004), las terapias posmodernas del Enfoque Sistémico, debido a su aproximación construccionista, se orientan o tienen como objetivo general, el generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de revisar las narraciones dominantes sobre las que se apoya la identidad de los consultantes. Este diálogo con el sistema consultante tiene por objeto liberarlo de la rigidez que lo oprime, encontrando nuevas opciones y/o sentidos frente al sufrimiento que lo aqueja y por lo tanto, nuevas alternativas para enfrentarlo.

La unidad de análisis de estas terapias viene a ser la relación, aquel mundo, posibilitado por el lenguaje, donde se construyen los significados asociados a la experiencia, es decir, *un enfoque sistémico posmoderno, se trataría de una aproximación que tiene como unidad de análisis permanente la relación entre los sujetos y en la cual,*

*cada aspecto correspondiente a la praxis incorpora una actitud crítica frente a los postulados establecidos por la modernidad (Gálvez, 2008, p. 2).*

Esta actitud crítica frente a los postulados establecidos por la tradición moderna significa que centrarse en la relación implica prestar atención a las particularidades de los relatos, dejando de lado la noción de verdad absoluta ya que *“para los posmodernos, que en cada teoría y en cada sistema de pensamiento solo ven una narración, es más importante concentrarse en las narraciones locales y tradicionales o en las micronarrativas que se presentan como historias simples y no aspiran a la verdad absoluta ni a la universalidad”* (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 43). El Construccinismo Social alienta a enriquecer los procesos interpretadores en la terapia en tanto existen diferentes construcciones de lo real, cada una válida dentro de las comunidades que las generan. Además, no se guía por la idea del self unificado ya que las personas se encuentran inmersas en múltiples relaciones, cada una construyendo su identidad y su mundo a su manera (Gergen y Warhus, 2003).

Prestar atención a la relación invita a abandonar el interés por centrarse exclusivamente en los estados mentales del individuo, como sucedía en la terapia tradicional, sino en los procesos generadores de significados mediados por el lenguaje, es decir, es una invitación a centrarse en los aspectos relacionales, en tanto los significados emergen entre las personas: *“el significado no está ubicado dentro de la mente del individuo sino que emerge continuamente del proceso relacional. Este es el contexto que permite entender la co-construcción”* (Gergen y Warhus, 2003, p. 9).

En base a la idea de la mutua construcción de lo real, la relación terapéutica sufre un gran cambio en su concepción, pasando de ser jerárquica, donde el protagonismo es del terapeuta, a ser horizontal, donde tanto terapeuta como consultantes son constructores de esta relación, reconociendo que cada uno posee diferentes tipos de conocimientos, diferentes experticias, que contribuyen a la generación de significados emergentes en el marco del proceso terapéutico. Hay un reordenamiento de las responsabilidades tanto del terapeuta como del sistema consultante: el terapeuta ya no es el responsable exclusivo de lo que pueda suceder o no en la terapia,

*el terapeuta es cada vez menos protagonista. De hecho, como el saber está socialmente construido, no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta pudiera “descubrir”: la narrativa surgirá de la conversación sin que*

*el terapeuta sea el autor. El terapeuta construccionista está mucho más atento a la política de poder en el que se inserta su trabajo* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 296).

Es decir, de acuerdo a Gergen y Warhus (2003), se invita al terapeuta a entablar una relación terapéutica colaborativa, donde, tanto terapeuta como sistema consultante contribuyen en la creación y construcción de ésta, con diferentes conocimientos, asumiendo que la interpretación es producto del diálogo entre el terapeuta y el sistema consultante, no es sólo fruto de las teorías que, con anterioridad, maneja el terapeuta. Esta reconfiguración de las responsabilidades en el proceso terapéutico exige un terapeuta muy consciente de su posición, orientado al rescate de las particularidades ya que *“la actitud posmoderna, en un intento de redefinir la relación asimétrica de los saberes, privilegia acciones como la curiosidad por sobre la experticia, haciendo del contexto terapéutico/interventivo un espacio que en sí mismo se transforma en una posición discursiva sobre lo posmoderno”* (SENAME DEPRODE, Universidad de Chile, 2010, p.72). Además, le demanda ser muy reflexivo y crítico de su propio accionar, sus prácticas y de lo que se inaugura o no a partir de sus intervenciones ya que *“todo lo que haga, diga, deje de hacer o de decir (...) durante una sesión clínica, tiene un efecto terapéutico, contraterapéutico o no terapéutico”* (Zlachevsky, 2002, p.2).

Por otro lado, desde el Construccinismo Social se invita al terapeuta a tener una mayor posibilidad de elección y a abandonar el uso y búsqueda de un punto de vista único y singular que predomina sobre los demás, es decir, a hacer uso de todo lo que le sirva de su contexto próximo. Esto se traduce en un terapeuta que *“moviliza diálogos donde se discuten los valores, o los resultados. Así, tomar en cuenta criterios múltiples sobre el “estar bien”, no sólo amplía el dominio de “lo adecuado” sino que genera un mayor discernimiento sobre “lo bueno”: dónde, cuándo, y para quién”* (Gergen y Warhus, 2003, p. 4). De lo que se habla, entonces, es de una reflexión por parte del terapeuta no sólo en lo referente a sus intervenciones técnicas, sino también desde una perspectiva ética en términos que se asume que el trabajo terapéutico necesariamente implica un abordaje político y social, se reconozca o no. Es una invitación a asumir las posiciones y valores que guían al terapeuta en su accionar y que dichas posturas no sean utilizadas para callar voces

que difieren de ellas, sino para entablar diálogos mutuamente transformadores entre terapeuta y sistemas consultantes.

Respecto a la responsabilidad de los sistemas consultantes, se concibe que éstos son responsables de su propio devenir en cuanto lo que le ocurre a un sistema está determinado por su estructura, por lo tanto, el terapeuta no determina cambios en el otro, sino que puede posibilitarlos (o no) a través de la conversación terapéutica, que como se ha dicho anteriormente, es fruto tanto de él como de los consultantes. Esta afirmación corresponde al concepto de Autonomía Organizativa de los Seres Vivientes entregado por Maturana y Varela en 1984, el cual se entrelaza directamente con la imposibilidad de realizar interacciones instructivas, ya que *“las interacciones entre los sistemas vivientes no pueden conducir al cambio directo de los sistemas interactuantes sino, simplemente, a una perturbación a la cual cada sistema responde según su propia estructura, que a su vez está en relación con la historia del sistema mismo”* (Maturana y Varela, 1984 en Boscolo y Bertrando, 2000, p.40). Dicho así, y de acuerdo a Anderson (1999) el cambio o la transformación son una consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa, siendo el protagonista el sistema consultante. Esta atención sobre el diálogo marcará también un movimiento hacia los modelos que se podrían llamar dialógicos y que están presentes en la década del 2000 en adelante.

Estas son algunas de las implicancias generales que plantean para las terapias posmodernas del Enfoque Sistémico la Perspectiva Posmoderna, el Construccionismo Social y las Narrativas, que cruzan a los tres modelos más relevantes para la práctica de eQtasis y que resultan oportunos de mencionar para la presente investigación. Por supuesto, cada modelo presenta diferencias respecto a los otros e incluso, se pueden encontrar precisiones y matices en estas mismas implicancias generales, razón por la cual se realiza un breve detalle de cada uno de éstos.

### 3.- MODELOS SISTÉMICOS POSMODERNOS

#### a) *Modelo Narrativo*

La terapia desarrollada por Michael White y David Epston, a juicio de Bertrando y Toffanetti (2004) es el modelo más coherente y completo de terapia narrativa. Como se ha mencionado anteriormente, los planteamientos de la Perspectiva Posmoderna, el Construccinismo Social y las Narrativas tienen gran influencia en las bases fundamentales del modelo, integrando, además, el pensamiento de modo narrativo proveniente de la distinción entre modalidades de pensamiento planteado por Jerome Bruner en 1986. White y Epston (1993) señalan que un modo narrativo de pensamiento, en contraposición al modo lógico-científico:

- a) Valora altamente las particularidades de la experiencia vivida, donde los puntos de unión entre los diversos aspectos de ésta generan significado.
- b) Incluye la dimensión temporal de las historias, es decir, señala que éstas tienen un principio y un final, y entre esos dos puntos transcurre el tiempo, por lo tanto, los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo, rechazando la noción atemporal del modo de pensamiento lógico-científico, que concibe a los hechos como verdaderos en todo lugar y tiempo.
- c) Se caracteriza por preferir la polisemia de las palabras en lugar de un uso unívoco, centrándose en prácticas lingüísticas basadas en el modo subjuntivo, para crear un espectro de significados implícitos más que explícitos, lo cual permite ampliar el campo de posibilidades y generar una perspectiva múltiple.
- d) Reconoce el sentido de *agencia personal*, situando a las personas como protagonistas o participantes en su propio mundo, construyéndolo activamente, contando con la posibilidad de incidir en sus vidas y en sus relaciones.
- e) Redefine la relación observador/observado, situándolos dentro de la narración que se está desarrollando y construyendo.

En base a esto, White y Epston (1993) plantean que una terapia situada en un modo narrativo de pensamiento da máxima importancia a las vivencias de la persona; favorece la percepción de que las experiencias no son estáticas y permanentes y que las personas se encuentran en un mundo cambiante, mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal; estimula la polisemia o polifonía en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos, generando perspectivas múltiples, invitando a la adopción de una postura reflexiva y a observar y apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos, lo cual fomenta en la persona – a través de contar y volver a contar su propia historia- el sentido de autoría y re-autoría de su propia vida y de sus relaciones. La terapia narrativa asume que “*los factores sociales, políticos y culturales afectan a las vidas de las personas y, sobre todo, que las relaciones de poder son endémicas en las sociedades occidentales tanto “local” (interpersonal) como globalmente*” (Payne, 2002, p. 28), por lo que examinar las influencias del poder social puede ayudar a las personas a liberarse de condiciones opresoras que existen en sus vidas.

Las narraciones o historias que las personas construyen respecto a sus vidas, a sí mismos, de los demás y de sus relaciones pueden ser positivas o negativas: algunas pueden promover el bienestar, la satisfacción personal, dar ánimo, dar confianza, liberar o curar; otras para constreñir, oprimir, descalificar o patologizar a las personas. El *relato dominante*, aquel que prevalece al momento de asignar significado a los eventos de la vida, determinará, en gran medida, la naturaleza de las vivencias y las acciones de una persona y en el caso que predomine una historia saturada de problemas, se invita a la persona constantemente a la desilusión y a la tristeza (Hoffman, 1993 en White y Epston, 1993). Por ello, el terapeuta prestará atención a acontecimientos extraordinarios que no concuerden con el relato dominante, se enfocará en ellos para saber si se orientan hacia *desenlaces inesperados*, que son “*las contradicciones en el relato dominante que la persona considera significativas e importantes luego de haberlas explorado. El terapeuta anima a las personas a hilvanar estos desenlaces en un narrativa paralela, que cambiará eventualmente el relato dominante al completarlo y contrapesarlo*” (Payne, 2002, p. 123).

Así, la terapia narrativa se plantea como objetivo que las personas desarrollen un sentido de autoría y re-autoría de sus vidas y sus relaciones, lo cual llevaría a que aquellas narrativas, opresoras y que posibilitan la emergencia del problema, se disuelvan en el lenguaje y a la vez, se generen narraciones alternativas, que permitan a las personas *“adoptar una nueva actitud ante sus problemas y elegir la forma en que prefieren vivir sus vidas”* (Payne, 2002, p. 123). Para ello, de acuerdo a Zlachevsky (2003), la tarea o responsabilidad del terapeuta es conducir la terapia centrándose en los recursos y habilidades del cliente, formulando visiones positivas y optimistas con la precaución de no simplificar o trivializar el dolor o malestar del sistema consultante, siendo respetuoso por la forma de entender de éste. Se considera, entonces, que, por un lado, el cliente es experto de su propia vida, es decir, es él quien sabe de sí mismo, lo que quiere mantener y cambiar y, por otro lado, el terapeuta es experto en hacer preguntas *“con el único objeto de que el paciente encuentre en su propio sistema reflexivo de creencias una significación alternativa que le permita desentramarse del sufrimiento por el que vino a consultar”* (Zlachevsky, 2003, p. 61).

En cuanto a aspectos metodológicos y técnicos, el modelo de terapia narrativa desarrollado por White y Epston, de acuerdo a Hoffman (1993 en White y Epston, 1993), realiza importantes contribuciones al campo de la psicoterapia sistémica posmoderna, destacando particularmente dos: la primera, en relación al problema terapéutico y la segunda, en términos de una valorización del uso de la palabra escrita como instrumento terapéutico. La primera tiene que ver con la concepción y tratamiento del problema terapéutico, desde una perspectiva onto-epistemológica, donde se realiza una clara y explícita distinción entre el problema y la persona, a través de lo que se conoce como *externalización del problema*, un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y en ciertas ocasiones, personificar los problemas, percibiéndolos como un ente que tiene influencia en la persona, pero que, a la vez, abre las posibilidades de que la persona indague en su capacidad y posibilidad de acción sobre él, en tanto se parte de la base que el problema no es la persona ni que éste se sitúa naturalmente en la persona,

*en este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas*

*considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos* (White y Epston, 1993, p. 53).

Esta aproximación a la concepción de problema terapéutico tiene como base una discusión sobre el conocimiento como poder, en tanto revela y enfrenta los efectos opresivos que tienen la forma en que habitualmente se describen los problemas en base al conocimiento descriptivo, develando el modo en que las técnicas de este tipo de conocimiento restan, inadvertidamente, poder a las personas y se lo entregan a los problemas. Cuando se identifican estas técnicas, es mucho más sencillo externalizar el problema (Hoffman, 1993 en White y Epston, 1993).

De acuerdo a Bertrando y Toffanetti (2004), la externalización del problema muestra al sistema consultante el poder e influencia que tiene el problema sobre su vida y es la correlación técnica del proceso de *objetivización del problema*, el cual revela al problema como un producto de proceso de institucionalización de tipo cultural, social e histórico. Al externalizar el problema, éste es visto como opresor y nocivo para las personas, haciéndolas sentir agredidas o vulneradas por un problema que viene desde afuera, lo cual puede ayudarlas a recuperar poder y confianza en la posibilidad de vencer al problema.

Para externalizar el problema, el terapeuta utiliza un lenguaje que, implícitamente plantea que el problema tiene efectos sobre la vida de la persona, en vez de que es parte de ella, ya que su objetivo es *“ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y concebirlos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales, no de su “personalidad” o “psicología”*” (Payne, 2002, p. 27). Esto no quiere decir que se exima a las personas de la responsabilidad de mantener los problemas, *“de hecho, en la medida en que estas prácticas ayudan a las personas a hacerse conscientes de y describir su relación con el problema, les permite asumir una responsabilidad con respecto al problema que antes no estaba a su alcance”* (White y Epston, 1993, p. 77). Junto al lenguaje externalizador, el terapeuta utiliza *preguntas de influencia relativa*, las cuales ayudan a las personas a tomar consciencia de su relación con el problema, alejándolas de una visión fija



y estática respecto a éste. Este tipo de preguntas se dividen en dos grupos: la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones; y la influencia del cliente sobre el problema (White y Epston, 1993).

La segunda contribución realizada por el Modelo Narrativo de White y Epston, según Hoffman (1993 en White y Epston, 1993), tiene relación con evidenciar la variedad de formas en que se puede usar terapéuticamente la palabra escrita, mediante el uso de cartas que resumen cada sesión. Estas cartas son escritas por el terapeuta y van dirigidas al consultante, constituyendo una historia clínica que es compartida con éste, suponiendo un importante avance en una relación más igualitaria entre terapeuta y sistema consultante. El uso de documentos escritos (cartas, certificados, etc.) se sustenta en base a la noción de *textos narrativos*, con la cual White y Epston proponen la analogía de la terapia como un proceso de contar y/o volver a contar las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas ya que *“al documentar «en blanco y negro» eventos y significados seleccionados, las cartas y los certificados terapéuticos contribuyen de forma muy concreta a la cocreación de narraciones nuevas y liberadoras”* (Hoffman, 1993 en White y Epston, 1993, p.12).

Los documentos son escritos por el terapeuta y/o por el cliente, pudiendo ser memorandos, cartas, declaraciones, ensayos, certificados, contratos o listas, los cuales resumen los descubrimientos de la persona y, por lo tanto, son utilizados para consolidar el progreso ya que se considera que la palabra escrita goza de mayor autoridad y es más permanente que la hablada (Payne, 2002).

Finalmente, cabe señalar que la terapia narrativa, vista como proceso, no tiene un intervalo determinado entre sesiones ni éstas tienen una duración determinada (Payne, 2002). Al respecto, White (1998 en Bertrando y Toffanetti, 2004) define cinco etapas del proceso terapéutico narrativo:

- 1) Realización de *preguntas de conjunción*, para conocer a las personas que acuden a la terapia como entidades separadas del problema.

- 2) Realización de *preguntas relativas al problema*, para conocerlo y conocer la relación de la persona respecto a él.
- 3) Realización de *preguntas con influencia relativa*, con el objeto de externalizar el problema.
- 4) Realización de *preguntas que revelen los resultados únicos o acontecimientos extraordinarios*, orientadas a buscar aquellos momentos donde el problema no ha podido influir en la vida de la(s) persona(s).
- 5) *Construcciones de historias alternativas*, con el objetivo de construir un nuevo estado de conciencia en base a los resultados únicos, emergiendo una narrativa o relato que le permita a la persona liberarse o enfrentar de un modo satisfactorio al problema que lo aquejaba.

b) *Modelo Conversacional*

Este modelo nace fruto del trabajo conjunto de Harlene Anderson y Harry Goolishian, aunque tras el deceso de este último, es Anderson quien sistematiza y profundiza la práctica de este tipo de terapia, la cual contextualmente se sitúa desde lo que la autora define como el pensamiento *posmoderno*, es decir, recoge planteamientos provenientes desde el Construccinismo Social, la Hermenéutica y las Narrativas. En función de estas adscripciones teóricas, Anderson (1999) señala que su enfoque se basa en premisas filosóficas que definen a los sistemas humanos como sistemas generadores de lenguaje y de sentido, donde éstos construyen realidad mediante la acción social y no a través de procesos mentales individuales independientes, precisando que una mente individual es un producto social, lo cual implica que el propio ser es un producto o compuesto social, relevando la condición relacional del ser. En ese sentido, la realidad y el sentido que las personas atribuyen a sí mismas y a otros y a las experiencias y acontecimientos de sus vidas son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por sujetos en una conversación y acción con otros y ellos mismos. Además, destaca la concepción del lenguaje como generador, dando orden y sentido a las vidas de las personas y a sus mundos, operando como una forma de participación social lo cual remite a la noción de que el conocimiento es

relacional, ya que está inserto en el lenguaje y las prácticas cotidianas de las personas, donde también se genera.

Una de las ideas en las cuales se basa Anderson para plantear su enfoque, tiene que ver con conceptualizar a los sistemas humanos como sistemas de lenguaje, ya que concibe a la acción social como la fuerza que construye, a través del lenguaje, las redes de relaciones que constituyen a un sistema. El lenguaje es *“generador, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, (...) el conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera”* (Anderson, 1999, p. 29).

Estas premisas filosóficas implican redefinir varias concepciones en torno a la terapia, partiendo por una conceptualización de ésta en términos de definirla como *“un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa –una búsqueda conjunta de posibilidades”* (Anderson, 1999, p. 28). De este modo, la terapia se centra en generar posibilidades y en confiar en los aportes y la creatividad de todos los participantes, considerando a las personas como multifacéticas, dotadas de sí-mismos relacionales construidos en el lenguaje, donde el terapeuta y el cliente participan como co-investigadores para crear lo que descubren, siendo el cambio o la transformación una consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa.

Como objetivo del proceso terapéutico, el enfoque o perspectiva colaborativa busca crear, relevar y facilitar nuevas conversaciones y nuevos sentidos respecto al problema terapéutico, generando *“un proceso donde situaciones (o narrativas) problemáticas no trabajables puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades (...) una vez que esto sucede, los problemas comienzan a disolverse”* (Anderson, 1999, p. 118).

Anderson (1999) indica que en terapia, un problema es un asunto a tratar en un discurso, ya que un problema y el significado atribuido por la persona son realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas por el lenguaje, es decir, *“los problemas son acontecimientos o posiciones lingüísticas que suelen interpretarse de manera conflictiva”* (Anderson, 1999, p. 115). Esta manera conflictiva lleva a las personas a un punto de *quiebre conversacional* y de pérdida del sentido de autonomía, perdiendo la

capacidad de diálogo y la confianza en sus posibilidades de resolver eficazmente sus problemas, además de perder en sentido de competencia y de dominio de sí mismos, “*los significados, la narrativa, la historia les limitan la libertad para encarar problemas, y les inspiran en cambio una sensación de empobrecimiento*” (Anderson, 1999, p. 113).

La exploración y reflexión en torno a la *conversación* es uno de los sellos de la terapia desarrollada por Anderson (1999), quien concibe que ésta es uno de los aspectos más importantes de la vida, ya que las personas mantienen una conversación constante con los otros y consigo mismos y es a través de la conversación que éstas forman y reforman sus experiencias vitales, crean y recrean sus maneras de dar sentido y entender y por lo tanto, mediante las conversaciones, construyen y reconstruyen sus realidades y a sí mismos. Al respecto, Anderson (1999) precisa que

*algunas conversaciones aumentan las posibilidades; otras las disminuyen. Cuando las posibilidades aumentan, tenemos una sensación de acción creadora, una sensación de que podemos encarar lo que nos preocupa o perturba- nuestros dilemas, problemas, dolores y frustraciones- y lograr lo que queremos-nuestras ambiciones, esperanzas, intenciones y acciones (p. 21).*

En ese sentido, la conversación en terapia se centra en la generación de posibilidades, buscando ayudar a las personas a tener el coraje y la capacidad de moverse en su vida, a tener una perspectiva clara y esto se ve permitido por un tipo especial de conversación, un *diálogo*, y la capacidad del terapeuta de crear un espacio dialógico y facilitar un proceso dialógico. Al respecto, señala que la conversación dialógica es aquella que posibilita el surgimiento de nuevos sentidos para los participantes que la sostienen y se caracteriza por la *indagación compartida*, un proceso de participación conjunta, donde uno habla *con* el otro, más que *al* otro. Los participantes de una conversación dialógica prestan mucha atención a lo que relata el otro, no suponen lo que el otro quiere decir, indagan en lo que plantea el otro, los participantes se comprometen a aprender sobre el otro y a tratar de entenderlo. Así, este proceso de indagación compartida conlleva a que la conversación dialógica sea

*un proceso generativo mutuo en el cual emergen nuevos sentidos: diferentes maneras de entender, explicar, puntuar las experiencias vividas. A su vez, la conversación terapéutica (conectada con e informada por conversaciones fuera del consultorio y viceversa) y la novedad de sus resultados llevan a una acción creadora y a una disolución de problemas”* (Anderson, 1999, p. 155).

Así, el cambio emerge a partir y a través de las redescpciones generadas por el contar y recontar de las historias, es decir, la elaboración de historias y autobiografías construidas, a través de la coexploración de historias ya contadas y la creación de relatos nuevos, todavía no contados.

Esta idea respecto a la coexploración emerge a partir de lo que Anderson (1999) ha denominado como *perspectiva colaborativa*, la cual visualiza una relación terapeuta-sistema consultante menos jerárquica, más horizontal, democrática e igualitaria, donde terapeuta y cliente deciden conjuntamente (codeciden) cómo participar, definen límites y las metas del proceso terapéutico. Esta convicción en la mutualidad define, por lo tanto, un terapeuta respetuoso de las ideas de los miembros del sistema consultante sobre qué es importante para la conversación terapéutica y quién debe ser partícipe de ella (Anderson, 1999).

Cuando el terapeuta es partícipe de un proceso terapéutico donde asiste más de una persona, este adopta una posición de *multipartialidad*, con el objeto de aliarse con todos los participantes, de modo tal que en la conversación cada participante sienta que su versión es tan importante como las otras (Anderson, 1999). Además, el terapeuta siempre adopta una postura de *no saber* y dispuesto a ser informado -base primordial de la terapia-, asumiendo que el conocimiento se encuentra en constante desarrollo, para lo cual éste se plantea como necesario “*escuchar las historias de los clientes de un modo peculiar, implicándose en la conversación con el cliente”* (Anderson, 1993 en Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 323). En ese sentido, en relación a las ideas modernas que han regido a las terapias, se reconfiguran las concepciones de terapeuta y sistema consultante, planteando que son compañeros en un diálogo, en tanto, ambos son expertos en diferentes ámbitos,

*el cliente es experto en el área del contenido, en las experiencias vitales que lo han traído a la relación terapéutica (...) un terapeuta es experto en el área del proceso, en participar con el cliente en un proceso dialógico de narrativa en primera persona (Anderson, 1999, p. 138).*

Para el Modelo Conversacional, la transformación, mediante la conversación terapéutica, no es un fenómeno exclusivo del cliente, el terapeuta también puede verse transformado a sí mismo, de hecho, Anderson (1999) afirma que es imposible que el terapeuta no cambie, *“en un diálogo genuino, a diferencia de lo que ocurre en una conversación amable o en una confrontación entre adversarios, ambos participantes cambian”* (Code, 1988 en Anderson, 1999, p. 156).

La transformación tanto del terapeuta como del cliente emerge a partir de la participación de ambos en un proceso dialógico que genera nuevas conversaciones, con nuevos sentidos, para ambos, tanto entre cliente y terapeuta como cada uno consigo mismo y con otros. Al respecto, Anderson (1999) plantea que un proceso dialógico incluye seis componentes interrelacionados, simultáneos, superpuestos y secuenciales:

- 1) El terapeuta participa en y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo, es decir, da un lugar al otro y no entra al proceso terapéutico con ideas o planes formados sobre el cliente.
- 2) El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el otro, creando el espacio para un proceso dialógico con el otro.
- 3) El cliente inicia y mantiene un diálogo interno consigo mismo, en tanto, el proceso dialógico incrementa la capacidad del cliente de entablar una conversación interna dialógica y no monológica.
- 4) Los clientes participan en diálogos externos entre sí, en la medida que cuando un individuo comienza a hablar de manera distinta con su terapeuta y consigo mismo, es capaz de hablar de un modo distinto con otros, lo cual amplía el relato.

- 5) El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio, ya que los diálogos no quedan contenidos en la consulta, sino que cada conversación se convierte en otras conversaciones.
- 6) El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio, ya que, al igual que el cliente, el terapeuta lleva a otros espacios las conversaciones y pensamientos que emergen en la consulta, generando otras conversaciones fuera de ésta.

Respecto a la técnica, Bertrando y Toffanetti (2004) señalan que el Modelo Conversacional cuenta con un *corpus técnico* bastante reducido, más aún si se compara con el nutrido bagaje teórico que ha desarrollado. En ese sentido, la praxis terapéutica del modelo se basa en la tradición hermenéutica de Gadamer (1960), *“el terapeuta se implica junto a su interlocutor en la definición interpretativa del material de la sesión”* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 326). Anderson (1993 en Bertrando y Toffanetti, 2004) precisa que en el proceso terapéutico las preguntas no derivan de las ideas preconcebidas del terapeuta ni proceden de técnicas elaboradas previamente, sino que emergen en el transcurso del mismo proceso, *“las preguntas conversacionales nunca proceden de técnicas, métodos o de una lista de preguntas elaborada previamente; por el contrario, derivan del esfuerzo sostenido y constante por no entender, por no saber”* (p. 330). Añade que la estructura de la conversación terapéutica es espontánea, determinada, en cada momento, por los intercambios generados en el proceso, ya que el terapeuta busca participar del proceso de un modo natural, *“no puedo saber de antemano qué preguntaré; no puedo escoger palabras para producir un resultado específico. Quiero participar en el proceso que describo de una manera natural, no artificial”* (Anderson, 1999, p. 176).

Así, en el Modelo Conversacional, el terapeuta no tiene el control de la entrevista ni mueve la conversación en dirección a un contenido o un resultado específico y muchos menos, es responsable de la dirección del cambio, el terapeuta *“no crea la novedad, ni la introduce desde fuera de la conversación; la novedad emerge en el diálogo”* (Anderson, 1999, p. 177). Esto tendrá implicancias también respecto del posicionamiento político (o no) que

presenta este modelo, cuestión que va a ser argumento a discutir también por los modelos venideros, principalmente aquellos que se instalan desde el 2000 en adelante.

c) *Modelo de Milán*

El Modelo de Milán nace en la década de los '70 y originalmente estaba compuesto por Mara Selvini Palazolli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giulana Prata. Su constitución como grupo se da en el momento que se separan definitivamente del Psicoanálisis y pasan a adscribirse al modelo sistémico, particularmente, a los preceptos de la Terapia Estratégico-Sistémica del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California.

En ese momento, el trabajo del grupo se orienta exclusivamente a la terapia familiar y al carácter *relacional* de los grandes trastornos mentales y es en la técnica donde emergen innovaciones significativas, en cuanto al trabajo en equipo, la estructuración de las sesiones y el uso de herramientas terapéuticas (connotación positiva y rituales terapéuticos). Alrededor de 1980, el equipo original de Milán se divide principalmente por razones teóricas: Palazolli y Prata se orientan hacia el *sistema observado*, mientras que Boscolo y Cecchin se centran en el *sistema observante*. Esta diferencia teórica deriva en que el trabajo de Palazolli tendrá como foco el pasado de la familia y los patrones transmitidos de generación en generación que crean la sintomatología. En tanto, de la mano de Luigi Boscolo, Paolo Bertrando, Gianfranco Cecchin y Marco Bianciardi, el trabajo posterior del Modelo, considerará que en la terapia, lo fundamental “*ya no son los patrones de interacción observables, sino las premisas epistemológicas, los significados, los sistemas emotivos y las historias de los clientes*” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 256). Además, el trabajo terapéutico no solo se centrará en la familia, sino también en el trabajo individual, de pareja, con grupos y con organizaciones.

Las ideas de Gregory Bateson<sup>2</sup> (1972) sobre la epistemología Cibernética tienen gran influencia en el grupo de Milán (incluso hasta la actualidad y asumiendo todos los cambios que tendrá la escuela y el modelo de Milán), el cual abandona la visión estratégica que lo

---

<sup>2</sup> Gran influencia genera en el Modelo de Milán la publicación de Gregory Bateson “Pasos hacia una ecología de la mente” (1972).



caracterizó inicialmente, llevándolo a desarrollar el “purismo sistémico”. De acuerdo a Boscolo y Bertrando (2000), en la Primera Cibernética, desde una visión normativa, el observador se situaba externamente al sistema observado para comprobar su modalidad organizativa, de modo tal que en la terapia, el terapeuta se orientaba a la búsqueda y descubrimiento de patologías y al uso de intervenciones capaces de cambiar la organización patológica del sistema. En tanto, con la Cibernética de Segundo Orden, la idea de conocimiento objetivo desaparece y se considera que el conocimiento es construido a través de la autorreflexión, incluyendo al observador en el sistema observado, *“el observador está conectado recursivamente con el sistema observado, y sus prejuicios y teorías entran en sus descripciones y explicaciones, conduciendo de esta manera a la construcción (o invención) de la realidad observada”* (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 38).

La influencia de la epistemología Cibernética se traduce en que el interés del modelo se desplaza desde los síntomas hacia los patrones comportamentales, a las premisas epistemológicas y a los sistemas de significado, hacia la observación tanto de lo verbal como de lo no verbal, a un marco temporal que ya no sólo abarca el presente sino también el pasado y el futuro, y a una idea de evolutiva de los sistemas –y no homeostáticos-, donde la homeostasis de la familia es entendida como una apariencia que aparece gracias a los patrones comportamentales derivados de errores epistemológicos de los integrantes de la familia. Así, la tarea del terapeuta es planteada en términos de *“crear un contexto de deuteroprendizaje donde los clientes puedan descubrir las soluciones por sí mismos”* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 209). La creación de este contexto de Deutero-aprendizaje se realiza en colaboración con el cliente para que le permita *“salir de los sufrimientos y de la rigidez, abriéndose a nuevas opciones y soluciones”* (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 103).

El objetivo de crear un contexto relacional de Deutero-aprendizaje –aprender a aprender- lleva al proceso terapéutico a explorar el contexto en el que vive el sistema y en el cual se ha originado y manifestado sus problemas, lo cual demanda al terapeuta adoptar una posición que le permita escuchar al sistema, prestando mayor atención a *“la conversación interna del cliente, a sus premisas, prejuicios y emociones, a las relaciones entre su mundo interno y el mundo externo, y al efecto que todo eso tiene sobre los pensamientos y*

*emociones del terapeuta, que a su vez influyen recursivamente en el cliente”* (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 82). En los años '90, se acentúa el interés por lo verbal en base a lo que Boscolo señala como el descubrimiento por las emociones y su importancia,

*las emociones vuelven al primer plano; ya lo habían estado durante la época de la formación psicoanalítica de Boscolo, para después derivar en lo que los mismos autores (Boscolo y Bertrando, 1996) definirán como <<lo no dicho>>. El giro supone una renovada atención por lo no verbal, por los aspectos más ligados al contexto, en lugar del texto* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 309).

El Modelo de Milán concibe que la principal responsabilidad del terapeuta es la conducción de la sesión, por ende, del proceso terapéutico y para lograr este objetivo, se vale de principios y métodos que lo ayudan a gatillar información y por lo tanto, su trabajo terapéutico. Por información se entiende *“el incremento del conocimiento del terapeuta, para el ensamble de la modalidad relacional en el trabajo con la familia. Sobre esta percatación, el terapeuta basara sus eventuales intervenciones terapéuticas, comentarios, prescripciones simples, prescripciones ritualizadas o rituales familiares”* (Palazolli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980, p.10). Además, agregan que la información es entendida como una diferencia y que la diferencia es una relación o un cambio en la relación, lo cual se traduce en un cambio en el modo de conducir la terapia: empieza a ser frecuente solicitar a los consultantes el describir opiniones, explicaciones sobre su comportamiento y el de los otros, abandonando el interés por los hechos. Esta sobre atención sobre la conducción implicará también entonces una atención sobre la posición que ocupa el terapeuta, como primer acto de responsabilidad.

Para lograr conducir la terapia en dichos términos, el terapeuta se vale de ciertos principios y métodos: la Hipotetización, la Circularidad y la Neutralidad/Curiosidad/Irreverencia.

El interés por las hipótesis surge producto de una disminución de la confianza en la *realidad* que ven en la familia, empezando a considerar que las conclusiones a las cuales llegan, respecto a lo observado, no son más que hipótesis de trabajo. La *Hipotetización* es entendida como un proceso donde el terapeuta formula una hipótesis en base a la información que maneja respecto a la familia que está entrevistando, *“la hipótesis establece*

*un punto de partida, tanto para su investigación como para verificar la validez de esta hipótesis basada en habilidades y métodos específicos”* (Palazolli et al., 1980, p.1). Así, el terapeuta crea una hipótesis, la usa y si resulta ser falsa, debe formular otra basándose en la información obtenida a partir del cuestionamiento de la primera. Los autores plantean que el hecho que una hipótesis pueda ser verdadera o falsa no le resta valor, en tanto, su valor funcional, en general, se basa en si es más o menos útil, en cuanto provee de nueva información al terapeuta, de lo cual deriva su confirmación, su refutación o su modificación. En particular, respecto a su valor en la entrevista familiar, éste consiste en garantizar la actividad del terapeuta en términos de rastrear los patrones relacionales y en ese sentido, señalan que toda hipótesis debe ser sistémica, es decir, en su formulación debe incluir a todos los integrantes de la familia de un modo relacional. Posteriormente, la creación de hipótesis se extiende no sólo hacia lo que sucede con el sistema consultante, sino también sobre el terapeuta, sobre sus pensamientos y emociones y sobre la relación terapeuta-sistema consultante (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 97).

Para desarrollar una visión relacional –conectar componentes- del fenómeno que el terapeuta observa, éste debe acudir a la *Circularidad*, una habilidad o capacidad del terapeuta para conducir la entrevista recogiendo la retroalimentación verbal o no verbal que proviene de la familia ante la información que él solicita sobre sus relaciones y no sobre hechos concretos,

*gracias a la circularidad, el terapeuta puede contrastar las hipótesis, ideas, impresiones, y emociones con las respuestas de los clientes: tales respuestas le llevan a cambiar posiciones de modo que pueda encontrar, junto a los clientes, un sentido compartido de lo que sucede en la sesión* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 210).

La Circularidad posibilita la modalidad trádica de investigar las relaciones, es decir, un integrante de la familia comenta o discute el modo en el cual reacciona ante el síntoma otro miembro de la familia y de qué forma otro integrante familiar reacciona a esa reacción.

Para el establecimiento de relaciones, el terapeuta acude a lo que se ha denominado como *preguntas circulares o preguntas sobre las diferencias*<sup>3</sup>.

En tanto, de acuerdo a Palazolli et al. (1980), la *Neutralidad* se refiere a la posición del terapeuta respecto a la familia en términos de la conducta – y no su disposición intrapsíquica- que él despliega ante ésta en la sesión, es decir, se asume la inhabilidad del terapeuta para actuar en forma neutral y no-política y lo que se hace es invitarlo a evitar la aceptación de cualquier posición dada como más correcta que otra. Adoptar esta postura tiene el objetivo de generar retroalimentación e información, evitando hacer cualquier tipo de juicios morales ya que cualquier juicio, aprobatorio o desaprobatorio, lo conllevaría a aliarse con un integrante o grupos de la familia. Con el principio de Neutralidad se persigue que el terapeuta mantenga un metanivel sobre la familia. Sin embargo, muchos terapeutas llevaron a su práctica el principio de la Neutralidad como un no-involucramiento: no tener opiniones fuertes o no asumir responsabilidades en caso de ser necesario (Cecchin, 1989). Para evitar caer en la simplificación del concepto, Cecchin (1989) propone, entonces, entenderlo como un estado mental de *Curiosidad* por parte del terapeuta, “*la curiosidad lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimiento alternativos, y los diferentes puntos de vista y movimientos engendran curiosidad*” (p. 10).

De acuerdo a Bertrando y Toffanetti (2004), la posición de Curiosidad lleva a los terapeutas a no verse seducidos por el principio de verdad y a mantenerse siempre abiertos a la novedad. Según Cecchin (1989), esto le permite al terapeuta ser congruente con la idea que cada sistema tiene una lógica propia en su interacción, una lógica que no es ni buena ni mala, ni correcta o incorrecta, sino que es simplemente operativa, dando paso a un terapeuta respetuoso de la integridad del sistema, “*el respeto por el sistema no es una posición de control social (...) sino una posición desprovista de control social y de interacción instructiva*” (Cecchin, 1989, p. 13).

Con el paso del tiempo y debido a la influencia de la Perspectiva Posmoderna, la noción de Curiosidad es revisada debido al dilema que surge entre el cuestionamiento posmoderno a la noción moderna de terapeuta experto y la incertidumbre generada en el terapeuta que decide no ser experto. Cecchin, Lane y Ray (2002) intentan dilucidar este

---

<sup>3</sup> Estas serán descritas más adelante, junto a otros dispositivos técnicos utilizados por modelo.

problema situando al terapeuta en una posición de *Irreverencia*, definida como una “*postura derivada de un estado mental del terapeuta que le permite actuar liberándolo de la ilusión de control. Gracias a la irreverencia sistémica el terapeuta puede yuxtaponer ideas a primera vista contradictorias*” (p. 28). En ese sentido, el terapeuta que adopta una postura irreverente se guía por un modelo o una hipótesis, que es lo que le posibilita aproximarse al sistema consultante, pero al mismo tiempo, esta posición le permite mantener un grado de respeto y curiosidad por éste ya que el terapeuta irreverente reflexiona sobre las implicancias y consecuencias de su propia actitud y sus supuestos. Al respecto, Cecchin et al. (2002) precisan que “*es pertinente actuar siempre que se esté dispuesto a asumir las consecuencias de los actos, sobre todo si éstos se circunscriben a un marco temporal*” (p. 29).

La idea de libertad que subyace a la posición de Irreverencia remite a la posibilidad que le entrega al terapeuta de no quedar entrampado o aprisionado en un determinado sistema de significados que, eventualmente, podría limitar su participación en un proceso terapéutico. También le permite promover el debilitamiento de los patrones y relatos que coartan a las familias, brindando al sistema “*la oportunidad de desarrollar nuevas creencias y significados, y patrones menos restrictivos*” (Cecchin et al., 2002, p. 28).

La noción de Irreverencia permitiría que el terapeuta preste atención a cada proceso terapéutico en toda su dimensión, con todas sus distinciones que lo hacen convertirse en un proceso único ya que el terapeuta “*está dispuesto a la formulación de hipótesis ligadas al contexto, en vez de a la creación de interpretaciones conectadas con ideas fuertes y estructuradas*” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 310). De acuerdo a Cecchin et al. (2002), la capacidad del terapeuta de reflexionar y autocuestionar sus supuestos e intervenciones se ve fomentada a través del diálogo con otros terapeutas, los clientes, estudiantes y gente que no trabaja en el ámbito de la salud mental.

Según Bertrando y Toffanetti (2004), el Modelo de Milán, desde sus orígenes, se ha caracterizado por basar el trabajo en equipo en relaciones paritarias, la subdivisión de las sesiones, los intervalos entre sesiones, la connotación positiva, los rituales terapéuticos y las preguntas circulares. Es característico del modelo, además, el tiempo entre las sesiones,

donde se establece un mes de tiempo entre una sesión y otra, denominando a su método como terapia breve-larga (Palazzoli, 1980 en Bertrando y Toffanetti, 2004).

De acuerdo a Bertrando y Toffanetti (2004), el equipo no sólo asesora al terapeuta previo a la sesión, sino que también es partícipe de esta, conduciendo a un formato de sesión dividida en cinco partes:

- 1) Sesión previa: el equipo prepara la sesión mediante una discusión de las informaciones preliminares.
- 2) Sesión: consiste principalmente en la realización de preguntas y puede ser interrumpida por los miembros del equipo de observación, quienes se encuentran tras un espejo unidireccional. Dura aproximadamente una hora.
- 3) Discusión de la sesión: es el momento en el cual los terapeutas se reúne con el resto del equipo, separados de la familia, y discuten el modo de concluir la sesión.
- 4) Conclusión de la sesión: los terapeutas se reúnen nuevamente con la familia y presentan, en nombre del equipo, comentarios, prescripciones o rituales.
- 5) Discusión de las reacciones de la familia al comentario o las prescripciones: el equipo discute en torno a las reacciones de la familia ante la conclusión de la sesión. Esto sucede luego que la familia abandonó la sesión.

Boscolo y Bertrando (2000) señalan que el trabajo en equipo posibilita una visión polifónica de la terapia, en tanto emergen diversos puntos de vista respecto a ésta, en base al intercambio de ideas y emociones detrás del espejo, además que desarrolla la capacidad del terapeuta para situarse en diferentes perspectivas en relación al proceso terapéutico, “*a través del trabajo en equipo, con el tiempo cada uno de sus miembros aprende a ubicarse en los diferentes puntos de observación del sistema significativo en que el cliente y el terapeuta están inmersos*” (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 98).

Sobre las herramientas terapéuticas utilizadas, destaca el uso de la Connotación Positiva, los Rituales Terapéuticos y las Preguntas Circulares. La *Connotación Positiva*, a diferencia de las connotaciones estratégicas, no persigue prescribir el síntoma (obviando al resto de la familia), sino que busca prescribir la configuración conjunta de la familia, privando, así, a los síntomas de su posición privilegiada. En tanto, el *Ritual Terapéutico*

también tiene una función prescriptiva ya que uno de sus objetivos es evidenciar el conflicto entre las normas verbales de la familia y las analógicas,

*prescribiendo un campo de comportamiento en vez de una reformulación hablada con un posible insight. El valor de la ritualización del comportamiento prescrito reside en la creación de un nuevo contexto para la familia, de orden superior al que tiene la sencilla prescripción del terapeuta* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 208).

En base al interés de hacer surgir las diferencias implícitas en el pensamiento de los integrantes de la familia, nacen las *Preguntas de Diferencia*, que posteriormente serán denominadas como *Preguntas Circulares*. Las Preguntas Circulares o Preguntas sobre las Diferencias son un instrumento terapéutico que indaga en la visión de un integrante del sistema sobre: la relación entre otros dos miembros de la familia (preguntas tríadicas); las diferencias de comportamiento entre los integrantes del sistema, lo cual evita la esencialización de las conductas al no visualizarlas como cualidades intrínsecas de las personas; los cambios en el comportamiento de los integrantes de la familia antes o después de un evento en particular; circunstancias hipotéticas; y la graduación de los miembros de la familia respecto a una conducta o a una interacción específica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Finalmente, cabe señalar que el Modelo de Milán se ha consolidado como una terapia que contiene una teoría general -en base a la teoría batesoniana y las ideas constructivistas- y una teoría de la técnica -Hipotetización, Circularidad-Neutralidad/Curiosidad/Irreverencia), no obstante, carece de una teoría clínica. Esta ausencia de teoría en términos de una etiología de las patologías es fruto del rechazo de la posibilidad de categorizar a los clientes en tipologías, ya que *“si no existe una idea normativa de la normalidad, no puede existir la de patología, y por lo tanto, es imposible contar con una teoría clínica”* (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 258). Esta idea planteó una dificultad para que el modelo, inicialmente, se relacionara con los sistemas de salud, que demandan y requieren diagnósticos y normas. La posterior incursión del modelo en dichos contextos se ve posibilitada al menos por dos hechos: la posición de Irreverencia y una

nueva visión sobre el diagnóstico. Respecto a lo primero, Cecchin et al. (2002) plantean a la Irreverencia como una “estrategia de supervivencia para terapeutas”, la cual resulta útil para lidiar con las normas de los sistemas de salud en tanto es un llamado a la reflexión y la autoobservación del terapeuta y a *“no fiarse de lo que se le pide que haga por parte del Estado, las instituciones o incluso la clínica en que trabaja”* (Cecchin et al., 2002, p. 28). Sobre el diagnóstico, se asume una nueva posición donde se le entiende como uno más de los posibles tanteos de la realidad y que, por lo tanto, no debe aceptarse sin discusión pero tampoco debe combatirse férreamente. Bertrando y Boscolo (2000) señalan que con el paso del tiempo *“nuestra actitud con el tema llegó a ser la de no plantearnos más el problema de si es o no patología. Nos encontramos más a gusto en una lógica que supere todas las dicotomías: psíquico/somático, normal/patológico, emotivo/cognitivo, biológico/relacional, etcétera”* (p. 77).

#### **4.- FORMACIÓN DE TERAPEUTAS**

Las propuestas, cuestionamientos y reflexiones de la Perspectiva Posmoderna, del Construcciónismo Social y de las Narrativas no sólo generan profundas implicancias en los modelos clínicos posmodernos del Enfoque Sistémico, también lo hacen en las prácticas formativas que muchos de estos modelos desarrollan.

Si bien no existe una publicación que declare los aspectos más importantes en relación a la posibilidad y pertinencia de una formación posmoderna, en tanto podría entenderse como una cristalización de los procesos formativos, lo cual contravendría con el abandono posmoderno por parte de una verdad establecida (Gálvez, 2010b), es posible encontrar reflexiones, definiciones y conceptualizaciones generales o elementos comunes acerca del proceso formativo que viven los terapeutas.

Como se señaló anteriormente, el terapeuta y su figura es sujeto de un profundo análisis y replanteamiento en los modelos clínicos en términos de su rol, responsabilidad, posición y actitud en los procesos terapéuticos. Esto puede explicarse, desde una perspectiva teórica, a partir de la influencia de la Cibernética de Segundo Orden, la cual pone el foco en el observador, quien *“con sus prejuicios, teorías y sensibilidad, construye y describe la “realidad” observada”* (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 37), incluyendo al observador en el



sistema observado, dando paso a la noción de un conocimiento construido a través de la autorreflexión. Esta orientación hacia la figura del terapeuta en el proceso terapéutico también tiene expresión en el ámbito de su formación: cómo éste aprende a ser terapeuta.

Anderson (1999) plantea que el aprendizaje es el desarrollo y la adquisición de conocimientos, un proceso caracterizado por ser dinámico, cotidiano, interactivo y continuo, siendo un acontecimiento social mediado por el diálogo. Agrega que, *“un corolario de esta perspectiva dialógica es que se puede aprender pero no enseñar a ser terapeuta”* (p. 321). Al respecto, Bianciardi (2002), coincide en la imposibilidad de enseñar a ser terapeuta en tanto un proceso formativo en psicoterapia excede al aprendizaje de contenido, teorías y técnicas puesto que involucra a una persona en particular, con su historia personal, sus creencias, premisas y emociones. La formación terapéutica concierne a la unidad de cada persona y a los encuentros terapéuticos de los cuales es parte, lo cual es imposible de ser transmitido por un docente o formador a un formando.

Esta atención a las particularidades de la persona hace que un proceso formativo sea único, no mecánico ni estandarizado, donde cada persona cuestiona, explora y experimenta, teniendo espacio para que su voz sea escuchada, *“cada miembro contribuye con lo que le es característico; ninguna contribución es mejor o más importante que otras. Todas las diferencias son valoradas, se las considera igualmente importantes y se les ve como semilla de novedad”* (Anderson, 1999, p. 322).

El abordaje de las particularidades del terapeuta se traduce en una preferencia por usar el concepto de *Asesoría* en lugar de Supervisión (Zlachevsky, 2010; Bustos y Campillay, 2010) en tanto, es imposible que otra persona supervise lo que otro está observando puesto que cualquier lectura de un fenómeno es única. Así, en el proceso de formación –al igual que en el proceso terapéutico- se concibe que las personas *“no son posibles de objetivar ni de someter a clasificación, mucho menos a cuestionarios generales. Las personas son vistas como únicas e irrepetibles, contextualizados a situaciones vitales, por tanto nunca es apropiado categorizarlos o tratarlos como un fenómeno natural”* (Zlachevsky, 2010, p. 25).

De acuerdo a Bustos y Campillay (2010), la Asesoría es un proceso de Hipotetización que permite al terapeuta ampliar su mirada respecto a sí mismo, a los sistemas consultantes, la

relación terapéutica, la institución donde realiza su práctica terapéutica u otros aspectos relevantes, como podrían ser lo relacionado a un marco onto-epistemológico, teórico y técnico. Para ampliar esta mirada, son múltiples los ámbitos en los cuales debe profundizar el terapeuta, Boscolo y Bertrando (2000) señalan que éste debe ser conocedor de sus premisas o tesis fundamentales que guían su operar, lo cual le permitiría actuar de un modo responsable, es decir, ser capaz de responder por el proceder que realiza, siendo consciente de *“cuánto de ese proceder es dictado por los prejuicios sociales y culturales; cuáles pueden ser las premisas del cliente (sus tesis individuales, familiares, sociales y culturales); de qué modo la relación terapéutica obedece a estas relaciones entre epistemologías (sistemas de premisas) diferentes”* (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 96). Por lo tanto, el proceso formativo de un terapeuta se centra en el trabajo de sus particularidades, sus creencias, premisas, sus prejuicios, su historia personal y expectativas en relación a sí mismo, los sistemas consultantes, los procesos terapéuticos, la onto-epistemología, las teorías, la técnica y la ética que guían su accionar. Al respecto, Gálvez (2010b) señala que la formación es vista como un proceso *deformativo*, ya que sitúa la discusión en los procesos que posibilitan una mutación de parte de quien aprende, así como también de quien enseña, se considera que

*necesariamente que quien está enseñando también aprenda; sin embargo, no todos toman atención de que se trata de un proceso de profunda modificación (deformación) para el formador y el formando. La premisa es que aquello que éramos antes de este encuentro es justamente lo que nunca volveremos a ser* (Gálvez, 2010b, p. 97).

De acuerdo a Gálvez (2010b), el proceso de formación en psicoterapia es comprendido en una lógica de reformulación constante en el discurso, un proceso *deconstructivo*, donde se cuestionan los supuestos con el objeto de posibilitar una nueva perspectiva y por lo tanto, no es un proceso de acumulación de conocimientos, y menos aún, un modo de generar los recursos o aspectos carentes de la persona que se forma para recibir lo que le falta, abandonando *“la intención de visualizar la figura del formando como alguien plástico, que deba homogeneizarse hacia una ‘correcta’ manera de ser en terapia”* (Bustos y Campillay, 2010, p. 125).

Así, el proceso formativo se centra en lo que es el terapeuta y lo que puede llegar a ser, considerando sus recursos y no sus carencias, dando espacio y libertad a la actuación del terapeuta, abandonando la idea de moldear al terapeuta y sin caer en la idea del error como una falta de apego a una determinada forma de actuar en terapia. Si algo resulta inadecuado, no se entenderá como error, sino *“sólo como lectura a posteriori a una conversación que se evalúa como útil o menos útil”* (Gálvez, 2010b, p. 107). Además, la formación debe considerar el contexto del terapeuta, es decir, su lugar de trabajo o donde trabajará (Gálvez, 2010b). En ese sentido, Anderson (1999) señala que se requiere prestar atención y considerar las necesidades de los estudiantes así como también las impuestas por los organismos que regulan el ejercicio psicoterapéutico, es decir, es un proceso que atiende el contexto social, desarrollando una profunda reflexión acerca del por qué de la psicoterapia, para qué se desarrolla este tipo de práctica, cuál es la motivación que subyace y cuáles son las expectativas o anhelos que se tienen como actor social a través de la práctica psicoterapéutica. Para ello resulta relevante que, en el proceso formativo, se consideren aspectos políticos referidos a la terapia, contribuyendo a que el terapeuta explicita o defina posturas y construya opiniones respecto a ésta. (Gálvez, 2010b).

Respecto a la relación entre los participantes –formando/formado; asesor/asesorado- se parte de la base que la formación es un proceso interaccional que requiere interpretación y comprensión mutua entre formando y formador, donde quien enseña no es una fuente de la cual quien aprende obtiene conocimiento para llegar a ser una réplica de éste. (Anderson, 1999), es decir, quien asesora el proceso de formación *“no puede ofrecer al aprendiz de terapeuta “la varita mágica del hacer bien” para que pueda reemplazar sus viejos aprendizajes por otros nuevos y más actualizados”* (Zlachevsky, 2010, p. 41). Es más, la formación es un proceso donde todos los participantes aprenden y cambian, ya que cada uno construye algo nuevo y diferente en base a una conversación que permite compartir e indagar en sus perspectivas (Anderson, 1999). Además, se puede precisar que es un proceso que excede a lo relacionado al pensamiento ya que todos los participantes se encuentran involucrados afectivamente - ya que la praxis no está constituida exclusivamente de elementos racionales- lo que *“garantiza que la formación toque aspectos subjetivos y*

*singulares (o al menos debiera intentarlo) que refieren a la relación entre lo que soy y lo que hago” (Gálvez, 2010b, p. 99).*

De este modo, quien guía la formación no tiene saberes anticipados respecto a qué es importante para el formando ni establece metas al respecto, en tanto un saber anticipado puede representar un estorbo para el desarrollo participativo. Esto no significa que quien guíe la formación se plantee como sin conocimientos o sin conducción del proceso, sino que se encuentra llano a aceptar lo que cada formando aporta y espera del proceso formativo. (Anderson, 1999). El rol de quien asesora el proceso formativo tiene que ver con preguntar, cuestionar y posibilitar que quien se forma se escuche a sí mismo, reflexiones respecto a su sistema de creencias y su cosmovisión (Zlachevsky, 2010).

## **IV. METODOLOGÍA**

### **1.- ENFOQUE METODOLÓGICO**

La presente investigación se realizó desde un Enfoque Cualitativo- sustentado en el Paradigma Comprensivo-Hermenéutico- con una Aproximación Etnográfica. En las Ciencias Sociales en general y en particular, en la Psicología, se distingue la existencia de dos paradigmas (con distintos supuestos ontológicos y epistemológicos) que sientan las bases para el trabajo investigativo: un Paradigma Positivista y uno Comprensivo-Hermenéutico (Cárcamo, 2005; Calventus, 2000), los cuales implican estrategias distintas de investigación (nivel metodológico), siendo preciso para la presente investigación dar cuenta de aspectos generales del paradigma Comprensivo-Hermenéutico ya que se plantea su realización desde esta posición.

Según Calventus (2000) el Paradigma Comprensivo-Hermenéutico se caracteriza por:

a) Un idealismo ontológico, donde la realidad es concebida como simbólica; construida socialmente, en tanto significados e interpretaciones y cuya existencia es dependiente de quien observa, en este caso, de quien investiga, es decir, hay un punto de vista (“emic”) interno de la realidad. En ese sentido, la realidad es estructurada e interpretada a partir de significados y símbolos, los cuales a su vez son productores de discursos. Además, la realidad es dinámica, relevando su carácter histórico y holístico, donde su abordaje no puede ser fragmentado, sino que debe ser considerada como un todo unificado.

b) Una relación sujeto-objeto entendida como sujeto-sujeto, donde, en el marco de la producción de conocimiento, se genera una interacción empática entre ambos, es decir, participativa. El objeto de investigación es activo y se reconoce que quien investiga posee un compromiso ideológico-político, ya que sus hechos y valores se ven implicados en el proceso investigativo.

c) Un proceso investigativo de carácter descriptivo, comprensivo e interpretativo, empíricamente intensivo ya que busca profundizar el conocimiento de la realidad a investigar, relevando sus particularidades.

El Paradigma Comprensivo Hermenéutico, a nivel metodológico, se asocia directamente con el Enfoque Cualitativo ya que este pone énfasis en la interpretación de los fenómenos particulares que acontecen en un contexto de tiempo y espacio definido, realizando una *“descripción y comprensión interpretativa de la conducta humana, en el propio marco de referencia del individuo o grupo social que actúa”* (Cea D’Ancona en Cárcamo, 2005, p.3). La Perspectiva Cualitativa, entonces, se orienta a la búsqueda de la comprensión de los discursos personales y grupales que los sujetos manifiestan en sus contextos, desde donde emergen las creencias, deseos y valores que subyacen a sus prácticas sociales (Serbia, 2007).

De esta manera, la investigación cualitativa intenta identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (Martínez, 2006). Para ello, dispone de una flexibilidad en cuanto al uso de herramientas ya que éstas deben estar disponibles para ajustarse y utilizarse de acuerdo a la complejidad de los fenómenos a estudiar, de modo tal de ampliar la interpretación y comprensión (Serbia, 2007).

De acuerdo a Ruiz (2003), la investigación cualitativa resulta un ejercicio comprensivo de la realidad, la cual se distingue por dos características principales: abordar el fenómeno a investigar desde una mirada global, es decir, siempre en su totalidad, nunca como fenómeno aislado o fragmentado, prestando atención al contexto, como si éste fuera un texto en medio de un contexto, siendo necesario abordar a ambos. La segunda característica central tiene que ver con el reconocimiento de una proximidad o contacto directo del investigador con los sujetos-objetos de estudio.

La relación de proximidad del investigador con el fenómeno a estudiar se entiende a partir que éste, al igual que los sujetos “objetos” de su estudio, se encuentra situado en un determinado contexto histórico, social, económico y cultural y por lo tanto, *“también utiliza sus significaciones para encontrarle sentido a lo que considera como real. Lo que se*

*establece en los estudios cualitativos es una relación sujeto –sujeto; un sujeto interpretante de las interpretaciones de otros, que debe tener presente, en la medida de lo posible, las determinaciones de sus propias interpretaciones”* (Serbia, 2007, p.5). En ese sentido, la metodología cualitativa se centra en la particularidad de cada realidad o situación que estudia, relevando el contexto para la comprensión del fenómeno que pretende investigar. Por ello, el Paradigma Comprensivo-Hermenéutico y el Enfoque Cualitativo resultaron pertinentes para esta investigación en tanto ésta pretende sistematizar y explicitar las bases desde donde se sitúa el operar clínico y formativo de eQtasis; destacando aspectos formales e informales que emergen a través de la observación de las prácticas y discursos de sus integrantes; relevando las particularidades de su operar a través de diferentes dimensiones asociadas al operar y considerando el contexto social en el cual se desarrolla.

La Aproximación Etnográfica utilizada en la presente investigación se fundamentó, básicamente, en tres necesidades: a) tratar de aproximarse del modo más fiel a la práctica realizada por eQtasis; b) una explicitación y reconocimiento de la posición de quien realiza el estudio y c) las posibilidades que entrega en cuanto su carácter multitécnico. Respecto a la primera necesidad, la Aproximación Etnográfica resultó idónea para ella en tanto es naturalista, es decir, busca comprender las realidades actuales, entidades sociales y percepciones de los sujetos, siendo un proceso que se orienta hacia el descubrimiento de prácticas, historias y relatos relevantes para el fenómeno estudiado, contados por personas reales (sus protagonistas), sobre eventos reales, en forma real y natural, tratando de *“presentar episodios que son “porciones de vida” documentados con un lenguaje natural y que representan lo más fielmente posible cómo siente la gente, qué sabe, cómo lo conoce y cuáles son sus creencias, percepciones y modos de ver y entender”* (Guba, 1978 en Martínez, 2005, p. 3).

Por otro lado, respecto al reconocimiento de la posición de quien realiza la investigación, cabe señalar que la investigadora, desde 2009, es miembro del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, desarrollando diferentes labores al interior del equipo. Esta condición se plantea como un importante recurso en tanto la investigadora ya es parte y a su vez, constructora, de las prácticas clínicas y formativas del equipo, es decir, se encuentra inmersa en la cotidianeidad de eQtasis, cuestión central en la tradición de los estudios

etnográficos que *“reclama la inserción del investigador en la cotidianidad del otro, durante el tiempo que fuera necesario para compenetrarse de la esencia del “movimiento del todo social”* (De Tezanos, 2002, p. 22).

La Aproximación Etnográfica releva a quien investiga como la principal herramienta de investigación, en tanto mira, escucha y pregunta, considerando su experiencia vital como un recurso importante para el proceso investigativo, siendo clave que este sepa qué buscar, qué interpretar y cómo buscar (Martínez, 2005). Además, la Aproximación Etnográfica demanda una reflexión, por parte del investigador, respecto tanto de la cotidianidad en la cual se sitúa como de la relación directa que entabla con los sujetos que constituyen el fenómeno a estudiar. Se requiere que el investigador, durante el desarrollo de la investigación, asuma su rol, es decir, que se sitúe como un observador reflexivo, consciente de sí mismo y de su subjetividad, que en todo momento esté atento a situaciones que incluso puedan parecerle cotidianas. El ejercicio reflexivo del investigador es una *“cuestión que debe estar presente aun cuando se experimenten situaciones que parecen del todo cotidianas, que se participe activamente en el contexto de estudio, o que se establezca una cierta vinculación y/o compromiso ético con la problemática o situación que experimenta la población”* (Guba, 1978 en Martínez, 2005, p.3).

En torno a las posibilidades que entrega en cuanto al uso de herramientas de investigación, la tradición etnográfica resultó útil para el presente estudio en tanto posee un carácter multitécnico, permitiendo acudir a la utilización y análisis de documentos escritos, notas de campo, grabaciones audiovisuales, entrevistas, entre otros dispositivos, con el objeto de enriquecer y profundizar en los datos y dimensiones implicadas en los fenómenos a estudiar (Martínez, 2005). Es decir, opera una apertura metodológica que sopesa

*los múltiples factores que entran en juego en la situación de investigación, a decir: decisiones ligadas a la delimitación de objeto de estudio, el grado de conocimiento que ya existe sobre él, los aspectos concretos a los que se quiere prestar atención, las características de la población y de los escenarios en los que se ha pensado investigar* (Rubio, 1999 en Mora, 2010, p. 23).



Finalmente, respecto al enfoque metodológico, cabe consignar que la investigación fue de tipo Exploratorio-Descriptivo. Exploratorio ya que aborda un fenómeno o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes como tal (Hernández, Fernández, Baptista (1997), puesto que, como se señaló anteriormente, se pretendió sistematizar y explicitar el operar formativo y clínico de eQtasis, cuestión que hasta el momento ha sido abordada con poca profundidad. A su vez, es de tipo Descriptivo puesto que buscó describir y especificar aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Hernández et al. 1997) como son las bases del modelo de eQtasis.

## **2.- PARTICIPANTES**

Dados los objetivos de la investigación, se trabajó con una Muestra Intencional (Martínez, 2006) ya que se establecieron una serie de criterios considerados necesarios o altamente convenientes para la consecución de los objetivos del estudio, tratando de buscar una muestra comprehensiva, que considere casos desviantes, pero enfatizando en los casos representativos y que explote a los informantes clave (personas con conocimientos especiales).

La muestra, entonces, consistió en miembros o ex miembros del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis), el cual está compuesto por psicólogos y psicólogas; estudiantes de Psicología; estudiantes en práctica y egresados de la carrera. Dicho lo anterior, se establecieron como criterios de inclusión:

- a) Ser miembro, en la actualidad, de alguno de los sub-equipos clínicos. Este criterio aportó representatividad e informantes clave desde el dar cuenta de la práctica clínica y formativa actual de eQtasis.
- b) Ser miembro fundador del equipo. Este criterio aportó representatividad e informantes clave con el objeto de dar cuenta de una visión evolutiva y contextualizada históricamente de la práctica clínica y formativa actual.
- c) Ser ex miembro del equipo. Este criterio se estableció para considerar los casos desviantes, en tanto incorpora una mirada distante de la práctica pasada y/o medianamente presente.

En total, este estudio consideró a 29 participantes:

Ocho miembros del sub-equipo clínico Adulto 1.

Siete miembros del sub-equipo clínico Adulto 2.

Ocho miembros del sub-equipo clínico Infante-Juvenil.

Tres ex miembros del equipo.

Cinco miembros fundadores del equipo.

### 3.- INSTRUMENTOS

Como se señaló anteriormente, el uso de herramientas investigativas debe estar al servicio de un abordaje profundo del fenómeno a estudiar, posibilitando el enriquecimiento de la mirada de quien investiga en el momento de la producción de los datos. Es por esta razón que para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: Análisis Documental, Entrevista en profundidad, Observación Participante y Grupo de Discusión.

a) Análisis Documental: corresponde al análisis de materiales escritos por otro distinto al investigador, siendo un registro de algo que pasó, es decir, dan cuenta de la historicidad del problema o fenómeno social que se pretende estudiar. *“Los documentos se deben mirar como las marcas, las huellas, que el investigador encuentra, los signos sobre un tema dado, porque son los registros que aportan a la comprensión de la historia del objeto de estudio”* (De Tezanos, 2002, p. 142).

El Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) a lo largo de su historia ha elaborado una serie de documentos y publicaciones (denominadas “Producciones de eQtasis) que resultan fundamentales de analizar, ya que dan cuenta de una serie de aspectos, elementos y dimensiones sobre su práctica clínica y formativa. Los aspectos considerados al momento de la revisión de los documentos fueron<sup>4</sup>:

- Antecedentes meta-teóricos y teóricos a los cuales adscribe eQtasis, vale decir, aspectos ligados a un nivel ontológico, epistemológico, paradigmático y teórico.

---

<sup>4</sup> Ver pauta en Anexo N° 1

- Principios éticos y políticos que orientan la práctica clínica y formativa de eQtasis.
- Modelos clínicos a los cuales adscribe eQtasis o que inspiran su operar, en términos de sus objetivos; conceptos claves; concepción de terapia; estructuración del proceso terapéutico; roles y responsabilidades del terapeuta y del sistema consultante; relación terapéutica y técnicas y estrategias de intervención.
- Antecedentes y aproximaciones referentes al modelo clínico y formativo de eQtasis, referidas por el mismo equipo.
- Antecedentes respecto a prácticas formativas circunscritas en el Enfoque Sistémico-Relacional, en cuanto reflexiones, principios y metodologías.
- Antecedentes históricos referidos por el equipo, en términos de su evolución, declaración de principios, misión, objetivos, organización y estructura del equipo, además de una descripción del contexto institucional y social donde desarrolla sus actividades.

El análisis documental se realizó en base a las siguientes producciones de eQtasis<sup>5</sup>:

- 1) “El equipo en el espejo: El trabajo en equipo como una experiencia de formación en psicoterapia sistémica”.
- 2) “Construyendo la Figura X”.
- 3) “Formación en y para una Psicología Clínica”.
- 4) “Postulación del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) para transformarse en Programa del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile”.
- 5) “Manual de herramientas teórico-prácticas para intervenciones de calidad, centradas en el vínculo”.
- 6) “Estrategias de Intervención en Prevención Selectiva e Intervención Temprana”.

---

<sup>5</sup> Ver resumen del Análisis Documental en Anexo N° 2

- 7) “Documento de Trabajo: apoyo teórico-práctico para Asistentes Técnicos”.
- 8) “Hacia un programa de formación en habilidades comunicacionales analógicas para psicoterapeutas”.
- 9) “Hacia la construcción de personajes terapéuticos: experiencia de un taller piloto en la formación de terapeutas desde una mirada sistémica posmoderna”.

NOTA: Algunos de estos documentos corresponden a publicaciones formales, como libros, capítulos de libros, artículos o manuales que se realizaron en conjunto y para otras instituciones. Otros documentos son de sistematización y organización del propio equipo. Para facilitar la lectura de este apartado, se ha preferido aquí solamente mencionar los títulos y nombres, mientras que su referenciación adecuada y completa se encuentra en las referencias bibliográficas de la presente memoria.

b) Entrevista en profundidad: se utilizó este tipo de entrevista ya que es la más idónea para dar cuenta exhaustiva y rigurosamente del pensar del otro, a través de la construcción de un contexto de confianza con el entrevistado en tanto que la entrevista en profundidad

*sigue el modelo de plática entre iguales, encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes, reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Robles, 2011, p. 40).*

En este tipo de entrevistas no hay un intercambio formal de preguntas y respuestas, sino que se plantea un guión sobre temas generales que se van abordando poco a poco (Robles, 2011). Se diseñó una consigna<sup>6</sup> muy relacionada con el objetivo general de la investigación que solicitaba a los entrevistados describir la relación existente entre la práctica clínica y formativa de eQtasis y la adscripción a líneas de pensamiento y premisas referidas a un nivel meta-teórico (ontología, epistemología), paradigmático, teórico y técnico (modelos).

---

<sup>6</sup> Ver consigna de las Entrevistas en profundidad en Anexo N° 1

Se realizaron un total de ocho entrevistas<sup>7</sup>, correspondientes a cinco miembros fundadores del equipo y a tres ex miembros del equipo.

c) Observación Participante: esta técnica involucra la interacción social directa entre el investigador y el grupo a estudiar, desarrollando un proceso mediante el cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo, con el objeto de captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo social determinado, mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de estudio (Maestre, 1990 en Amezcua, 2000).

En el momento que el investigador se hace presente en el grupo objeto de su investigación, resulta clave que tenga claro qué es lo más pertinente de observar para los objetivos de su estudio (Amezcua, 2000) por lo cual se construyó una Pauta de Observación de Campo<sup>8</sup> orientada a recoger información sobre: descripciones de personas y relaciones; descripciones de actividades; descripciones de conversaciones; descripción de acontecimientos; descripción de comportamientos; descripción del escenario/contexto; descripción de aspectos analógicos; aparición/emergencia de algún principio del operar o tema teórico conceptual; aparición/emergencia de aspectos organizacionales; observaciones generales.

Además, en el proceso de observación participante, emerge la figura del “informante”: personas que ofician de introductores al investigador en la comunidad, *“por lo cual se requiere que sean representativos y conocedores de su grupo”* (Amezcua, 2000, p.33), razón por la cual, en esta investigación particular, los informantes fueron los coordinadores de los sub-equipos clínicos, quienes son electos por sus pares para ejercer este rol y son conocedores/organizadores de las jornadas de trabajo que realiza cada sub-equipo.

El proceso de observación se realizó durante tres jornadas<sup>9</sup>, cada una correspondiente a una jornada de trabajo de cada sub-equipo clínico.

---

<sup>7</sup> Ver Transcripción de las Entrevistas en profundidad en Anexo N° 3

<sup>8</sup> Ver pauta completa de la Observación de Campo en Anexo N° 1

<sup>9</sup> Ver transcripción Observación de Campo en Anexo N° 4

d) Grupo de Discusión: es una herramienta en la que se reúne a un grupo de personas, que pueden conocerse o no, para generar una conversación, guiada por un moderador y diseñada de modo tal de obtener información sobre un tema en particular, en un espacio y tiempos determinados (Huertas y Vigier, 2010; Gutiérrez, 2010).

Esta técnica permite obtener un marco general de información sobre un tema en particular a partir de la interacción de los participantes, mediante un proceso de co-construcción de significados en tiempo real. Además, dichas interacciones posibilitan que los participantes desarrollen ideas en respuesta al acuerdo o desacuerdo con otros miembros del grupo (Krueger y Casey, 2008; Litosseliti, 2003).

La consigna inicial<sup>10</sup> fue construida en relación al objetivo general de la investigación, es decir, con el objeto de explicitar, indagar y profundizar en la relación existente entre las prácticas que desarrolla eQtasis y un marco meta-teórico y teórico, en términos epistemológicos, teóricos y técnicos. Se realizaron tres grupos de discusión<sup>11</sup>, cada uno constituido por los integrantes de los sub-equipos clínicos, donde en cada grupo el moderador fue la investigadora a cargo del estudio.

Cada grupo contó con la siguiente cantidad de participantes:

Grupo 1: sub-equipo clínico Infante Juvenil, con ocho participantes.

Grupo 2: sub-equipo clínico Adulto 1 (Miércoles), con ocho participantes.

Grupo 3: sub-equipo clínico Adulto 2 (Jueves), con siete participantes.

#### **4.- PROCEDIMIENTO**

El proceso de producción de datos estuvo marcado por dos fases:

a) Construcción y diseño de los instrumentos: las consignas utilizadas tanto para las entrevistas no estructuradas así como también la elaboración de la pauta para el proceso de observación participante como los grupos de discusión fueron elaboradas en base a revisión bibliográfica y en el caso de la pauta para la observación participante, se consultó a

---

<sup>10</sup> Ver consigna de los Grupos de Discusión para la producción de datos en Anexo N° 1

<sup>11</sup> Ver transcripción de los Grupos de Discusión para la producción de datos en Anexo N° 5

expertos en el tema, es decir, tres miembros fundadores del equipo pero que en ese momento no eran integrantes de los sub-equipos clínicos. Dicha experticia se definió en términos del conocimiento sobre el equipo, su historia, organización y práctica clínica y formativa.

Esta consulta a expertos se realizó con el objeto de precisar criterios para la observación y la propuesta inicial analizada no tuvo modificación alguna ya que todos coincidieron en que abarcaba de forma exhaustiva distintos aspectos a observar en el equipo.

b) Aplicación de los instrumentos: esta fase, como tal, se desarrolló durante aproximadamente un año. El uso combinado de las cuatro herramientas cualitativas utilizadas en la presente investigación generó una importante ventaja, que no se vio alterada de acuerdo al orden de aplicación de cada instrumento, dada principalmente en términos de otorgar variabilidad y, además, una retroalimentación al investigador para su orientación en la búsqueda de la información relevante para su estudio. Es así que los instrumentos fueron aplicados en base al tiempo y coordinación necesaria que tardaba preparar su realización, avanzando en menor complejidad hacia la mayor complejidad, entonces:

En la primera etapa se realizó el Análisis Documental, que coincide con el momento de revisión bibliográfica necesaria para la construcción de los Antecedentes Teóricos de la presente investigación. Posteriormente, en la segunda etapa, se realizaron las Entrevistas en profundidad, donde se contactó por correo electrónico a los miembros fundadores del equipo y a ex integrantes de eQtasis, se les presentó la investigación y sus propósitos y se les invitó a ser parte de ésta. Cada entrevista tuvo una duración de 1 hora.

En la tercera etapa, de forma prácticamente paralela, se llevaron a cabo los Grupos de Discusión y la Observación Participante. Para la aplicación de ambos instrumentos, se tomó contacto con el Coordinador de cada sub-equipo clínico, a quienes se presentó la investigación y se les solicitó la colaboración de los sub-equipos en cuanto disposición y disponibilidad de tiempo en las jornadas de trabajo que cada uno realiza, de modo tal que al momento de realizar los grupos de discusión y la observación participante, gracias a la labor de los coordinadores, los integrantes de los sub-equipos clínicos estaban al tanto de la investigación y sus objetivos. No obstante, esta información fue planteada por el

investigador al momento de cada jornada de trabajo con el objeto de responder consultas. Cada grupo de discusión tuvo una duración de una hora y media y cada jornada de observación participante, cuatro horas.

## **5.- TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis de los datos se realizó mediante un Análisis Hermenéutico del Discurso en tanto esta técnica posibilita la emergencia de aspectos, contenidos, sentidos y dimensiones desde una perspectiva altamente interpretativa y comprensiva, cuestión que resulta pertinente para los objetivos de la presente investigación.

De acuerdo a Cárcamo (2005), el Análisis Hermenéutico se enmarca dentro del Paradigma Interpretativo-Comprensivo, enfatizando un rescate de los elementos del sujeto por sobre los hechos externos a él, donde resulta como eje central el ejercicio interpretativo. Dicha interpretación se basa en los datos textuales, donde el investigador debe trascender a las fronteras del texto a interpretar, es decir, el Análisis Hermenéutico se caracteriza por su actividad re-interpretativa lo cual lo convierte en un proceso en permanente apertura. *“Así, dicha re-interpretación no es pura referencia al texto, sino que a la interpretación de la interpretación que hace el autor respecto a un fenómeno determinado”* (Cárcamo, 2005, p.9).

Este ejercicio dialéctico, que incorpora y relaciona a texto y lector en un constante proceso de apertura y reconocimiento ha de ser asumido *“un permanente siendo, lo que permite homologarlo, desde el pensamiento de Zemelman (1994) con la realidad, ya que desde la perspectiva de él, esta para ser captada ha de ser concebida como un proceso inacabado y especialmente, en permanente proceso de construcción”* (Cárcamo 2005, p. 5).

Además, texto e intérprete son considerados como dos horizontes en la acción interpretativa, donde el sentido no pertenece en términos puros, sino que emerge en un escenario de co-pertenencia, lo que implica que el investigador deberá procurar comprender los textos a partir de la interpretación intencional y contextual ya que *“en gran medida se*



*trata de traspasar las fronteras contenidas en la “física de la palabra” para lograr la captación del sentido de éstas en tanto plasmadas en un papel”* (Cárcamo, 2005, p.5).

De Tezanos (2002) plantea que existen dos grandes momentos articulados en la tarea hermenéutica: uno Descriptivo y otro Interpretativo.

La Etapa Descriptiva consiste en la construcción de un texto en base a una “lectura en la escucha”, es decir, una lectura minuciosa y rigurosa de los registros, donde se encuentra al otro, su voz, sus visiones del entorno que lo rodea y de sus relaciones con los otros. La labor del investigador es la de un ordenador, *“de alguien que va dando forma a un conjunto de piezas fragmentadas, en cuyo interior se encuentran las representaciones de los sujetos y que sólo adquieren significado cuando se las mira como una totalidad”* (De Tezanos, 2002, p.148). En esta etapa, el investigador debe procurar generar un distanciamiento tanto de sus prejuicios como del marco teórico que guía su estudio, ya que lo central es sumergirse en la realidad que los sujetos refieren. Para ello, hace lectura de sus registros y selecciona trozos de estos y los va ordenando en función del objetivo general del estudio. Lo que va seleccionando sobrepasa a lo recurrente y homogéneo, también debe incorporar aquellos aspectos disonantes, de modo tal de dar cuenta con gran profundidad del fenómeno estudiado.

La Etapa Interpretativa es el momento donde se ponen en relación el vértice de la realidad (el texto descriptivo construido en la primera etapa) con el vértice teórico y el vértice del observador-investigador. Sucede entonces, un proceso de triangulación de la información, donde los vértices son conceptualizados del siguiente modo:

- La realidad: son las personas y sus percepciones, experiencias y reflexiones, que surgen en los registros de los instrumentos de producción de datos, representados en un texto descriptivo articulado.

- Teoría acumulada: corresponde a las conceptualizaciones teóricas a las cuales se recurre para profundizar la comprensión de lo estudiado.

- Observador-Investigador: es el sujeto situado en un contexto histórico, con sus experiencias, prejuicios y conocimientos.

Considerando estos vértices y su triangulación, el primer momento interpretativo corresponde a una “lectura en la sospecha” del texto descriptivo, *“buscando el hilo conductor que se transformará en la categoría que irá adquiriendo condición de concepto durante el proceso de interpretación”* (De Tezanos, 2002, p. 180). Posteriormente, De Tezanos (2002), señala que no existen reglas para el proceso interpretativo, no obstante, se pueden encontrar algunas directrices como el establecer conexiones entre los elementos del texto descriptivo, es decir, *“relaciones de relaciones que estén involucradas en la constitución y despliegue de un concepto”* (p. 181). Junto a ello, se hace un llamado al investigador a desplegar su creatividad y a evidenciar la coherencia interna de las argumentaciones.

Bajo esta propuesta de Análisis Hermenéutico de Discurso es que se inició el proceso de construcción de la presentación de resultados y discusiones. El primer paso que se realizó y que antecedió a los momentos descriptivo e interpretativo tuvo que ver con la construcción de las dimensiones que orientarían y guiarían dichos procesos. Además, son estas dimensiones las que orientarán, posteriormente, la presentación de resultados y discusiones de la presente investigación. Para efectos pedagógicos, en términos de generar continuidad en la lectura entre el presente apartado metodológico y la posterior presentación de resultados y conclusiones, es que estas dimensiones se describen al finalizar el Marco Metodológico.

Posterior a la construcción de dimensiones, se dio inicio al proceso descriptivo y para ello, la investigadora realizó una lectura de las transcripciones de los registros pertenecientes al Análisis Documental, las Entrevistas en profundidad, los Grupos de Discusión y la Observación Participante. Con dicha lectura, se realizó un ordenamiento de la información, considerando tanto los elementos convergentes como divergentes pertinentes en función de la investigación.

Cabe precisar que, con la intención de generar una recursividad en el análisis de los datos y con el objeto de profundizar en la Aproximación Etnográfica de la presente investigación, posteriormente a los grupos de discusión con los sub-equipos clínicos –momento en el cual culmina la etapa de producción de datos-, la investigadora realizó una primera revisión de

los contenidos emanados, los cuales sirvieron como base para la realización de tres grupos de discusión<sup>12</sup>, donde participaron integrantes de eQtasis que ya habían sido parte del proceso de producción de datos. Estos grupos de discusión<sup>13</sup> trataron sobre: a) relación de eQtasis y modelos clínicos de la Perspectiva Sistémico-Relacional (Grupo 1); b) relación de eQtasis y la formación de terapeutas (Grupo 2) y c) aspectos metodológicos del trabajo de eQtasis, en cuanto procesos clínicos (Grupo 3).

En total, estos tres Grupos de Discusión contaron con la participación de 16 integrantes del equipo<sup>14</sup>:

Grupo 1: cinco personas.

Grupo 2: cinco personas.

Grupo 3: seis personas.

Como se señaló anteriormente, la Aproximación Etnográfica se profundizó con estos tres Grupos de Discusión en tanto los sujetos que generan la información a analizar, se convierten en analistas de la propia información que ellos producen, equilibrando la relación “investigador-sujetos investigados”. La información aportada por estos grupos de discusión se incorporó al texto descriptivo.

Culminado el momento descriptivo, se inicia el proceso interpretativo, propiamente tal, donde se produjo la triangulación del vértice de la realidad, el vértice teórico y el vértice del observador-investigador, es decir, se establecieron relaciones entre las percepciones,

---

<sup>12</sup> Ver consignas de los Grupos de Discusión utilizados para el Análisis de Datos en Anexo N° 1

<sup>13</sup> Estos grupos de discusión realizados en el proceso de análisis de datos de la presente investigación, a su vez, fueron utilizados para la producción de datos de la investigación “Elementos emergentes del modelo eQtasis: discursos asociados al equipo que exceden un modelo declarado”, memoria para optar al título de psicólogo, estudio que al igual que el presente trabajo, también es parte del Proyecto de Investigación Semilla del Departamento de Psicología “*Sistematización de un modelo para la práctica clínica, desde el trabajo de un equipo en formación permanente*”, Línea de Desarrollo Psicología Clínica y Salud Mental, 2011-2013.

<sup>14</sup> Ver transcripción de estos Grupos de Discusión utilizados para el análisis de los datos en Anexo N° 6

experiencias y reflexiones de los sujetos participantes del estudio (el texto descriptivo), el marco teórico guía de la investigación y los prejuicios y conocimientos del investigador. En este proceso, De Tezanos (2002) señala que se debe ser consciente que resulta determinante la posición de quien construye tanto la descripción como la interpretación, ya que es el investigador, con sus prejuicios y conocimientos, quien finalmente define las temáticas relevantes, las homogeneidades o convergencias y las discrepancias o divergencias.

Como se señaló anteriormente, en el momento interpretativo es donde, en base al texto interpretativo, se llevaron a cabo tres grupos de discusión con las temáticas o dimensiones que emergieron tras una primera lectura. Esto, con el objetivo de enriquecer el denominado “vértice de la realidad”, es decir, las percepciones, reflexiones y experiencias referidas por los integrantes de eQtasis.

Finalmente, el ejercicio interpretativo emerge tras el proceso de triangulación, caracterizado por el despliegue de la creatividad del investigador y el establecimiento de conexiones entre los diferentes elementos emergentes. Estas “relaciones de relaciones” fueron ordenadas en base a dimensiones que representan el foco de análisis que permitieron dar cuenta de una sistematización y explicitación de las bases desde donde se sitúa el operar clínico y formativo del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica de la Universidad de Chile.

Las presentes dimensiones y sus respectivas definiciones, vendrían a representar los focos a través de los cuales se realiza, también, el Análisis Hermenéutico. Si bien el análisis sucede en todo momento desde la Aproximación Etnográfica y la participación del sistema observado es también en tanto analista, en esta etapa se realiza una suerte de conjunción de la información, recogida desde las variadas fuentes mencionadas anteriormente, intentando dar una integración sin perder ni especificidad, ni complejidad.

Para ello es que se pensó en dimensiones, que vienen a operar como foco de análisis en esta integración de las fuentes de información. Se trabajó, entonces, en cuatro dimensiones (Práctica Clínica; Formación del Terapeuta; Relación entre Niveles Jerárquicos Conceptuales del Enfoque Sistémico-Relacional y Relación con el contexto institucional, disciplinar y social) los cuales, de alguna manera, también constituirían lo que podría ser la

forma de mirar cualquier modelo clínico que se pretenda como replicable, mostrable, enseñable. Cabe precisar que su orden de aparición, no representa una jerarquía entre ellas.

La justificación de estas dimensiones, radicó precisamente en el hecho de que constituyen las bases desde donde se puede situar al modelo de eQtasis y a su vez, realizar una aproximación a su modelo clínico y de formación. Cada una de ellas se desprende de las consideraciones teóricas que tiene como referencia esta investigación, los supuestos meta-teóricos desde los cuales opera el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) y también los principios que defiende en su quehacer clínico y académico. Se sigue entonces una línea que tiene ya configurada el equipo que se está analizando, con aquellos aspectos que conformarían cualquier modelo de trabajo clínico.

A continuación se muestra una breve definición de cada una de las dimensiones consideradas, para que luego cada una de ellas pueda ser usada como focalización/integración del análisis, teniendo presente este tipo de definiciones y consideraciones.

### **Dimensión 1: Práctica Clínica**

Corresponde a aquella dimensión, bastante concreta, en la cual se consideran todos aquellos aspectos que definen, la estructura y la organización de un trabajo clínico. Están considerados dentro de estos algunos ejes tales como: concepción de la terapia; objetivos de la terapia; la responsabilidad del terapeuta en el proceso terapéutico (conducción-posición y actitud); la responsabilidad del sistema consultante en el proceso terapéutico; la relación Sistema Consultante-Terapeuta (en cuanto relación de poder); el uso de aspectos metodológicos y técnicas y las reflexiones que las sustentan. Además, contempla un componente organizacional en lo referente al funcionamiento y estructura del equipo.

Esta dimensión entonces, se focaliza sobre todos los aspectos operativos del quehacer clínico, pero no sólo en tanto aspectos técnicos, sino también en términos de lineamientos generales (por ello la mención a objetivos y responsabilidades).

## **Dimensión 2: Formación de terapeutas**

Generalmente al momento en que se establece un modelo, se establece también una forma en que éste puede ser enseñado, replicado y por tanto, publicado. Esto lo permite precisamente el hecho que un decir respecto de cómo se hacen las cosas, también puede incluir el cómo formarse en aquella manera de hacer las cosas. Es por esto que se ha incluido una dimensión que recoge aquellos aspectos que identifican un proceder en la formación de terapeutas para el propio modelo, en términos de los intereses y habilidades a desarrollar en los cuales se centra el trabajo formativo, además de una caracterización de las instancias formativas.

Nótese que para el caso de eQtasis esto es aun más relevante, dado que se trata de un equipo que se autodenomina en formación permanente y además, tiene dentro de su misión el acompañamiento en la formación de pre y posgrado, dada su inserción también en un escenario educativo, como lo es la Universidad de Chile.

## **Dimensión 3: Relación entre Niveles Jerárquicos Conceptuales del Enfoque Sistémico-Relacional**

Se tiene presente en todo modelo, ciertos niveles que operan activa y simultáneamente en el despliegue de un trabajo clínico. Algunos de estos niveles dicen relación con aspectos que están en un dominio recursivo alto, como lo es la epistemología (inclusive la ontología). Asimismo existen otros niveles relacionados con la perspectiva explicativa, como el nivel teórico (pero también el nivel paradigmático); y existen niveles relacionados con aspectos de carácter metodológico y técnico (que define incluso los instrumentos a través de los cuales se opera). Como se señaló en el apartado de Antecedentes Teóricos, esta clasificación normalmente llamada Niveles Jerárquicos Conceptuales fue popularizada por Zlachevsky (1996), aunque su referencia precisa es Fernando Coddou (1991).

Son las relaciones entre estos niveles lo que intenta recoger esta dimensión, que puntualiza precisamente sobre la presencia de estas subdimensiones que no operan de manera fragmentada, sino que muy por el contrario en una complejidad que intenta dar consistencia

además al modelo. Estas relaciones son precisamente lo que consideró entonces esta particular dimensión.

#### **Dimensión 4: Relación con el contexto institucional, disciplinar y social**

Es evidente que al momento de llevar a cabo un trabajo estrictamente relacional, se ponen en juego un análisis que debe tener en consideración las condicionantes, posibilidades, limitaciones y desafíos que plantea el contexto. El Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) reconoce al menos tres tipos de relaciones: con la institución universitaria donde despliega su labor; con las exigencias de la disciplina psicológica, fundamentalmente desde el sistema de salud pública y con las demandas de la sociedad en torno a la Psicología. Es así, como para esta dimensión son, entonces, importantes las relaciones que ocurren en un primer nivel, más inmediato, que sería el nivel disciplinar, donde la Psicología es la que determina dichas posibilidades y condicionantes. En un segundo nivel, quizás más amplio pero no menos concreto en su operar, está el ámbito institucional, el marco que regula la práctica, que como bien sabemos para toda práctica clínica y formativa es relevante. En el caso de eQtasis este marco institucional lo otorga la propia Universidad de Chile, en tanto institución y con todas sus reconocidas características.

Por otro lado, la relación con el contexto disciplinar y social, desde eQtasis, puede abordarse desde un posicionamiento ético y político, en lo que respecta a la labor del terapeuta o del formador, según sea el caso.

Si bien los aspectos éticos y políticos podrían estar considerados dentro de otros niveles, mencionados en las anteriores, se opta por darle un lugar de privilegio, quizás reconociendo la importancia del tema político transformador que se pretende en este equipo, pero también queriendo establecer una diferencia entre esto y todos los aspectos meta-teóricos que no están cercanos a ningún tipo de ideología o bien que sostienen una ideología perdida, como lo podría sostener una versión laxa del posmodernismo no crítico.

## **V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **1.- DISCUSIÓN**

A continuación se presentan los elementos más relevantes que emergen a partir de la investigación desarrollada y que permitirán, posteriormente en el apartado de Conclusiones, sistematizar y explicitar la práctica clínica y formativa –desde las bases del Enfoque Sistémico-Relacional- de eQtasis.

Práctica clínica; Formación del Terapeuta; Relación entre Niveles Jerárquicos Conceptuales del Enfoque Sistémico y Relación con el contexto institucional, disciplinar y social son las dimensiones que orientarán esta discusión y su orden de aparición, tal como se señaló en el apartado de Metodología, no representa una jerarquía entre ellas.

#### **A) PRÁCTICA CLÍNICA**

La práctica clínica, junto a la formación de terapeutas, es una tarea central para el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis), en la medida que corresponde a una autodefinición del equipo en términos de los objetivos rectores de su quehacer así como también es fruto de las condiciones inherentes que propicia la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile, lugar donde, principalmente, se ha desarrollado su trabajo, por lo que la labor clínica se encuentra intrínsecamente vinculada al ejercicio psicoterapéutico. En ese sentido, eQtasis ha construido un camino donde a partir de su praxis han emergido adscripciones, definiciones y posicionamientos respecto a la terapia, en términos de una concepción de ésta como proceso, así como también en relación a sus propios objetivos; la labor del terapeuta en relación a la posición, actitud y responsabilidad de éste; una posición y definición en torno a la relación que se entable entre terapeuta y consultante; y una serie de reflexiones que sustentan el uso de determinadas aspectos metodológicos y técnicas. Además, dicha práctica se ve posibilitada a través de un componente organizacional en lo referente al funcionamiento y estructura del equipo.



Para realizar una aproximación a la práctica clínica de eQtasis resulta fundamental referirse, entonces, a la noción de terapia que el equipo ha desarrollado a lo largo de su evolución. La terapia es concebida como un proceso que se inicia a partir del malestar, sufrimiento o la sensación/convicción de que algo no está funcionando bien en la vida de una persona y que lo lleva a buscar los servicios de un profesional. Se parte de la idea que el problema surge a partir del estancamiento de conversaciones en torno a él mismo – conversaciones con familiares, amigos, redes en general del sistema consultante-, conversaciones que se han vuelto monológicas, es decir, no reportan novedad para su resolución y en ese sentido, se plantea que la conversación terapéutica puede tener la particularidad que sea dialógica. En términos específicos, este tipo de conversaciones permitiría la emergencia de novedad respecto a un tema, en este caso, en torno al problema que se ha definido para el contexto terapéutico.

Para ello entonces, en la conversación se pone en juego –se construye también- el problema que presenta el sistema consultante y los diversos prejuicios, pensamientos, acciones y sentimientos asociados al problema terapéutico, buscando permanentemente nuevas ideas a través de intervenciones orientadas a la perturbación en el sistema consultante, perturbaciones que posibilitan una reflexión en torno al problema. Esto podría graficarse también en la idea de trabajar a través de temáticas para ir acercándose a la disolución de las problemáticas: el contexto terapéutico se hace cargo de los temas, los consultantes deben hacerse cargo de los problemas.

El terapeuta, a través de la conversación dialógica y reflexiva, va generando las condiciones para posibilitar que el mismo consultante encuentre respuestas respecto al problema, respuestas que tengan que ver con su propia historia, con su propia experiencia y que tengan sentido en cómo ellos se relatan a sí mismos y que además, resulten para él como las más pertinentes y satisfactorias en términos que le permita a la persona salir del estado de malestar o sufrimiento con el cual llega a iniciar un proceso terapéutico.

En ese sentido, el objetivo de la terapia es concebido como la generación de reflexión y novedad en torno al problema terapéutico, lo cual en sí es entendido como un cambio en relación al concepto de Deutero-aprendizaje. En el desarrollo del Modelo de Milán, en su

segunda versión (post '90) se podría incluso llegar a argumentar que el Deutero-aprendizaje se revela como el objetivo único de la terapia. Este aprendizaje de segundo orden es comprendido como un cambio correctivo en el conjunto de alternativas entre las cuales se hace la elección, o es un cambio en la manera como se puntúa la secuencia de experiencias. Es decir, dicho por el propio Bateson, cuando aprendemos un comportamiento, aprendemos también la clase de comportamientos del cual forma parte éste, deutero-aprendemos el contexto que da sentido a este comportamiento. Esto no ocurre siempre ni tampoco está exento de algunas condiciones, se requiere que haya una validación a través del tiempo, que estén operando también ciertas premisas que favorezcan este tipo de aprendizaje y por cierto, que haya una forma en que el sujeto, al vivirlo, lo pueda incorporar en su experiencia.

De lo que se trata entonces, es de reconocer que cualquier cambio, que puede surgir o no a partir del proceso terapéutico, está determinado por las condiciones propias del sistema consultante, donde el terapeuta más bien tiene una responsabilidad de posibilitador y facilitador a través de la conversación dialógica. Este restablecimiento de la responsabilidad del terapeuta se realiza a partir del entendimiento del sistema consultante como un experto de su experiencia vital y por lo tanto, el reconocimiento y validación de las narraciones particulares y propias de su devenir, evitando caer en las comparaciones con otras experiencias. Asimismo, a partir también de los aportes de Maturana y Varela, el terapeuta eQtasiano asume la imposibilidad de instruir qué debe hacer el sistema consultante al interactuar con él y por lo tanto, no se hace cargo de las respuestas que éste puede generar (respuestas entendidas como un cambio, sea la resolución o la mantención del problema). La responsabilidad del terapeuta eQtasiano se orienta principalmente a posibilitar un diálogo con el sistema consultante cuyo objeto sea que éste se libere de la rigidez que lo oprime, encontrando nuevas opciones y/o sentidos frente al sufrimiento que lo aqueja. Este giro respecto a las responsabilidades de los integrantes del sistema terapéutico tiene un correlato a nivel técnico y esa serie de aspectos son los que se discuten en este apartado: tanto terapeuta como consultante inician un trabajo de conocimiento, que antes se concebía como mucho más activo desde el terapeuta, como si sólo el terapeuta tuviera que conocer al consultante, no obstante bajo la idea de entregar mayor responsabilidad al sistema

consultante, éste también tiene la posibilidad de ir conociendo al terapeuta en términos de acceder a las ideas propias del proceso de hipotetización. Es decir, lo que empieza a ocurrir es que las hipótesis, que antes eran propias del proceso tras el espejo y/o en la pre y post-sesión, ahora son expuestas al sistema consultante.

Respecto a la posición del terapeuta, en términos epistemológicos, destaca la idea de que éste es parte del sistema que posibilita el surgimiento de un proceso terapéutico y por lo tanto, no puede situarse como un agente externo que observa un objeto sobre el cual intervendrá, cuya observación puede indicar qué es lo correcto o no, es decir, el terapeuta no es neutral y reconoce un sesgo propio a la hora de realizar su observación.

En términos éticos y políticos, se realiza una revisión general bajo el prisma de las relaciones de poder que se establecen en los procesos terapéuticos dadas las demandas sociales y disciplinarias que endosan un poder magnánimo hacia el terapeuta. En ese sentido, se plantean ideas provenientes de los Modelos de Segundo Orden del Enfoque Sistémico -Milán (en su segunda versión, post '90), Narrativo y Conversacional- tales como: un terapeuta atento a su propia posición de poder en la vida del sistema consultante, que evita poner etiquetas para no crear jerarquías y que es respetuoso de los valores, ideas e historias del sistema consultante.

También están presentes las ideas del Modelo Conversacional relacionadas a Posición de Multiparcialidad y la de un terapeuta con intención. La primera plantea a un terapeuta que quiere que cada participante en la conversación sienta que su versión es tan importante como las otras, se alía simultáneamente con todos los participantes; la segunda señala que el terapeuta elige expresamente ser de una manera, porque hay una valoración al respecto, por ejemplo, un terapeuta respetuoso, curioso y abierto ya que se valoran estos atributos en la medida que se consideran importantes para estar en una relación terapéutica mutua, colaborativa e igualitaria.

Los modelos de segundo orden en el Enfoque Sistémico conciben que de una determinada posición deriva en una responsabilidad específica y de ésta, una actitud

terapéutica. En un plano epistemológico, ético y político, eQtasis plantea que la responsabilidad del terapeuta es la conducción de los procesos terapéuticos con el objetivo de generar conversaciones novedosas que perturben y que permitan el surgimiento de reflexiones en torno al problema terapéutico, lo cual puede derivar o no en cambios en la vida del sistema consultante, ya que los cambios están posibilitados por la realidad propia de éstos. Es decir, el terapeuta es un experto en el área del proceso, en crear un espacio para el diálogo (como lo concibe Anderson) y en facilitar el proceso dialógico.

Esta idea sobre el cambio también incide en las nociones asociadas a la actitud del terapeuta, puesto que una de las primeras definiciones del equipo tienen que ver con que el terapeuta eQtasiano adopta una actitud no directiva en el proceso terapéutico, ya que parte de la base que el terapeuta no determina cambios en el otro, abandonando la idea de interacciones instructivas, puesto que un sistema está determinado por su estructura (como señalan Humberto Maturana y Francisco Varela) y por lo tanto, las personas que conforman el sistema consultante toman del terapeuta lo que están preparadas para escuchar y experimentar (Karl Tomm).

Asimismo, sobre actitud del terapeuta, eQtasis rescata principalmente los planteamientos del Modelo de Milán post '90 y en menor medida, del Modelo Conversacional, en torno a los conceptos de Curiosidad e Irreverencia y actitud de no saber. Estos conceptos serán centrales en la práctica de eQtasis, probablemente una fiel representación de aquello que el equipo ha recuperado de la escuela original de Milán, pero no exentos de una drástica traducción para lograr su adaptación a nuestro contexto.

La actitud de Curiosidad es aquella donde el terapeuta se interesa por rescatar las particularidades del sistema consultante, lo cual le permite avanzar hacia una comprensión de lo local del relato y de las experiencias de los consultantes. La actitud de curiosidad se complementa con la actitud de “saber de no saber”, del Modelo de Milán y el Modelo Conversacional, la cual se refiere a una postura basada en asumir que el saber del terapeuta no es absoluto y le permite plantearse que sus comprensiones, explicaciones e interpretaciones respecto a un proceso terapéutico deben basarse a partir de lo emergente en el mismo proceso y no exclusivamente en base a experiencias y conocimientos previos.

En tanto, la Irreverencia tiene que ver con un análisis de los juicios, prejuicios y premisas del propio terapeuta, de manera tal que le permitan desarrollar cierto grado permanente de flexibilidad y desapego a teorías y técnicas, para utilizarlas en función del proceso terapéutico en particular, considerando que cada proceso es contingente y por tanto, requiere de una estrategia propia.

### *Aspectos metodológicos, técnicos y tácticos de la práctica clínica*

Respecto a los aspectos metodológicos que utiliza eQtasis al momento de generar procesos terapéuticos, se puede señalar a la Hipotetización como gran columna vertebral que sustenta el uso de los diferentes dispositivos técnicos.

La hipótesis debe entenderse como un ejercicio abductivo (no inductivo ni deductivo) y por tanto, está sustentado en la propia creación y no en su correspondencia con la verdad. Como tal, se trata de una modalidad de hiperconexión posible, donde a partir de ideas simples se va tejiendo la complejidad de una situación. El contar con muchas conexiones, muchas ideas, muchas sensaciones, muchas hipótesis en definitiva, permite ir proponiendo al contexto de la conversación (aunque bien sabemos que no todas las hipótesis son dichas), diferentes alternativas de comprensión. La Hipotetización moviliza al terapeuta, están al servicio del propio terapeuta y él mismo opera de filtro respecto de cuánto y cuáles de estos emergentes entrarán al proceso reflexivo.

La Hipotetización, propuesta y difundida por el modelo de Milán, es adaptada en el equipo sistémico de la Universidad de Chile y descrita como aquel ejercicio donde los integrantes del equipo, conectan las observaciones realizadas de un determinado proceso terapéutico, con el objeto de generar una o más hipótesis que guíen la conversación terapéutica. La hipótesis, en ese sentido, no se plantea como una explicación cuyo valor radica en si resulta verdadera o no, sino en su utilidad: hipótesis útil es aquella que amplía las posibilidades y límites de la conversación terapéutica.

Junto al proceso de Hipotetización, se puede mencionar, también, a la Formulación de Preguntas como un ejercicio permanente en el equipo al momento de realizar intervenciones terapéuticas. Hipotetización y Formulación de Preguntas son procesos que

van de la mano en tanto, el pensar permanentemente en explicaciones posibles sobre lo que está sucediendo en el espacio terapéutico inevitablemente se constituye en una fuente para la formulación de preguntas.

Las preguntas terapéuticas se realizan desde un marco teórico orientado a comprender la narración del sistema consultante, enfocándose en sus particularidades, permitiendo la creación de una comprensión local. Surgen desde la necesidad de comprender más acerca de lo que acaba de decirse, en lugar de acomodar lo dicho a las teorías generalizadas, teniendo como objetivo poner al descubierto algo desconocido e imprevisto, lo cual implica que el terapeuta debe estar consciente que existen muchas respuestas posibles ante una pregunta.

Las preguntas se realizan en base a dos necesidades del proceso terapéutico: preguntas orientadas al terapeuta y preguntas de intervención. Las primeras tienen como objetivo que el terapeuta comprenda la visión de mundo del sistema consultante, su forma de pensar, significados y asociaciones. Son preguntas que facilitan la exploración y que en general, se utilizan en las primeras entrevistas ya que, a diferencia de las preguntas de intervención, suelen no incomodar mayormente al sistema consultante y por lo tanto, promueven la formación del vínculo terapéutico.

Las preguntas de intervención están orientadas a generar reflexión en el sistema consultante, teniendo como objetivo movilizar el sistema de creencias, premisas, significados del sistema consultante a fin que él mismo pueda encontrar eventuales soluciones a su problema.

En lo propiamente técnico/táctico en los procesos terapéuticos, eQtasis se plantea como abierto a la utilización de diferentes tácticas y técnicas del Enfoque Sistémico, incluso algunas de sus Modelos de primer orden, así como también varias otras de segundo orden, e inclusive de técnicas provenientes de otros enfoques -como el Humanista o algunas perspectivas intersubjetivas- que no resulten inconsistentes con las bases epistemológicas, éticas y políticas de su modelo. Como frecuentemente utilizadas se pueden mencionar a: el uso del genograma; las intervenciones mediante preguntas; intervenciones a través de devolución; el uso de tareas para el sistema consultante; las esculturas; la connotación

positiva; el uso de cartas; la presentificación del tercero; el trabajo sobre aspectos analógicos; los diferentes tipos de ritualización, la presentificación del tercero; el equipo reflexivo, entre varias otras.

### *Funcionamiento y estructuración del equipo para la práctica clínica*

El Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, eQtasis, por lo general, cuenta con tres sub-equipos clínicos (así al menos viene sucediendo en los últimos años en su relación de colaboración con el Programa CAPs – Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile), dos de estos equipos están destinados a la prestación de servicios a familias y parejas, mientras que el otro está orientado específicamente a la atención infanto-juvenil, pero siempre en relación y participación de sus familias.

El funcionamiento de todos los sub-equipos y su respectiva estructuración tienen su base en el Modelo de Milán, destacándose el trabajo en equipo y el uso del espejo unidireccional. Así, una jornada de trabajo de los sub-equipos, por cada proceso terapéutico, se estructura del siguiente modo: Pre-sesión; Sesión; Intervalo; Cierre de la sesión o Devolución; Post-sesión.

En la *pre-sesión* se discuten y se preparan ideas, hipótesis y eventuales intervenciones a realizar durante la sesión; el desarrollo de la *sesión* tiene el sello de contar con la observación y análisis del equipo tras el espejo; el *intervalo* es el momento donde el o los terapeutas se reúnen con el equipo y discuten lo observado, *se comentan también aspectos ligados a la emocionalidad que está operando en la sesión, el equipo se manifiesta respecto a lo observado* para plantear en los minutos finales de la sesión al sistema consultante y/o encomendar tareas para la próxima sesión a éste, momento denominado como *devolución*.

La *devolución* es concebida como un ejercicio de transparencia y horizontalidad respecto al sistema consultante, en tanto puede también ser un momento (si así se planea) donde el terapeuta da a conocer directamente lo que piensa sobre lo sucedido en la sesión. Procedimentalmente, la devolución se *ofrece* al sistema consultante y tiene como regla el que tras ser planteada, se cierra la sesión, es decir, el sistema consultante (idealmente) sólo puede plantear dudas en el caso de ser encomendada una tarea para la próxima sesión mas

no continuar la conversación. La *post-sesión* es el espacio donde se analiza la sesión en su conjunto, en cuanto contenidos y aspectos analógicos, junto al proceso formativo del terapeuta y también del equipo, y si el tiempo lo permite, se puede incluso dejar semi agendado algunas temáticas a enfrentar en la siguiente sesión.

En cuanto a las sesiones vistas como proceso, existe como norma general (siempre autoimpuesta por el equipo y como tal, fácilmente quebrantable) que las primeras cinco sesiones sean desarrolladas en box con espejo unidireccional, con presencia del equipo tras este, para luego de ese número de sesiones evaluar y tomar la decisión de si el proceso terapéutico continúa en box cerrado, es decir, sin uso de espejo, lo cual no obsta para que el equipo asesore el proceso con los insumos planteados por los terapeutas. Aproximadamente en la quinta sesión (a veces después), se realiza en algunas ocasiones una especie de rito de pasaje, que señala el paso del box abierto a box cerrado. Cabe mencionar que las primeras cinco sesiones, además, suelen ser semanales y conforme al desarrollo del proceso, la frecuencia de las sesiones se reduce, por lo general, a dos sesiones mensuales.

Dentro de estas cinco primeras sesiones, destaca el trabajo en la primera sesión, la cual cuenta con una estructura bastante detallada sobre su realización: explicar las condiciones institucionales del proceso y firmar un contrato donde los consultantes señalan estar de acuerdo con las condiciones del CAPs; luego explicar algunas condiciones sobre el uso del espejo, destacando el trabajo en equipo, la composición del equipo y planteando la posibilidad de conocer al equipo; que si existe alguna incomodidad deben plantearlo y pueden pasar a un box cerrado; además de explicar que el equipo puede intervenir en la sesión mediante el citófono, momento en el cual se detiene la conversación hasta que se reincorpore a ésta el terapeuta que atiende el citófono.

Luego de la explicación del setting, los terapeutas recolectan datos generales; para posteriormente abordar diversas esferas del sistema consultante (personal, social, profesional, entre otras) con el propósito de conocer al sistema consultante y así, situar el problema en un sistema, es decir, no visualizar a un problema sino a un sistema que presenta un problema. Además, esto es lo que convierte a un sujeto, su pareja, su familia,



que viene convencido de su posición de paciente, en un consultante, que tiene y mantiene una demanda que guiará el proceso.

Posterior a una aproximación inicial al sistema consultante en dichos términos, se procede a indagar en torno al problema (motivo de consulta) que suscita el inicio del proceso terapéutico para luego consultar respecto a las expectativas en torno al proceso. Finalmente, se cierra la sesión con una devolución centrada en torno la motivación que tuvieron para consultar, expectativas en torno al proceso y responsabilidades que le compete tanto al terapeuta como a los consultantes. Las intervenciones durante la primera sesión, son por lo general, de tipo exploratorias, con el objetivo de generar vínculo y no necesariamente, de perturbar al sistema consultante.

Sin duda, el uso del espejo unidireccional es una fuente de riqueza del trabajo terapéutico de eQtasis (respecto del cual, uso y promoción del mismo, se pueden decir muchas cosas y desde ahí mismo se puede desprender el modelo). Esto es reconocido por los miembros del equipo en tanto es definido como posibilitador de una discusión teórica y técnica sobre los procesos terapéuticos a partir de las distintas miradas de los integrantes del equipo. A su vez, el trabajo en equipo y uso del espejo es señalado como un generador de confianza en aquellos terapeutas más novatos, al ser una muestra patente del trabajo (cuestión que en psicoterapia no es muy frecuente) y también acompañamiento directo a la conducción de los procesos.

Por el valor del tiempo, la gran cantidad de información y la propia naturaleza del ejercicio clínico, que puede contener mucho más de lo que se alcanza a decir, es que se requiere un tipo de estructura que sostenga y que gobierne en algún modo el trabajo. Recuérdese que la conducción es vital dentro del proceso clínico y la propia conducción que el grupo tiene sobre sí mismo también lo es, por ello es que se autoimpone una modalidad de organizarse. Esta estructuración, para la atención de cada proceso terapéutico, cuenta con los siguientes roles: Terapeuta, Figura X, Escribanos, Equipo detrás del espejo y Coordinador de equipo.

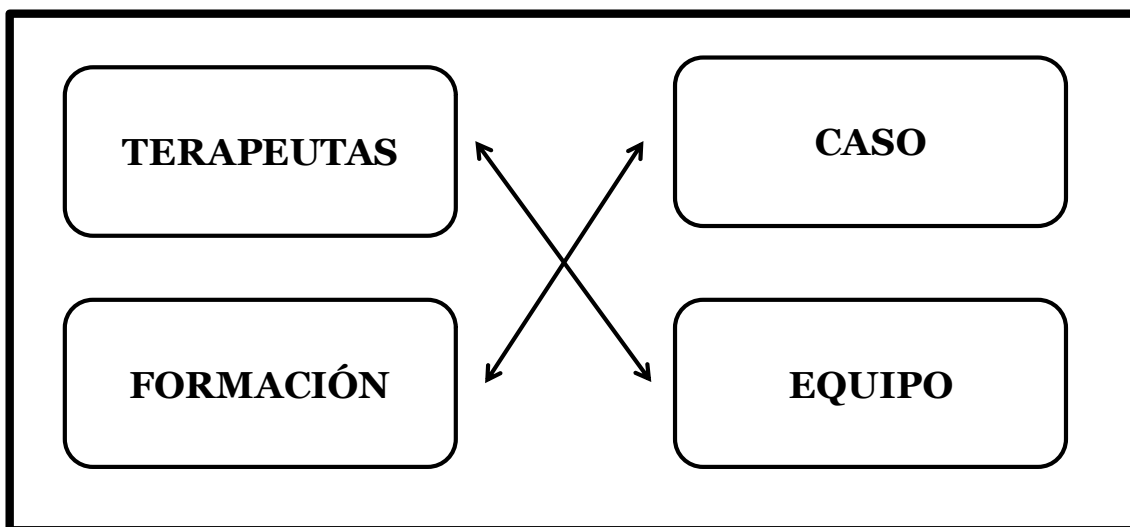
En consideración con las implicancias concretas que se suceden de la adopción de una epistemología de segundo orden, es que se entiende que el trabajo de un equipo de observadores que se ubica detrás del espejo, no puede orientarse por propósitos vinculados

con la corrección, desde lo que se constituiría una *interacción instructiva*. De ahí que la clásica figura del ‘supervisor’ (y su súper-visión: una mirada cualitativamente mejor que cualquiera de las demás –observadores y terapeutas-), no resulte consistente. Por ello entonces, se vuelve necesario establecer un rol que permita facilitar el trabajo mancomunado entre terapeutas y equipo de observadores. Dicho rol es, para el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, la Figura X. Por lo tanto, se trata de aquel rol, que recae en una persona, al cual le compete moderar y dirigir las discusiones que da el equipo en torno a un caso. Es su responsabilidad que se realice la pre y post-sesión; moderar la discusión del equipo durante la sesión; realizar una pausa en la sesión con el equipo tras el espejo para connotar algo que esté sucediendo en el box; intervenir en el box mediante el uso del citófono; recoger los elementos planteados por el equipo para preparar una devolución.

De acuerdo a la definición original de la *Figura X* (creada por la Unidad de Asesoría Sistémica. CAPs (1998) “*Construyendo la Figura X*” Centro de Atención Psicológica, Universidad de Chile), se indica que es “un terapeuta que se ubica detrás del espejo y que ocupa una posición distinta del resto del grupo de observadores, en tanto que coordina las acciones que suceden dentro de la sesión y facilita la relación entre éstos y el grupo de terapeutas que les observa, influyendo en cómo se lleva a cabo la sesión y el proceso global”.

De esta definición se desprenden dos aspectos: por una parte, la *Figura X* se constituye como un rol de coordinación, articulando la comunicación entre terapeuta y equipo (lo que supone una posición privilegiada en tanto construye un contexto en el cual el vínculo terapeutas/equipo es beneficioso para los fines del caso) y, por otra, la *Figura X*, si bien ocupa una posición distinta, no adopta un rol jerárquico respecto del terapeuta que conduce la sesión puesto que es éste último quien tiene la responsabilidad y el equipo detrás de espejo sólo asesora, no súper-visa. En ese sentido, los terapeutas son quienes despliegan y conducen la sesión y, en último caso, son quienes toman las definiciones respecto al quehacer en la sesión.

Por último, este rol se denomina *Figura 'X'*, en tanto se espera que se ocupe de conectar, por una parte, al equipo detrás de espejo con el sistema terapéutico y, por otra, al proceso terapéutico con el proceso de formación que simultáneamente vive el equipo clínico.



Respecto de la continuidad de la Figura X en relación con cada caso, la práctica en eQtasis ha permitido cierta libertad respecto del enunciado original. En ese sentido, ha ocurrido que para un mismo caso la Figura X se mantenga a lo largo del proceso, garantizando así una mayor continuidad para el proceso terapéutico.

La figura del Escribano se constituye, inicialmente, como un miembro del equipo encargado de registrar lo que ocurre sesión a sesión en un caso. Dicho registro, de acuerdo a los lineamientos iniciales en torno a esta figura, se concentró principalmente en el contenido de las sesiones. De este modo, la tarea del Escribano consistía principalmente en la construcción de una bitácora del caso.

Es interesante destacar que no se espera que sea un documento objetivo ni excesivamente acucioso respecto de los “hechos” ocurridos en el proceso. Se asume que es la obra de un observador situado, que es tendencioso y parcial. Es útil especialmente para los procesos de Hipotetización que se debieran generar en las pre y/o post-sesiones. Con el desarrollo de algunas de las diferentes inquietudes de los miembros del equipo y algunos

procesos de investigación que lo implicaron, la figura del Escribano debió concentrarse en registrar tanto aspectos de contenido como aspectos de las comunicaciones analógicas. Existen entonces dos tipos de Escribanos, de contenido y de aspectos analógicos, los cuales son los encargados de realizar un registro escrito de las pre y post-sesiones y de lo que sucede en la sesión de acuerdo a lo establecido en las fichas de registro preparadas por el equipo (ficha de contenido y ficha de aspectos analógicos). En general, existe una atención por trabajar con las fichas de registro, no obstante, su cumplimiento no siempre es continuo. En relación con la continuidad del Escribano, se ha optado por diversas estrategias, sin que hasta ahora el equipo o los sub equipos, que operan en el CAPs de la Universidad de Chile, logren consensuar una sólo forma de llevar esta función a cabo. Lo que sí es constante es la necesidad de contar con la figura de la escribanía y con la ficha que configura la bitácora del caso.

*El equipo detrás de espejo* son los terapeutas que observan la sesión, ubicados detrás del espejo (incluyendo Figura X y Escribanos), se constituye como un equipo que define su funcionamiento desde una relación de *asesoría* para con los terapeutas que conducen la sesión. Se entiende el concepto de *Asesoría* en oposición al de supervisión, debido fundamentalmente a dos puntos: por una parte, se entiende que el equipo no observa desde una posición de privilegio, sólo desde una posición distinta y, a partir de ello, es que se relaciona con el sistema terapéutico ofreciendo sus distinciones, sin esperar que éstas determinen el curso de la terapia. En ese sentido, la relación de *Asesoría* supone un proceso generativo sólo con posibles consecuencias concretas sobre el desarrollo del caso. En el marco de dicha relación, es que se entiende que el equipo también “atiende” a los consultantes, pero desde una posición distinta y, por ello, tiene como responsabilidad general la creación de hipótesis desde dicha posición, hipótesis que pueden o no ser puestas en juego en el sistema terapéutico.

De este modo, el equipo hipotetiza respecto del caso, de los terapeutas, de la relación terapéutica o del cualquier elemento que éstos puedan distinguir. Así, dicho equipo no adopta una postura sólo observante, sino que participa de manera activa en el desarrollo de las sesiones y -a la par de los terapeutas- en los procesos de Hipotetización en las pre y/o

post-sesiones, lo que lo convierte en una entidad participante y responsable del proceso terapéutico. En términos anecdóticos, es importante recordar aquellas ocasiones en las que la presencia del equipo de terapeutas se ha hecho presente en la terapia no sólo por hipótesis que los terapeutas del caso han decidido poner en juego (“*el equipo se ha dado cuenta de...*” / “*el equipo quisiera decirles que...*”), sino que incluso pueden, con el debido acuerdo y venia de los consultantes, algunos miembros del equipo hacerse presentes en la devolución, para argumentar aún más una idea, para dialogar o sencillamente para ofrecer un diálogo que el consultante presencia, todo a modo de lo que se llama comúnmente como Equipo Reflexivo.

*Coordinador de equipo.* Desde sus inicios, eQtasis configura su funcionamiento en torno a la práctica clínica y con el correr del tiempo la estructura se ha ido complejizando y formalizando, donde un elemento fundamental para el desarrollo del trabajo del eQtasis han sido los llamados ‘Sub-equipos Clínicos’, que se han hecho cargo del desarrollo de procesos psicoterapéuticos individuales, de pareja y familiares. En este contexto, una figura destacada es la del Coordinador de Equipo, que dentro de sus funciones se encarga de coordinar la atención de consultantes en cada sub equipo; coordinar las reuniones clínicas semanales de su grupo y hacerse cargo de los procesos de formación vinculados al trabajo en equipo. En ese sentido, el coordinador de equipo debe, por una parte, ocuparse de que el equipo cumpla con aspectos administrativos que la institución en la que el eQtasis se inserta (el Centro de Atención Psicológica de la U. de Chile) y, por otra, de conectar la atención clínica (en un sentido amplio) con los procesos de formación de los miembros de eQtasis (de manera análoga a lo que hace la Figura X al vincular en el trabajo en determinado caso con el proceso de formación del grupo).

Si bien eQtasis, en sus casi diez años de existencia, ha definido distintas estructuras de funcionamiento, la presencia de esta figura siempre ha estado vinculada a la formación. Esto debido a que, con independencia de las actividades en las que el equipo se ha ido desarrollando, se considera que la práctica clínica debe situarse como una práctica reflexiva (una práctica que constantemente *se piensa a sí misma*), lo cual se ve garantizado toda vez que dentro del funcionamiento del equipo se han instalado una serie de dispositivos

orientados al diálogo, la crítica, la inclusión de nuevos elementos –teóricos y prácticos-, la apertura a otros enfoques y otras disciplinas. De ahí que la forma de trabajo de eQtasis se entienda como formativa y que el rol del coordinador de equipo suponga una intención en esa dirección.

La práctica de eQtasis, desde el principio, ha implicado un cruce entre una serie de propuestas respecto de cómo llevar a cabo la praxis psicoterapéutica y, paralelamente, cómo dichas propuestas son, en sí mismas, formativas. El coordinador de equipo debe, entonces, hacerse cargo de dicho cruce, intencionándolo, direccionándolo y facilitándolo. Dado que la actividad de coordinación de equipo supone una responsabilidad en relación con conectar la práctica clínica y la formación, es que siempre se ha propuesto que dicho rol debe rotar entre los distintos miembros del equipo. Se espera que dicha rotación garantice que varios miembros del equipo puedan hacer uso de la posición de coordinador (e intencionar de manera particular la relación entre formación y práctica clínica), lo que a su vez garantizaría que el equipo se vea beneficiado con estas distintas orientaciones. Por otro lado, la rotación de este rol permite mantener la relación paritaria entre los distintos miembros del equipo, ya que cualquiera de ellos puede asumir esta figura, sin distinciones en relación con la experiencia o con cualquier otro atributo individual.

Se entiende, además, que el desarrollo del rol de coordinador de sub equipo clínico es a su vez una instancia formativa, por lo cual se cambia tres veces durante el año, generando períodos trimestrales. Esto contribuye a que el equipo cambia su “estilo” de trabajo a partir del coordinador que tiene y a su vez, que se vaya evaluando el período que desarrolla cada uno, asociado a sus características personales. El coordinador no tiene necesariamente un rol jerárquico, por ende, no requiere que quien se haga cargo sea jerárquicamente superior en términos de edad, experiencia u otro aspecto en relación a los restantes miembros del equipo, es por ello, que resulta fácil y conveniente rotar trimestralmente. Por último, el rol de coordinador supone también la responsabilidad de representar y mantener el vínculo del sub-equipo (y sus circunstancias) con otras instancias que operan dentro de eQtasis. En ese sentido, dicho coordinador debe hacerse cargo de equilibrar la autonomía de su sub-equipo con las características que identifican, en un sentido amplio, toda actividad realizada en eQtasis.

## **B) FORMACIÓN DEL TERAPEUTA**

La formación, junto a la práctica clínica, ocupa un lugar central en el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, lo cual se ve posibilitado tanto por una definición en su misión (eQtasis se define como un equipo en permanente formación) así como por las condiciones estructurales asociadas al hecho que el equipo realiza su trabajo en un contexto universitario, lo cual posibilita que la formación resulte una práctica natural, donde eQtasis viene a representar también una especie de tránsito entre los estudios formales de pregrado y el ejercicio de la profesión.

El hecho de que se autodefinan como un equipo en formación no quiere decir únicamente que se trate de un grupo de profesionales que internamente se encuentran viviendo un proceso formativo, sino también que permanentemente en las actividades que se realizan está la formación como tarea central. En este sentido, todo miembro de eQtasis está en formación.

*¿En qué se centra el trabajo formativo? Reflexiones y habilidades*

El trabajo formativo está imbricado con el ejercicio clínico, sustentándose en un desapego a la idea de que el espacio clínico *per se* garantiza certezas de cambio en los sistemas consultantes. Esto entrega más grados de libertad para la formación, ya que dicha noción es compatible con el abandono del prejuicio social que señala que “los jóvenes cometen errores por falta de experiencia”, en tanto no existe acá un foco sobre lo correcto en términos estandarizados y por lo tanto, no hay una atención sobre el error. En la práctica, esto permite, además, cierta liberación de tensiones respecto al tema, es decir, el equipo se hace cargo de la ansiedad que genera el ejercicio profesional en novatos y los no tanto (en alusión a los eventuales errores), desplazando del centro de atención la evaluación sobre equivocaciones y propiciando ejercicios de crítica y autocrítica, donde lo principal no es si se cometió un error o no, sino en realizar intervenciones propositivas que enriquezcan la formación del terapeuta. Esto es consistente con la idea de respeto por el terapeuta, ya que existe un interés permanente por propiciar un ambiente donde éste se sienta valorado y

reconocido por su trabajo, mediante la identificación de sus fortalezas y su posterior desarrollo.

La formación del terapeuta se aborda desde dos grandes perspectivas: epistemológica-ética-política y aspectos metodológicos-técnicos. La primera se refiere, principalmente, a reflexiones en torno a la posición, actitud y responsabilidad del terapeuta y cómo ésta sustenta a lo técnico; la segunda se refiere a las tácticas y técnicas a desplegar en los procesos terapéuticos.

Respecto a la posición, actitud y responsabilidad del terapeuta, en términos epistemológicos, se hace presente una modalidad de formación que constantemente fomenta la atención por la posición que ocupa el formando, la manera en que éste es percibido por el otro y desde ahí la movilidad que puede contener la terapia, dado esta particular atención. La formación que presta atención al lugar desde dónde se observa provoca una suerte de acostumbramiento, -hábito- a reflexionar sobre el lugar que se ocupa en el trabajo clínico y con ello una acción que puede derivar de esta reflexión. Esta observación no es trivial, reviste cierto grado de complejidad y frecuentemente se despliega en una serie de preguntas que, dentro del funcionamiento de los equipos, los propios miembros de eQtasis se hacen entre sí y van involucrando progresivamente a los nuevos miembros en el adquirir esta sana costumbre de autoobservación y autocuestionamiento.

Junto a la reflexión y estudio de teorías asociadas a una perspectiva epistemológica-ética-política, en el nivel práctico hay un ejercicio permanente sobre la posición del terapeuta para cada uno de los integrantes de eQtasis, ya que el equipo tiene como foco el relevar el lugar desde dónde provienen las ideas, propuestas, sensaciones, sentimientos y comentarios del terapeuta, es decir, que éste sea consciente de la posición desde la cual interviene en la sesión misma como en la pre y post sesión. Esto, en términos de Cecchin, es asumido como un acto de responsabilidad.

En cuanto a lo ético y lo político, la formación de los terapeutas se centra permanentemente en que éstos sean conscientes de los lugares desde dónde provienen sus ideas, hipótesis e intervenciones con el objeto de que sean responsables de su accionar en el



proceso reflexivo, vale decir, que sean capaces de responder en términos de lo que buscan generar con sus intervenciones y a la vez, que tengan presente lo que se puede inaugurar o no con éstas. Estos términos, al estar situados en la formación y no sólo en la práctica, promueven también la idea de un operador social, terapeuta (según sea el caso) que fruto de aquella conciencia de sí mismo y de su singularidad, puesta en la reflexión de la cual se es parte.

Otra forma en que pudiera aparecer lo ético político, tiene que ver con el intento siempre presente, aunque no tanto en términos concretos (pero sí en la intención), salvo algunas buenas excepciones, de extrapolar el modelo de atención en psicoterapia y en trabajo en equipo, a contextos que están dentro de la Psicología Clínica, pero exceden al quehacer estrictamente psicoterapéutico. Aun más se acerca a esta implicación, cuando se trata de contextos de alta vulneración social, exclusión, marginalidad, no sólo en términos socioeconómicos, sino que también en términos amplios. Siendo esto una pretensión que descende desde una ideología que parece estar asentada en las Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, se aprecia el interés y también la dificultad de tener al menos un posicionamiento político definido a este respecto y un actuar ético que intente responder, desde las limitadas posibilidades que tiene la universidad como institución.

El ejercicio de permanente autoobservación y autocuestionamiento es un intento de consistencia entre aquello que se establece como postulados del modelo (argumentos que son inclusive carácter meta teóricos) y lo que luego se plantea en términos prácticos en el quehacer clínico, lo cual suele tener también su correlato en el ámbito de la formación. Esto implica no trabajar, entonces, bajo la línea de un proceso formativo orientada a la supervisión, a la instrucción, a la corrección, a la entrega de conocimientos, sino más bien al desarrollo de aspectos que son también singulares del formando, pero que mantienen una sintonía con la epistemología y la ideología que sostiene el modelo. Desde ahí entonces es que se han iniciado trabajos que nacen, por ejemplo, con la distinción de algunos aspectos epistemológicos, hasta los actuales desarrollos del personaje terapéutico y del estilo, que serían algunos valiosos intentos de desplegar una formación consistente con la perspectiva

del modelo, pero también contingente a las posibilidades con las que se cuenta y al tipo de profesionales que de eQtasis participan.

En cuanto aspectos metodológicos y técnicos, el trabajo formativo se centra principalmente en torno al desarrollo de habilidades analógicas; el trabajo en equipo y en espejo; el desarrollo de las habilidades para transformar ideas en intervenciones terapéuticas; el desarrollo de una mirada basada en el paradigma relacional, a través del estudio de técnicas como las preguntas de relación, preguntas circulares, preguntas orientadas al futuro, preguntas hipotéticas, entre otras; la construcción de personajes terapéuticos (como el desarrollo más actual) y el ejercicio de Hipotetización.

En lo propiamente técnico/táctico en los procesos terapéuticos, eQtasis se plantea como abierto a la utilización de diferentes técnicas del Enfoque Sistémico, tanto de sus Modelos de Primer Orden como de Segundo Orden, e incluso de técnicas provenientes de otros enfoques –especialmente del Enfoque Humanista- que no sean inconsistentes con las bases epistemológicas, éticas y políticas de su modelo. Como frecuentemente estudiadas se pueden mencionar a: el uso del genograma; las intervenciones mediante preguntas; intervenciones a través de devolución; el uso de tareas para el sistema consultante; escultura; la connotación positiva; el uso de cartas; la silla vacía; el equipo reflexivo.

El uso de variados dispositivos técnicos que provienen de otros modelos, incluso de otras perspectivas, no tiene que ver con un simple actor ecléctico, tampoco es igual a aquellos modelos que se proponen cualquier técnica mientras esté al servicio del propio operar narrativo, dialógico, o el que se persiga. La propuesta de uso de distintas modalidades de trabajo técnico, es precisamente su adecuación hacia lo táctico, donde se mantiene el logro central de la actividad, pero se desnaturaliza en su aplicación en estricta conformidad al contexto en el que se despliega. Un ejemplo de ello lo constituye el uso del genograma, el cual de ser una manera de estructurar una historia formal, puede pasar a ser una lúdica metáfora que permite la conversación reflexiva con un niño, con un alto nivel de perturbación (en buenos términos) e interesantes consecuencias terapéuticas, como lo hace particularmente el Equipo Clínico de Trabajo Infanto-Juvenil Sistémico.

## *Instancias de formación*

La formación tiene lugar en, al menos, dos instancias: en primer lugar, la práctica clínica, donde si bien el objetivo principal y explícito es el ejercicio clínico, resulta inherente al funcionamiento del equipo un proceso formativo. De hecho, como ha sido mencionado, existe justamente una figura (la Figura X) que está constantemente defendiendo y recordando el ámbito formativo que se está desplegando mientras se entrega el servicio; en segundo lugar, la realización de instancias formativas correspondientes a actividades cuyos objetivos explícitamente son formativos, como lo son algunas actividades de supervisión, la discusión de algunos temas específicos, la revisión de videos, entre otros. Merece también aquí una mención especial el hecho de que prácticamente toda actividad de eQtasis es registrada en video, lo que permite contar hoy con un amplísimo cúmulo de material audiovisual, de las terapias que se han realizado desde el año 2006 hasta la actualidad, de una serie de actividades de formación, supervisión y capacitación, además de todos los seminarios nacionales e internacionales. Este material resulta valioso al momento de desarrollar algunas actividades de investigación, además del propio trabajo constante de muestra y preparación de la docencia que los miembros eQtasis realizan en el espacio de la Universidad de Chile y fuera de ella.

Dentro de la práctica clínica, la constitución del equipo es una condición sustantiva para la formación en tanto éste está conformado por terapeutas con experiencia en el ejercicio clínico y de la docencia; estudiantes de pregrado, magíster y pasantes; y por estudiantes egresados realizando su práctica y/o tesis de titulación. En algunos casos, se integran estudiantes y terapeutas que cuenta con una formación proveniente de otros enfoques de la Psicología, en general, desde el Psicoanálisis y el Humanismo. Dicha integración tiene un carácter anual y aporta permanentemente novedades al equipo, lo cual es una condición que posibilita un constante proceso de formación del equipo: la práctica de eQtasis, tanto clínica como formativa, siempre se retroalimenta a partir de estos nuevos elementos, a través de sus aportes, cuestionamientos e inquietudes. Igualmente vale la pena la pregunta ¿ocurre verdaderamente una integración de estos elementos externos al enfoque?; ¿han podido los miembros de eQtasis (que favorablemente provienen de otras

formaciones o desarrollan en paralelo algunas otras especializaciones) insertar este tipo de conocimientos en las prácticas específicas del modelo? Una mirada simple al desarrollo del equipo podría plantear que sí, sin embargo, para efectos de rigurosidad esto requeriría también de otro tipo de investigación que se plantee este tipo de inquietudes y pueda estudiarlo, pues todo indica que se trata de un fenómeno complejo, sobre todo partiendo desde los conceptos mismos de integración, interenfoque, inerción.

A partir de esta caracterización de sus integrantes, eQtasis asume la Horizontalidad como principio rector, donde todos los integrantes son contribuyentes a la formación y se reconocen como tales, a través de un ambiente organizacional que garantiza conversaciones y discusiones que valoran positivamente las diferencias, el desconocimiento, la curiosidad, aportes y diversas experiencias, tanto personales como de ejercicio profesional de los miembros del equipo, en el marco epistemológico y paradigmático del Enfoque Sistémico. El principio de Horizontalidad posibilita el surgimiento de una doble cualidad coexistente en los miembros de eQtasis: todos son formandos y formadores. Aunque se reconoce la experiencia de miembros fundadores del equipo, dicho reconocimiento no se traduce en una figura de formador que enseña al resto ya que todos pueden ejercer ese rol de acuerdo a la distribución de tareas formativas o de acuerdo a la pertinencia de su intervención en una discusión o conversación.

Cabe precisar que respecto al principio de Horizontalidad y la dualidad formador/formando de los integrantes de eQtasis, hay personas en el equipo que estarían situados en una cierta incomodidad, precisamente por la ausencia de una certeza o de una figura formadora única que guíe los procesos. Quizás el equipo necesita igualmente un tipo de orden, lo declaran los propios miembros, pero debe ser un orden que no sea una estructura que vuelva a la idea de jerarquía, sino que respete la lógica de colaboración y el principio de horizontalidad. En los equipos esto se hacía evidente cuando en las reuniones, al ser muy abiertos al trabajo y a lo que cada uno pudiera necesitar, se aprecian pérdidas de tiempo, desvío de los temas o decisiones que debiera tomar todo el grupo y que no siempre ocurre que se dé una discusión global para ello. Si bien hay una estructura que determina cuál es la forma ideal para trabajar, pensada por el propio equipo, ésta no siempre se respeta, una muestra de ello es el

rol de la Figura X que no siempre se hace presente en las pre y post sesiones o el no uso frecuente de las fichas de registro de las sesiones, material elaborado por el equipo.

La Horizontalidad por lo mismo, no ha estado exenta de discusiones, particularmente en los últimos años en que se ha planteado la necesidad de diversificar la formación, también con la presencia de otros nuevos docentes y el rechazo por la repetición año a año de *un siempre lo mismo*. Son interesantes, en este sentido, los nuevos conceptos, como por ejemplo el de Diagonalidad, que viene a ser una suerte de expansión del concepto de Horizontalidad y que los propios miembros de eQtasis han propuesto desarrollar. En este sentido, se intenta rescatar el valor de algún tipo de jerarquía en la formación, reconociendo, por ejemplo, la diferencia a partir de la experiencia, pero igualmente defendiendo el valor de la igualdad al momento de la formación (o entrega) misma. Esto, al ser análogo también a lo que ocurriría en un proceso clínico bajo este modelo, defiende entonces la Diagonalidad como una manera de describir que en ocasiones hay igualdad, en otras uno de los dos actores (usuario/operador; consultante/terapeuta) tiene mayor jerarquía o experticia que el otro.

El funcionamiento de eQtasis, orientado principalmente a la práctica clínica, se sustenta en un principio de confianza en las capacidades de todos sus miembros, lo cual se traduce en la existencia de oportunidades -que en otros espacios pueden plantear requisitos más exigentes para los jóvenes y/o novatos- para asumir tareas tales como atención de casos, participar en proyectos de investigación, colaborar en docencia, participar en instancias de extensión, realizar publicaciones o exposiciones. El acceder a estas oportunidades en sí posibilita la formación de los integrantes. Un buen ejemplo de ello tiene que ver con la propuesta de que los miembros de eQtasis, aún en sus inicios de prácticas -más allá de si sólo están egresados- pueden tomar la investidura de terapeutas y desarrollen una práctica, en espejo unidireccional, desordenado los reglamentos que desean establecer que la práctica clínica está hecha sólo para aquellos que tienen experiencia. El equipo es quien salvaguarda el servicio, la responsabilidad no está diluida, muy por el contrario y la formación, en este sentido, muestra el coraje que se requiere para mezclar condiciones institucionales, con intenciones formativas.

En cuanto dispositivos metodológicos, el funcionamiento propiamente tal de eQtasis -el trabajo en equipo y uso del espejo- permite que los integrantes se sientan más seguros y acompañados gracias a la dinámica propia de eQtasis: la discusión grupal de los casos en las pre y post sesiones, los cuales enriquecen la mirada del terapeuta; el uso del espejo unidireccional durante las sesiones da confianza a los terapeutas ya que se sienten acompañados; el uso respetuoso y oportuno del citófono con intervenciones del equipo; la responsabilidad del equipo para elaborar una devolución que cierre la sesión y el interés sobre el sentir del terapeuta tras la sesión, el cual se plasma en la posibilidad que el terapeuta plantee y defina sobre qué aspectos requiere que el equipo le colabore o la realización, desde el equipo, de preguntas “¿Cómo te sentiste en la sesión?”, “¿Qué te pasa a ti con este caso?”, además de la preocupación por entregar una retroalimentación sobre el despliegue de éste en sesión. Quizás en ocasiones este tipo de atenciones caen en el perogrullo, sin embargo, los años de práctica han demostrado que son vitales para la mantención en paralelo de la entrega del servicio, con el desarrollo de un plan formativo inquieto respecto de lo que le ocurre al sujeto.

La realización de instancias destinadas exclusivamente a la formación es parte del trabajo habitual del equipo y se contemplan dentro de las planificaciones anuales. Por lo general, los distintos subequipos clínicos vienen destinando, a lo largo de los años, una hora semanal a estas actividades, a partir de intereses generales de los integrantes; inquietudes emanadas a partir de los procesos terapéuticos y/o el desarrollo de habilidades del terapeuta. Las metodologías utilizadas son diversas y además están en constante revisión y modificación: lectura y discusión de textos; actividades con uso de material audiovisual; presentaciones, talleres, entre otros. Por último, en las reuniones ampliadas que desarrolla eQtasis, con una frecuencia de aproximadamente un mes, siempre se destina un espacio para reflexionar en torno a la práctica clínica del equipo en su globalidad, así como la constante pregunta de la relación que existe entre los propios sub equipos de eQtasis y de éstos con otros equipos de la propia universidad o externos a ella, lo cual también, por cierto, se constituye como un ejercicio reflexivo que está dentro de –nuevamente-, una instancia formativa.

En eQtasis, todos son formadores y todos están siendo formados, toda actividad tiene un componente formativo y todo aquello que se discute, repercute más tarde en el plan de formación. Sin embargo lo anterior, y aún teniendo presente que hay muchos miembros de eQtasis que se dedican a la formación (en la propia Universidad de Chile, en la Universidad Católica, en otras universidades y establecimientos asociados) el equipo es consciente que más que estar conformando un sujeto que lleva a cabo una práctica clínica, la propia práctica clínica se encuentra en una permanente deformación, así como también ocurre con los sujetos que la realizan.

### **C) RELACIÓN ENTRE NIVELES JERÁRQUICOS CONCEPTUALES DEL ENFOQUE SISTÉMICO**

Para comprender el operar del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) resulta necesario situarlo desde ciertas bases propias del Enfoque Sistémico, es decir, realizar una aproximación en términos ontológicos, epistemológicos, paradigmáticos, teóricos, de modelo y a nivel de técnicas y tácticas. Esta clasificación (normalmente llamada Niveles Jerárquicos Conceptuales) fue popularizada por Zlachevsky (1996), aunque, como tal como se señaló en el apartado de Antecedentes Teóricos, su referencia precisa es Fernando Coddou, también terapeuta chileno.

En eQtasis, el nivel ontológico se encuentra presente de manera explícita y delimitada en las reflexiones y definiciones en torno lo que es un terapeuta y lo que es un sistema consultante, ya que es en relación al proceso terapéutico donde el equipo plasma una visión del ser. La noción del ser está también fuertemente ligada a la concepción de responsabilidad, es decir, la capacidad de responder por su devenir, concibiendo a los sujetos como agentes de su realidad, que cuentan con la posibilidad de transformar su entorno y sus vidas. Correspondería a un nivel en el cual tiene más sentido la pregunta por el ser, que su eventual resolución. Es por ello que eQtasis, al interior del proceso terapéutico y de la conversación terapéutica, se propone generar condiciones que posibiliten un mayor sentido de responsabilidad en el sistema consultante respecto a su vida, como si ésta fuese una manera de aproximarse también a la pregunta (o al menos consciencia) del

ser. Cabe precisar que lo mismo sucede con la práctica formativa de los terapeutas, donde la reflexión en torno al sentido de responsabilidad que le compete al terapeuta en el proceso terapéutico ocupa un lugar central en el proceso de formación.

En cuanto al nivel epistemológico, existe un especial interés hacia este de parte de eQtasis (se habla incluso en varios momentos del equipo de un período de sobre epistemologización de la Psicología y particularmente de la clínica, en desmedro de otros niveles que pudieran haber quedado postergados), lo cual se traduce tanto en la práctica clínica como en la formación de los terapeutas, siendo reconocido como un sello del equipo, lo cual generaría, en palabras de los propios integrantes, un “acerbo eQtasiano”, en tanto la presencia y desarrollo de este nivel, en el equipo, sería superior al resto de los niveles.

Los integrantes del equipo señalan que este nivel prima respecto a los demás, funcionando como un marco o nube del operar eQtasiano, lo cual se expresa en la terapia, en las intervenciones, en la posición del terapeuta, en cómo se posiciona el sistema consultante, en el rol que juega el equipo en relación al proceso y al sistema terapéutico. La atención a los aspectos epistémicos, no representa necesariamente un desmedro de otro tipo de atenciones, en este sentido, se destaca acá el valor del cuestionamiento epistemológico que está presente en una práctica clínica que parece necesitar esta autointerpelación para enfrentar problemáticas éticas y políticas de su quehacer.

La metáfora de la nube refiere a que ésta es identificable, distinguible, con amplios límites y por lo tanto, este nivel posibilita que la práctica de eQtasis sea flexible en términos técnicos y tácticos, pero dentro de límites dados por las concepciones epistemológicas. La idea de amplitud de los límites epistemológicos no quiere decir que eQtasis adscriba a un eclecticismo infinito o a múltiples concepciones epistemológicas, todo lo contrario, ya que principalmente sólo se adhiere a las ideas provenientes del Construccionalismo Social, el Giro Lingüístico como condición, a la llamada Actitud o Perspectiva Posmoderna, medianamente a las Narrativas y en ciertos aspectos del Constructivismo. En ese sentido, dicha amplitud se refiere a que estas propuestas en sí mismas rescatan y valoran una mirada no sesgada respecto a los fenómenos humanos.



El nivel epistemológico también presenta una arista en lo referente a la práctica formativa de los terapeutas, donde la *actitud posmoderna* emerge como guía del proceso formativo en términos de la valoración de las diferencias y el reconocimiento del otro como par colaborativo en dicho proceso.

A nivel paradigmático, la perspectiva relacional resulta central en el operar del equipo, explicitando una lejanía con la Unidad de Análisis del Enfoque Sistémico en sus orígenes, vale decir, el concepto de Sistema. Cabe precisar que dicha lejanía se circunscribe estrictamente al nivel paradigmático, en tanto el concepto de Sistema es abordado e incorporado a la práctica clínica desde el nivel teórico. El situar los fenómenos humanos desde y en la relación ha llevado a eQtasis a autodefinirse como un equipo adscrito a un Enfoque Sistémico-Relacional.

El tránsito paradigmático desde la noción de Sistema a la noción de Relación ha permitido que el equipo aborde, a juicio de sus propios integrantes, con una mayor perspectiva los problemas terapéuticos en tanto que en los inicios de eQtasis, éste tendía a situar los problemas terapéuticos en la familia, el sistema clásico del Enfoque Sistémico que en su momento primigenio lo distinguió de otros enfoques de la Psicología. El abordar los problemas terapéuticos desde la relación, y no desde el sistema, permitió al equipo no sólo realizar la clásica terapia familiar sino también iniciar un camino hacia la terapia individual, en el entendido que la relación no sólo se refiere a un sistema en particular (familiar, social, cultural) sino también a prejuicios y premisas creados por los sujetos en un determinado momento histórico.

Respecto al nivel teórico, si bien algunos miembros del equipo señalan que está muy presente en la práctica de eQtasis, estas referencias, en estricto rigor, son, por lo general, precisiones que van hacia el nivel epistemológico. En ese sentido, se puede constatar que éste es el nivel que tiene el menor desarrollo (o mención explícita) dentro del operar de eQtasis, ya que su presencia tanto en la práctica clínica como en la formación es más bien mediana puesto que no hay una mayor reflexión o sistematización en cómo incide el nivel teórico en la práctica clínica o formativa, como sí lo hay respecto a otros niveles. Esto podría explicarse a partir que, si bien el equipo declara adscribir a teorías relacionadas

a las del Lenguaje, la Teoría General de Sistemas, la Comunicación y la Cibernética, esta adscripción y sus correspondientes lecturas es realizada bajo un prisma más bien epistemológico. Poco contribuyen, en este sentido, las propias formaciones de pre y posgrado que han experimentado los miembros de eQtasis, sobre todo en la Universidad de Chile, donde también habría una intensa formación en aspectos meta-teóricos y menos en términos de las teorías. Sí se podría argumentar, de todas formas, que esta problemática se ha visualizado y se intenta enfrentar actualmente, pero se debe admitir al menos, que todavía no está del todo resuelta tampoco en la formación en la Universidad de Chile.

En lo referente al nivel de modelos (o el a veces llamado modelo intermedio), eQtasis reconoce una fuerte influencia por parte de los modelos posmodernos del Enfoque Sistémico, donde destaca como central el Modelo de Milán (sobre todo en su segunda versión post '90), seguido por el Modelo Narrativo (desarrollado por Michael White y David Epston) y en menor medida, el Modelo Conversacional (de la mano de Harlene Anderson, principalmente). Esta diferencia de influencia se puede entender a partir de la evolución del equipo, donde el Modelo de Milán ha estado presente desde sus orígenes, en su estructura, organización y principios, mientras que el Modelo Narrativo y el Conversacional corresponden a una inserción algo posterior en la historia del equipo. Si bien los modelos presentan diferencias, sobre todo a nivel de técnicas y tácticas, los integrantes de eQtasis señalan que el equipo, en términos gruesos, puede transitar entre estas modalidades y recoger lo que estime conveniente al momento de su operar dado que los tres presentan similitudes en términos onto-epistemológicos y teóricos.

A nivel técnico/táctico, el uso de los diferentes dispositivos de intervención se encuentra sujeto a su coherencia con el marco onto-epistemológico del equipo, En ese sentido, existe una alta flexibilidad al momento de utilizar técnicas y tácticas de intervención, teniendo predominancia las de los modelos posmodernos del Enfoque Sistémico (traducidas al trabajo clínico particularmente en términos de tácticas y/o actitudes que debe afrontar el propio terapeuta o el operador social) ya que estos modelos no presentan mayores contradicciones onto-epistemológicas entre sí y en relación a eQtasis.

El criterio de coherencia onto-epistemológica también es utilizado al momento de seleccionar técnicas y tácticas provenientes de los modelos modernos del Enfoque Sistémico e incluso de otros enfoques, como el Humanista, ya que el equipo se permite acudir a técnicas y tácticas de estos modelos siempre y cuando no interfieran mayormente en la actitud, posición y responsabilidad del terapeuta y a la vez, sean un aporte al proceso terapéutico.

#### **D) RELACIÓN CON EL CONTEXTO INSTITUCIONAL, DISCIPLINAR Y SOCIAL**

El Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) es consciente que su operar se encuentra situado en un determinado contexto institucional, social y cultural, donde reconoce la existencia de al menos tres tipos de relaciones: con la institución universitaria donde despliega su labor; con las exigencias de la disciplina psicológica, fundamentalmente desde el sistema de salud pública y con las demandas de la sociedad en torno a la Psicología.

Por un lado, la relación con la institución universitaria, lugar que acoge el trabajo de eQtasis, es vista y vivida en términos de las posibilidades, limitaciones y desafíos que plantea la universidad tanto en lo académico como en lo administrativo. Por otro lado, la relación que el equipo entabla con las exigencias de la disciplina y las demandas de la sociedad en torno a la Psicología ha sido objeto de reflexión y de definiciones desde un posicionamiento principalmente ético y político. Las exigencias de la disciplina son entendidas como aquellas directrices generales que orientan, particularmente, a las políticas públicas en torno a la salud mental, mientras que las demandas sociales tienen que ver con las expectativas existentes respecto al rol del psicólogo y a los procesos terapéuticos.

##### *Relación con la institución universitaria*

El operar del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) se realiza en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, particularmente, como se ha mencionado en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) lo cual posibilita ciertas

condiciones que no necesariamente se encuentran presentes en otras instituciones de atención psicológica y de salud en general. Ello guarda relación no sólo con el ejercicio de la clínica, propiamente tal, sino también con principios ligados a la misión universitaria tales como la extensión y docencia y formación universitaria.

En ese sentido, el espacio académico genera condiciones que posibilitan prácticas para eQtasis, pero también le plantea desafíos e incomodidades. Por una parte, el equipo se plantea como espacio abierto donde arriban estudiantes de pregrado y de posgrado, porque identifican ahí un espacio de formación permanente y práctico para aprender un modelo naciente y también entregar un servicio de manera concreta a la comunidad. La Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile (CAPs) ha siempre alojado a eQtasis, llegando incluso a confundirse las actividades de CAPs con las de eQtasis, así como también sus misiones, pretensiones, etc. La facultad en cambio, procede de la manera que hace con todos los grupos de trabajo y el que ofrece reducidas posibilidades y exige altas condiciones para declararlos oficiales y garantizar su continuidad. Una muestra de ello es la reducida cantidad de equipos de trabajo que permanecen en el espacio de CAPs, respecto de los que originalmente allí operaban a fines de los años '90. eQtasis es una muestra de trabajo, pero también de sobrevivencia dentro del espacio universidad.

La universidad, en cuanto posibilitador, permite que eQtasis sea un espacio de permanente formación para sus integrantes en la medida que el ejercicio formativo es inherente a la universidad y por lo tanto, los intereses relacionados a esta área resultan muy coherentes con el operar de la clínica, por ello acoge a profesionales, docentes y estudiantes de pregrado y/o practicantes. Igualmente, la Universidad de Chile y en particular, su Facultad de Ciencias Sociales orientan y basan su quehacer en un sentido de vocación de servicio público, muy conectado con el entorno social, lo cual permite el surgimiento de reflexiones y prácticas en sintonía con los contextos locales, cuestión fundamental para el operar de eQtasis.

Al momento del desarrollo de investigación, en CAPs existen muy pocos grupos de trabajo estrictamente clínicos, que no sean los propios equipos del staff de CAPs. Como se sabe, en el tiempo fueron desapareciendo los equipos de los diferentes enfoques que operaban en

CAPs en los años '90, siendo reemplazados por terapeutas y grupos de supervisión que son los que articula el posgrado y que constituye la principal fuerza de recursos humanos de CAPs. Particularmente la línea sistémica eQtasis se ve favorecida por el uso de la sala de espejo unidireccional, la cual tiene un sentido práctico para el desarrollo del modelo, sin embargo, también permite entonces la participación directa de otros miembros que forman parte de la formación y de la disciplina psicológica, dado que el dispositivo es invitante y atractivo. No todos los enfoques en Psicología Clínica trabajan con esta sala de espejo y por tanto, no ofrecen las mismas condiciones, quedando reducidos o un espacio algo más íntimo y de menos convocatoria para los estudiantes de pre y posgrado que saben de estas actividades y pueden participar mayormente en la medida en que se realizan en espejo unidireccional (y no pueden si no se realizan en espejo). Esto normalmente asocia a la línea sistémica, en general y a eQtasis en particular, con el hecho de trabajar en equipos grandes, de distintos niveles de formación y con bastante movimiento, haciendo uso del espacio, generando una cierta inquietud, algo de ruido, pero también promoviendo un trabajo en la atención de parejas y familias, que cada año CAPs va necesitando más.

El hecho que el CAPs sea un espacio de atención clínica y a la vez, de formación, permite que existan condiciones experimentales e innovadoras en su praxis, ya que por un lado, otorga libertades para el ejercicio de la clínica en términos del funcionamiento y organización de los equipos de trabajo existentes y por otro lado, no debe cumplir con protocolos y metas propios de las instituciones de la salud pública, cuestión que resulta congruente con algunos de los principios rectores del equipo tales como la no estandarización, el uso del diagnóstico, la no imposición de una duración a priori de un proceso terapéutico o el cumplimiento intransigente de atención de casos anuales.

A su vez, el ejercicio académico propio de la universidad no se encuentra ajeno a las prácticas de eQtasis, todo lo contrario, el equipo hace suya esta área a través de su relación con espacios de docencia y extensión, donde sus integrantes cuentan con la posibilidad de implementar cursos y colaborar en docencia en pregrado y posgrado; desarrollar instancias de extensión como asesorías a otros organismos; y la realización de seminarios, por ejemplo. Junto a estas instancias formales universitarias, se puede destacar que el hecho que una institución universitaria esté permanentemente orientada hacia la generación de

conocimiento y reflexión también resulta muy consistente con el interés del equipo por reflexionar y cuestionar su propia práctica y la de la disciplina en general.

La presencia de eQtasis en actividades de extensión, es una buena muestra del despliegue de un modelo naciente hace un territorio que excede la psicoterapia, pero que permanece dentro de la disciplina de la Psicología Clínica. Desde aproximadamente el año 2007 se desarrollan actividades de asesoría, formación y capacitación a otros equipos de trabajo, donde desde el modelo eQtasis se presentan prácticas y técnicas de trabajo que pueden perfectamente ser adaptadas a otros contextos diferentes a aquello que ocurre en el CAPs. Esto inaugura una relación que se mantiene hasta la actualidad con una serie de centros e instituciones (véase Centros de Salud Mental de diferentes comunas; instituciones formales del estado como SENAME, CONACE –actualmente SENDA-; relación con algunos ministerios; además de relaciones con otros equipos de trabajo clínico insertos en algunas otras universidades). Estas relaciones están marcadas en la colaboración y han permitido, gracias a la iniciativa que eQtasis ha generado, colaboración a nivel de intercambio de estudiantes en práctica profesional, pasantes, formaciones y capacitaciones, visitas académicas, seminarios y jornadas, asesorías a proyectos, escenarios que posteriormente se transformarán en plataformas para la investigación académica, desarrollos de memorias de pregrado y tesis de posgrado en escenarios externos al Departamento de Psicología, entre varias otras iniciativas.

Si bien se reconoce que la universidad es un espacio ideal para el operar del equipo, también se plantean ciertas incomodidades y desafíos, como la dificultad de replicar el operar de eQtasis en algunos servicios de atención que, por ejemplo, utilizan criterios estandarizados muy ligados con el modelo médico como el uso del diagnóstico o servicios que periódicamente deben dar cuenta de su labor en términos de metas administrativas y también terapéuticas tales como número de sesiones o la planificación de cada sesión terapéutica con el cumplimiento de objetivos, cuestión que se aleja bastante de la comprensión de proceso terapéutico que plantea eQtasis.

Otra dificultad que se presenta y que ciertamente plantea inquietudes interesantes, en la posición que toman algunos miembros del equipo, que muestran cierta incomodidad con una característica que refieren del operar eQtasiano tiene relación con el bajo abordaje de las emociones dentro del proceso terapéutico, punto que lo explican a partir del contexto universitario, donde el ámbito intelectual tiene una supremacía en la generación de todas las prácticas (formación, docencia, investigación, extensión). Por ello, dichos integrantes del equipo plantean que el abordaje de los procesos terapéuticos se realiza principalmente en términos del pensamiento y la acción, dejando en un menor grado el análisis y trabajo con las emociones. Sin duda, se han hecho algunos interesantes esfuerzos, sobre todo a nivel de la autoformación, algunos ejercicios y talleres con el propio equipo, así como algunas iniciativas menores de investigación, pero sigue siendo un tema a trabajar y dentro de los necesarios pendientes del equipo.

Asimismo, un desafío que se plantea es la necesidad de validación del equipo ante otros pares universitarios y profesionales, en términos de generar investigación desde eQtasis y a su vez, un mayor diálogo con otros enfoques, cuestión que produce inquietud en algunos miembros del equipo ya que el espacio académico exige el uso de ciertas normas y códigos que no resultan afines a una actitud posmoderna, como la sistematización de prácticas, cuestión que plantea una preocupación en torno a una rigidización de éstas. No obstante, se reconoce que el diálogo con pares representa un valor en sí mismo en términos de enriquecer el trabajo de los dialogantes.

En ese sentido, otra arista que se relaciona con la institucionalidad y el desarrollo mismo de la disciplina, tiene que ver con preguntas como ¿es eQtasis una plataforma que ofrece un modelo propio como para plantearse desde una lógica de la investigación académica formal?; ¿es este *naciente* modelo eQtasis suficiente para argumentar en términos epistemológicos, teóricos y metodológicos una manera de trabajar la clínica y desde ahí la investigación? En un primer término pareciera ser que los varios proyectos no financiados, las colaboraciones fallidas con algunas entidades de la propia universidad y el rechazo a algunas iniciativas desde la propia facultad, hicieron pensar que la respuesta a estas preguntas es totalmente negativa. Sin embargo, el equipo de trabajo no cede ante las presiones de una universidad limitada por el *acreditacionismo*, *paperismo* y la cultura de

las evidencias, lo que le ha significado seguramente permanecer algo al margen de la investigación formal (entiéndase por sobre todo el imperio Fondecyt), pero aun así pudiendo trabajar y mantener algunos espacios de investigación clínica, asociados al trabajo de extensión académica y vinculación con el medio, algunos de ellos formalmente aprobados y remunerados, otros en los márgenes y la precariedad del voluntarismo.

### *Relación con la disciplina y la sociedad*

La relación tanto con la disciplina psicológica como con la sociedad, tal como se mencionó en el principio de este apartado, es abordada desde reflexiones y definiciones que han conllevado a un posicionamiento ético y político por parte de eQtasis, en lo referente a la labor del terapeuta o del operador social, o del formador, supervisor, según sea el caso.

La definición de una postura ética por parte del terapeuta eQtasiano es vista como una exigencia, a partir de ciertas incertidumbres propias de los modelos posmodernos, en cuanto éstos, en general, no plantean pautas o protocolos estandarizados de trabajo terapéutico, lo cual compromete al terapeuta a constantemente ejercer su responsabilidad, a estar decidiendo qué hacer frente a un determinado proceso terapéutico, desde cuestiones básicas como una convocatoria hasta las intervenciones como tal, haciéndose cargo de cada decisión que toma.

Este constante ejercicio de responsabilidad, si bien es más exigente para el terapeuta, a su vez le permite empoderarse más de su trabajo ya que se encuentra más consciente de las consecuencias de sus decisiones y en particular, de sus intervenciones.

La ética vendría siendo un cuerpo de posiciones, producto del ejercicio de concientizar los lugares desde dónde se sitúa el terapeuta frente a determinadas instituciones, exigencias, preguntas o temáticas y fruto de la reflexión sobre la responsabilidad del terapeuta, respecto a cuáles son las consecuencias de sus intervenciones o en torno a cuál es su rol en un proceso terapéutico y que, finalmente, le permiten decidir bajo qué marco epistemológico, paradigmático y teórico realizará su trabajo y en términos técnicos: definir hacia desde dónde y cómo se construirá el proceso terapéutico. Este “estar consciente” de la posición del terapeuta permite lidiar tanto con la demanda de “resolver los



problemas de los pacientes” como con la posición de poder unidireccional en la cual sitúa al terapeuta esta exigencia.

En su práctica clínica, el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica realiza constantemente un cuestionamiento hacia ciertas ideas y prácticas dominantes relacionadas con la Psicología que no sintonizan con planteamientos propios de la Actitud Posmoderna y del Construccinismo Social, sobre todo en términos de la legitimación de diferentes contextos y prácticas sociales y culturales; confiriéndole así un valor positivo a la diferencia y a la heterogeneidad, rescatando lo micro y lo local; reconociendo, además, el carácter constructor de realidades de cada sujeto y de los sujetos entre sí y por lo tanto, de conocedor(es) y experto(s) de distintas realidades.

Uno de los principales focos de reflexión y posicionamiento ético y político han sido ciertas demandas que la Psicología realiza al terapeuta, así como también ciertas exigencias que realiza al terapeuta la sociedad, vale decir, las personas, instituciones y contextos sociales tales como el judicial y el de salud pública. En la gran mayoría de los contextos donde se desarrolla el ejercicio clínico se encuentra presente la exigencia del uso del diagnóstico clínico, el cual ha sido objeto de un vasto análisis por parte de eQtasis, en tanto la categorización de las personas en base a diagnósticos suscita un rechazo no en términos de su utilización sino a las consecuencias que genera el categorizar a una persona con un determinado diagnóstico y encasillarla en él, adosándole un juicio de valor y homogeneizándolo, ya que se considera que limita las posibilidades de conversación respecto al problema, malestar o padecer con los cuales se inician y orientan los procesos terapéuticos. Esta crítica aparece en el equipo, es mencionada, e incluso algunas veces se parte desde ahí, pero sin actualizar ese argumento, sino más bien dando por sentado que ya ha sido suficientemente criticado.

Si bien existen ciertos resguardos al momento de iniciar un proceso terapéutico, en cuanto el equipo advierte a los sistemas consultantes que no darán una respuesta en términos de diagnóstico y mucho menos le indicarán una receta o un instructivo sobre qué deben hacer, el equipo puede mantenerse ajeno a los contextos institucionales que derivan casos al CAPs, los cuales en muchas ocasiones acarrear diagnósticos otorgados por las

instituciones. En esos casos, el diagnóstico es utilizado en la conversación terapéutica como fuente para la reflexión.

Para eQtasis, de lo que se trata no es de desechar a priori los diagnósticos con los cuales pueden llegar los sistemas consultantes, sino de ponerlos en juego en la conversación terapéutica de modo tal de otorgarle grados de libertad a la conversación respecto a esos temas, cuestionar que las cosas que se dicen que son respecto a una persona no necesariamente tienen que ser de esa manera, sino que también hay otras formas posibles de abordar los temas. Es decir, amplificar la mirada respecto al problema terapéutico aún desde una categorización que en muchas ocasiones tiene como consecuencia el restringir y rigidizar la visión sobre éste.

Otra práctica cuestionada, propia del ámbito de la salud mental, tiene que ver con la sobremedicación a la cual se ven expuestos los pacientes. En los inicios del eQtasis, se refiere una posición antipsiquiátrica en cuanto a la recomendación del uso fármacos en cuanto su abuso, en algunos casos, puede desresponsabilizar a los pacientes respecto al proceso terapéutico.

La reflexión en torno a las consecuencias del diagnóstico como la sobremedicación tienen directa relación con un planteamiento aún mayor: la despatologización, concebida como el ejercicio de trabajar las ideas que puede presentar un sistema consultante y su entorno respecto a su problema en términos de visualizarlo como algo propio e inherente a él y por lo tanto, inmodificable y/o sólo modificable por un experto ajeno a su cotidianidad, como un profesional de la salud mental.

Este ejercicio de desnaturalización de ideas rigidizantes tiene por objetivo el hacer consciente al sistema terapéutico sobre que las posibilidades de cambio y/o un cambio respecto a su vida y el problema que lo lleva a iniciar un proceso terapéutico, están dadas principalmente por él mismo, relevando la idea de sujetos como agentes de su vida y no como pacientes, en el sentido estricto de la palabra, no como un sujeto que recibe o padece la acción de otro.

Por otro lado, existe un reconocimiento social hacia el rol del psicólogo que deriva en una concepción generalizada de la relación sistema consultante-terapeuta, donde el primero, para resolver el problema que presenta al momento de iniciar un proceso

terapéutico, debe ser objeto de la intervención de un experto en salud mental y éste a su vez, realiza dichas intervenciones desde una posición directiva, propia de quien es capaz de identificar un funcionamiento anormal y a su vez, de corregirlo. Esta es una de las ideas más instaladas en nuestra sociedad, lo cual la constituye en una de las principales demandas que realizan hacia los profesionales de la disciplina psicológica las personas, instituciones y contextos sociales tales como el judicial y el de Salud Pública.

Esta exigencia social también ha sido cuestionada por eQtasis, en términos de la relación de poder unidireccional que le subyace, donde la posibilidad de cambio radica preponderantemente en el terapeuta y en su experticia, desconociendo el conocimiento sobre su propia vida que ha desarrollado el sistema consultante, dándole un lugar de objeto de una intervención. En ese sentido, el eQtasis asume una posición ética que en su práctica traduce en un intento de concientizar el rol de experto conocedor que posee el sistema consultante respecto a su vida, a sus relaciones, pensamientos, emociones y acciones, acrecentando un sentido de responsabilidad en torno a ellos y por lo tanto, ampliando un margen de responsabilidad y control sobre su vida, donde quien tiene el poder de realizar un cambio es el sistema consultante y no el terapeuta.

Junto a ello, el modelo de trabajo de eQtasis planteará que en toda práctica clínica hay un elemento político puesto en juego, imposible de deshacerse de él, lo cual aleja al terapeuta de una esperada posición de neutralidad y lo obliga a trabajar con sus propios contenidos y a plantearse preguntas, básicas, como ¿Cuál es el rol de la psicología clínica y del psicólogo en nuestra sociedad? ¿Reproducir un modelo social? ¿Qué no existan los problemas? ¿Solucionar todo? (White, Epton, Bianciardi). El terapeuta asume “una posición de antrópologo” (Bertrando) al enfrentar al sistema consultante en términos de una disposición de ir a conocer una realidad nueva, la cual permite curiosear pero al mismo tiempo lo ubica en una posición de poner en suspenso sus propios juicios, mas no sus prejuicios.

A su vez, eQtasis reconoce y defiende como directriz de su trabajo el respeto genuino por quien llega a consultar (o por quien realiza una demanda de asesoría en la análoga situación clínica que no es siempre necesariamente la psicoterapia), donde el

terapeuta/operador es respetuoso de las dinámicas y cultura del sistema consultante, no asumiendo un rol de normalizador social que orienta al sistema a adaptarse a lo que la sociedad espera de ellos, sino que colabora en la búsqueda de reflexiones sobre el problema terapéutico, que puede o no generar un cambio, a partir del cruce entre un experto en conducir un diálogo que generen novedad (terapeuta) y un experto en su vida (sistema consultante).

El respetar las dinámicas del sistema consultante plantea la necesidad de permanentemente contemplar las condicionantes sociales, políticas, económicas y culturales de los sistemas consultantes, las cuales deben ser consideradas respecto tanto de dichos sistemas como de los propios terapeutas. El principio del respeto en el proceso terapéutico también está presente en el ejercicio que realiza el equipo al momento de discutir cada situación clínica, generando un diálogo reflexivo que garantice el dar cabida al disenso de manera activa, cabida al prejuicio de cada uno de los integrantes del equipo para construir hipótesis, buscando precisamente cómo aprovechar ese disenso, así como también el prejuicio.

## **2.- CONCLUSIONES**

Ubicándose en el Enfoque Sistémico-Relacional, eQtasis ha desarrollado una serie de reflexiones, definiciones y posicionamientos en términos ontológicos, epistemológicos, paradigmáticos, teóricos, de modelos y técnicos, donde en su ejercicio clínico y formativo todos tienen un importante desarrollo, no obstante se aprecia una fuerte presencia y prevalencia de los aspectos onto-epistemológicos en relación al nivel teórico, dado que este último tiende a ser revisado, principalmente, bajo esta perspectiva, es decir, se rescata de las teorías los elementos más directamente asociados a la epistemología. Además, dichos elementos marcan una pauta importante de selección y filtro para los niveles de modelo y técnicos en tanto estos deben mantener un grado relevante de consistencia con éste.

En cuanto a lo onto-epistemológico, eQtasis recoge las propuestas provenientes del Construccinismo Social y la Perspectiva Posmoderna; en términos paradigmáticos actúa

desde una perspectiva relacional; teóricamente adscribe a las teorías relacionadas al Lenguaje, la Comunicación Humana, la Teoría General de Sistemas y la Cibernética.

Respecto al nivel de modelos y técnicas, el equipo reconoce una fuerte influencia de los modelos de Segundo Orden del Enfoque Sistémico, teniendo una mayor relevancia el Modelo de Milán, particularmente su versión post '90, seguido por el Modelo Narrativo y en una menor medida, el Modelo Conversacional. Dicha influencia se traduce en la concepción de terapia y sus objetivos; en las nociones de posición, actitud y responsabilidad del terapeuta; en el entendimiento de la relación que emerge a partir del encuentro del terapeuta y el consultante; y en las intervenciones que se realizan en el proceso terapéutico.

La práctica clínica de eQtasis ha tenido una trayectoria fuertemente vinculada a los procesos psicoterapéuticos dado que el equipo desarrolla sus actividades en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile. En ese sentido, la terapia ha sido objeto de una serie de reflexiones, definiciones y posicionamientos, siendo concebida como un proceso dialógico y reflexivo que nace a partir del malestar, sufrimiento o la sensación/convicción de que algo no está funcionando bien en la vida de una persona y que lo lleva a buscar los servicios de un profesional.

La relación que entabla el terapeuta y el consultante parte de la base de reconocer que ambos poseen experticia en diferentes ámbitos: el terapeuta es un experto en generar una conversación dialógica y reflexiva y el consultante es experto en su experiencia vital. Esta convicción es fruto de una reflexión y definición en torno a la posición, actitud y responsabilidad tanto del terapeuta como del consultante. En ese sentido, en el proceso terapéutico, desarrollar un sentido de responsabilidad es una directriz tanto para el terapeuta como el consultante. Para el primero significa situarse desde una posición y actitud de Curiosidad e Irreverencia, así como también ser consciente de las consecuencias de sus intervenciones y desde dónde provienen éstas en términos de sus conocimientos previos, sus prejuicios, su historia y sobre todo, desde el propio proceso terapéutico; para el segundo tiene que ver con aumentar su sensación o convicción que es agente y constructor de su vida y que, por lo tanto, las posibilidades de cambio respecto al problema que lo aqueja

pasan principalmente por lo que él pueda hacer. Para ello, el contexto terapéutico se hace cargo de los temas, los consultantes deben hacerse cargo de los problemas, lo cual implica que el objetivo de la terapia es concebido como la generación de reflexión y novedad en torno al problema terapéutico, lo cual en sí es entendido como un cambio en relación al concepto de Deutero-aprendizaje.

Respecto a los aspectos metodológicos, destacan como ejercicios fundamentales la Hipotetización y la Formulación de Preguntas, siendo ambos, además, bastante complementarios en tanto, el pensar permanentemente en explicaciones posibles sobre lo que está sucediendo en el espacio terapéutico inevitablemente se constituye en una fuente para la formulación de preguntas.

En cuanto a lo propiamente técnico, eQtasis se plantea receptivo a la utilización de diferentes técnicas y tácticas del Enfoque Sistémico-Relacional, de sus modelos de primer orden e inclusive de otros enfoques –como el Humanista o algunas perspectivas intersubjetivas- siempre que resulten consistentes con las bases epistemológicas, éticas y políticas de su modelo. Frecuentemente utilizadas son: el uso del genograma; las intervenciones mediante preguntas; intervenciones a través de devolución; el uso de tareas para el sistema consultante; las esculturas; la connotación positiva; el uso de cartas; la presentificación del tercero; el trabajo sobre aspectos analógicos; los diferentes tipos de ritualización; el equipo reflexivo, entre varias otras.

Consistente con la concepción y postulados fundamentales de la práctica clínica, es el funcionamiento y estructura del equipo, que a través de la grupalidad y la Asesoría, posibilita un trabajo caracterizado por una constante autoobservación y autocuestionamiento, lo cual genera una mayor apertura a lo observado en los procesos terapéuticos y formativos en base a un diálogo paritario y colaborativo. El funcionamiento del equipo propicia que cada uno de sus integrantes pueda ser un aporte en el trabajo cotidiano ya que se reconoce como valor a la diferencia y además, todo integrante tiene la posibilidad de asumir distintas responsabilidades y roles.

La práctica formativa es consistente con los postulados onto-epistemológicos a los cuales adscribe eQtasis, de los cuales derivan ciertas formas que la hacen ser reconocida

como un espacio valioso y enriquecedor para sus integrantes: paritaria basada en un principio de horizontalidad donde se propicia que cada terapeuta sea formando y formador a la vez; integradora de los conocimientos, experiencias, inquietudes, desconocimientos de los miembros del equipo; desprejuiciada de las ideas negativas asociadas a la falta de experiencia de los más novatos; reflexiva y responsabilizante para la figura del terapeuta; contenedora y acogedora, a través de la grupalidad acompañante, de las ansiedades de quienes inician sus primeras aproximaciones a la práctica clínica.

El ejercicio formativo se encuentra en todas las actividades de eQtasis, a través de instancias formales explícitamente establecidas con dicho propósito y también en la práctica clínica, dado el funcionamiento y estructura del equipo, donde todos sus integrantes son parte de los procesos terapéuticos mediante el trabajo en equipo y además, todos tienen la posibilidad de asumir distintos roles a lo largo de su estadía.

La formación del terapeuta resulta ser un ejercicio que aborda dos grandes perspectivas para éste: onto-epistemológica-ética-política y metodológica-técnica. La primera se refiere, principalmente, a reflexiones en torno a la posición, actitud y responsabilidad del terapeuta y cómo esta sustenta a lo técnico; la segunda se refiere a las tácticas y técnicas a desplegar en los procesos terapéuticos.

El sentido de responsabilidad que se propicia desarrollar en el terapeuta y en los consultantes también se extrapola hacia la relación que eQtasis entabla con su entorno, habiendo desarrollado reflexiones y definiciones en términos de ser capaces de responder por las acciones que se realizan. Esto ha conducido al equipo a tomar un posicionamiento respecto a ciertas prácticas, demandas y exigencias, con al menos tres relaciones: la institución universitaria donde realiza sus actividades; las exigencias de la disciplina psicológica; y con los requerimientos sociales, principalmente con las demandas de las personas hacia el rol del psicólogo.

La relación con la institución universitaria es vista en términos de las posibilidades, desafíos y limitaciones que le presenta al equipo, reconociendo que el espacio - eminentemente ligado a la docencia- posibilita la existencia de su modelo de trabajo clínico y formativo, además de participar activamente en espacios de docencia y extensión, no

obstante le confiere desafíos en relación a la validación antes sus pares académicos y profesionales bajo parámetros que no necesariamente son consistentes con definiciones epistemológicas y políticas del equipo, en términos de la estandarización de ciertas normas y códigos de la producción del conocimiento en el cual se ve inmerso el sistema universitario.

En tanto, la relación con la disciplina psicológica y con las demandas de la sociedad hacia el rol del terapeuta es planteada de una manera crítica en un plano ético y político. Existen ciertas prácticas en el ámbito de la salud mental, provenientes de la histórica vinculación de la Psicología con el modelo médico, que han sido objeto de cuestionamiento por parte de eQtasis en cuanto las consecuencias que conllevan en los consultantes. Por ejemplo, la sobremedicación y el uso del diagnóstico centrado en la idea de patologización son abiertamente criticadas por el equipo en relación a la desresponsabilización que puede generar en los consultantes respecto a los problemas terapéuticos que presenta.

Por otro lado, sobre las demandas de la sociedad hacia el rol del terapeuta, concebido generalmente como un experto que puede entregar soluciones a los problemas de sus usuarios es otra idea que ha sido cuestionada y frente a la cual se propone un constante trabajo de concientización, tanto para el terapeuta como para los consultantes, respecto a las posiciones que cada uno ocupa y las responsabilidades que a cada uno le compete en el contexto terapéutico, de modo tal de redefinir las competencias de cada uno.

### **3.- REFLEXIONES FINALES Y PROYECCIONES**

El ejercicio de sistematizar una práctica clínica en términos de su correspondencia tanto con niveles meta-teóricos y teóricos como con un nivel de modelo y técnico implica necesariamente visibilizar ciertas metareflexiones y metadefiniciones que, en su calidad de tal, cruzan todo el operar clínico. Estas reflexiones, posicionamientos y definiciones guardan relación con la actitud, posición y responsabilidad de los integrantes de un proceso terapéutico, es decir, terapeuta y sistema consultante.



Resulta complejo pensar que para la formación de un terapeuta sólo baste el estudio y práctica de teorías estrictamente ligadas a los problemas psicológicos y sociales que enfrentará en el box de atención o junto a esto, el estudio de estrategias y técnicas de intervención. Se requiere reflexionar y concebir, en una dimensión ética y política, la relación terapéutica que se pretende entablar para la consecución de los objetivos del proceso terapéutico que se realizará. Un modelo de trabajo clínico necesariamente debe cuestionar y definir qué actitud, posición y responsabilidad emergen y derivan, dialécticamente, tanto de sus concepciones meta-teóricas y teóricas como de la práctica misma. Dicho ejercicio debe ser pensado desde la perspectiva del terapeuta y del sistema consultante ya que ambos colaboran y construyen el sistema, la relación y el proceso terapéutico.

La actitud y posición tendrían que ver con un reconocimiento de los actores de la terapia desde dónde y cómo se observan, se conocen, se relacionan; desde dónde provienen sus prejuicios y conocimientos, con el objeto de ser conscientes sobre cómo estos elementos operan en el proceso terapéutico. La responsabilidad implica asumir ciertos compromisos básicos en la terapia en términos de reflexionar y llevar a la práctica sobre de qué se hace cargo cada uno de los integrantes del sistema terapéutico a lo largo del proceso terapéutico.

Ser consciente y tener definiciones sobre la actitud, posición y responsabilidad del terapeuta entregaría mayores grados de libertad para el operar de éste en cuanto tiene conocimiento de sus posibilidades y límites al momento de realizar su labor en el proceso terapéutico. A su vez, dicho conocimiento posibilitaría un mayor involucramiento en la práctica clínica en tanto es capaz de responder por cada estrategia y/o intervención que realiza en cuanto las consecuencias de éstas en los procesos desarrollados.

En tanto, para el sistema consultante, ser consciente de su actitud, posición y responsabilidad en el proceso terapéutico (cuestión que también pasa por la posibilidad que le entrega el terapeuta) le permitiría visualizarse como agente y constructor de su vida y de este modo, dimensionar las posibilidades de cambio respecto al problema que lo ha llevado a buscar un proceso terapéutico.

Por otra parte, un modelo de trabajo clínico al momento de ser implementado necesariamente involucra el desarrollo de un modelo de formación, no sólo porque la realización de procesos terapéuticos en sí mismos representa una fuente de aprendizaje, sino que también de su forma de ser transmitido y enseñado deriva un modelo de formación. Pensando en un modelo de formación, la explicitación de las bases meta-teóricas y teóricas de un modelo clínico resultaría necesaria en tanto sería deseable que exista consistencia y congruencia entre práctica clínica y práctica formativa: aprender a hacer algo involucra un meta-aprendizaje y dicho aprendizaje se genera desde todos los ámbitos posibles puesto que emerge a partir de una visión epistemológica y ontológica. Se plantea, entonces, un *aprender aprendiendo* ya que existiría una suerte de homologación procedimental entre un proceso terapéutico y un proceso formativo en cuanto al concepto de Deutero-aprendizaje y resultaría imposible realizar una escisión entre ambos procesos respecto a la actitud, posición y responsabilidad de los integrantes de un proceso terapéutico y los integrantes de un proceso formativo. Si en un proceso terapéutico defino la actitud, posición y responsabilidad de sus integrantes resultaría bastante complejo que no exista congruencia o similitud de éstas en un proceso formativo.

Por otro lado, resulta necesario tener presente que desarrollar prácticas clínicas y formativas basadas en directrices y principios participativos, democratizadores y responsabilizantes de sus integrantes requieren, ineludiblemente, de tiempo y estructuras organizacionales idóneas para sustentarlas.

Cabe señalar que la sistematización de una práctica clínica y formativa posibilita no sólo su replicabilidad y transmisión sino que también permite que éstas establezcan diálogos con otras prácticas del propio enfoque o provenientes desde otras perspectivas, lo cual es una fuente de enriquecimiento para las propias prácticas en tanto que la conversación dialógica con los pares, en sí misma, es generativa de nuevas ideas y sentidos así como también permite revisar y someter a análisis lo desarrollado.

Como limitación del presente estudio, puede señalarse que resulta necesario tener la precaución de leer a la sistematización y al fruto de ésta –a priori- como una suerte de fotografía tomada en un determinado tiempo y contexto. Más aún, considerando tanto el

dinamismo como la valorización positiva de la flexibilidad que caracterizan al Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica de la Universidad de Chile, los cuales a su vez plantean una proyección de esta investigación en cuanto, probablemente, en un par de años más, será necesario revisar, bajo otro momento, los elementos del modelo de eQtasis que emergen a partir de la presente investigación.

Asimismo, como proyecciones del estudio, resultaría interesante indagar en otros ejercicios clínicos que exceden las fronteras de la psicoterapia y que en el último tiempo eQtasis ha iniciado un camino, tales como son las intervenciones psicosociales, trabajo con familias en contextos no psicoterapéuticos y la posibilidad de insertar una forma de pensar con el sello del equipo en la investigación clínica (cuestión que ya está en curso), así como también la participación directa en la generación de políticas públicas. Ahora bien, éstas son también proyecciones propias del equipo, pero tienen relación directa con el presente estudio en la medida que es, precisamente la delimitación de este modelo, lo que permite que se extienda el mismo hacia otros contextos.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Amezcuca, M. (2000). *El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante*. Extraído el 10 de Enero de 2015 desde <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Avellaneda: Amorrortu Editores.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bianciardi, M. (2002). Sobre la enseñanza de la práctica clínica. *Revista Connessioni*, 2002, Septiembre, 25-35.

Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*. Avellaneda: Amorrortu Editores.

Bustos, M. y Campillay, M. (2010). Reflejos de la psicoterapia en la formación: la co-construcción de una relación de asesoría como modelo de trabajo en equipo. Gálvez (comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp. 115-131). Santiago: Mínima Ediciones.

Bustos, M. y Hernández, P. (2007). *Hacia un programa de formación en habilidades comunicacionales analógicas para psicoterapeutas*. Memoria para optar al título de psicólogo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Calventus, J. (2000). Acerca de la relación entre el fundamento epistemológico y el enfoque metodológico de la investigación social: la controversia “cualitativo vs. cuantitativo”. *Revista de Ciencias Sociales*, 2000, Septiembre, 7-16.

Campillay, M. y Fuentes, M. (2006). *El equipo en el espejo: El trabajo en equipo como una experiencia de formación en psicoterapia sistémica*. Comunicación presentada en las Jornadas CAPs realizadas en Diciembre de 2006.

Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta de Moebio, Septiembre, 2005*, 1-14. Extraído el 10 de Enero de 2015 desde [www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/23/index.htm](http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/23/index.htm)

Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Revista Sistemas Familiares, 1989, Abril*, 9-17.

Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

De Tezanos, A. (2002). *Una etnografía de la etnografía*. Bogotá: Ediciones Antropos.

Gálvez, F. (1999). *Construyendo la Figura X*. Datos no publicados.

Gálvez, F. (2008). *La construcción de personajes terapéuticos*. Ensayo creado originalmente para Magíster de Ontoepistemología de la praxis clínica, Universidad Mayor.

Gálvez, F. (2010a). Prólogo. Formación, deformación, deconstrucción para una clínica atenta. Gálvez (comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp. 9-19). Santiago: Mínima Ediciones.

Gálvez, F. (2010b). La construcción de personajes terapéuticos. Propuestas para una formación en psicoterapia observante de la posmodernidad. Gálvez (comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp. 91-112). Santiago: Mínima Ediciones.

Gálvez, F. (2011). *Postulación del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) para transformarse en Programa del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile*. Datos no publicados.

Gálvez, F. y Martic, D. (comp) (2012). *Apoyo teórico-práctico para Asistentes Técnicos*". Documento de Trabajo. Ministerio de Desarrollo Social - Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. ISBN 956-326

Gergen, K. y Warhus, L. (2003). *La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Extraído el 10 de Febrero de 2015 desde <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/web/printerfriendly.phtml?id=manu18>

Gutiérrez, B. (2010). *Introducción a los métodos cualitativos: el grupo de discusión*. Documento creado para el Centre de Política de Sòl i Valoracions, Universitat Politècnica de Catalunya. Extraído el 10 de Enero de 2015 desde [http://upcommons.upc.edu/eprints/bitstream/2117/12384/1/Report1\\_BlancaGuti%C3%A9rez.pdf](http://upcommons.upc.edu/eprints/bitstream/2117/12384/1/Report1_BlancaGuti%C3%A9rez.pdf)

Hernández, C., Fernández, P. y Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Huertas, E. y Vigier, F. (2010). El grupo de discusión como técnica de investigación en la formación de traductores: dos casos de su aplicabilidad. *Entreculturas, 2010, Diciembre*, 181-196.

Lyotard, J. F. (1992). ¿Qué es lo postmoderno?, *Revista Zona Erógena, (12)*. Extraído el 10 de Marzo de 2015 desde [www.enformacionsistemica.cl](http://www.enformacionsistemica.cl)

Martic, D. y Muñoz, J. (2010). *Hacia la Construcción de Personajes Terapéuticos: Experiencia de un taller piloto en la formación de terapeutas desde una mirada sistémica posmoderna*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Martínez, M. (2005). *El método etnográfico de investigación*. Extraído el 10 de Enero de 2015 desde <http://investigacionpostgrado.uneg.edu.ve/intranetcgip/documentos/225000/225000archivo000002.pdf>

Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IPSI*, 9, 123-146

Mora, H. (2010). El método etnográfico: origen y fundamentos de una aproximación multitécnica. *Revista FQS*, 11, 1-31. Extraído el 10 de Enero de 2015 desde <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/1283/2956>

Palazolli, S., Boscolo, L., Cecchin, G y Prata, G. (1980). Hipotetización-Circularidad-Neutralidad Tres Guías para el conductor de la sesión. *Family Proces*, 19, 3-12.

Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 18, 39-49. Extraído el 10 de Enero de 2015 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>

Ruiz, J.L. (2003). *El Diseño Cualitativo*. Cap. 2 En Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed. Bilbao. Universidad Deusto

Senda - Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales (2012) "*Estrategias de Intervención Selectiva e Intervención Temprana*" Documento de trabajo, En Edición.

Sename Deprode – Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales (2010) "*Manual de Herramientas teórico prácticas para intervenciones de calidad, centradas en*

*el vínculo en la atención a niños, niñas y adolescentes en Programas de Protección especializados*". Servicio Nacional de Menores, Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile.

Serbia, J. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Revista Hologramática*, 3 (2007), 123-146. Extraído el 10 de Enero de 2015 desde [http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7\\_vol3pp123\\_146.pdf](http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf)

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Zlachevsky, A. (1996). Una mirada constructivista en psicoterapia. *Revista Sociedad Chilena de Psicología clínica*, 6 (2), 1-12.

Zlachevsky, A (2002). *Entrevista Interventiva*. Extraído el 17 de Febrero de 2015 desde <http://es.scribd.com/doc/218686513/Zlachevsky-A-sin-ano-Entrevista-interventiva#scribd>

Zlachevsky, A. (2003). Psicoterapia Sistémica centrada en Narrativas. Una aproximación. *Revista Límite*, 2003, 47-64.

Zlachevsky, A. (2010). La importancia de reflexionar sobre lo ontológico en el proceso de formación de terapeutas. Gálvez (comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp. 23-42). Santiago: Mínima Ediciones.