

La terapia sistémica de Milán: Historiografía, actualizaciones y traducciones.

Luigi Boscolo - Paolo Bertrando - Felipe Galvez Sanchez

La **terapia sistémica de Milán**, conocida en los países anglosajones como Milan Approach (Hoffman, 1981) es un modelo terapéutico fundado sobre las teorías de Gregory Bateson (1972). Originalmente aplicado solamente a la terapia familiar, el modelo de Milán es utilizado además en el trabajo individual, de pareja, con grupos y con organizaciones (Campbell y cols., 1991).

El modelo sistémico hacia el siglo XXI

Narraremos brevemente la historia del enfoque milanés, como ha sido desarrollado por el grupo original de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata): el trabajo del grupo se inserta en sus inicios en la línea de las terapias estratégicas para emerger más tarde, después de una década, como uno de los principales ejemplos de terapia sistémica, fundada sobre los principios de la cibernética batesoniana, desembarcando en el constructivismo, el construccionismo social, el posmodernismo y la narrativa (Bertrando, P., Toffanetti, D. 2000) En los primeros años de la década del '70, el grupo de Milán, después de un período de terapia de la familia bajo una orientación psicoanalítica (1967-1971), adoptó el modelo sistémico estratégico del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, influenciado por las ideas de Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson, Milton Erikson (Watzlawick y cols. 1967; Haley, 1963). En este primer período de actividad de grupo, que duraría hasta 1975, la terapia estaba siempre como un ofrecimiento a toda la familia a la que se le presentaba un problema, incluso cuando éste estaba relacionado con sólo uno de sus miembros (el "paciente índice").

Un espejo unidireccional dividía la sala de la terapia de la sala de observación. El equipo terapéutico se encontraba, en general, antes de cada sesión para formular alguna hipótesis de trabajo según las informaciones recibidas previamente. Por lo tanto, el terapeuta, o como sucedía regularmente, la pareja de terapeutas, iniciaba la sesión mientras el resto del equipo observaba detrás del espejo. La sesión podía ser interrumpida ya sea por los terapeutas como también por los miembros del equipo de supervisión; en ambos casos, terapeutas y equipo se reunían brevemente en la sala de observación para un intercambio de ideas. Al final de la sesión, terapeutas y equipo se encontraban nuevamente, esta vez por un tiempo más largo, a veces más de una hora: la discusión conducía hacia una serie de hipótesis que confluían en una hipótesis sistémica, capaz de dar un sentido a los comportamientos observados en relación al síntoma. A partir de la hipótesis sistémica, después, se construía una "intervención final", que podía consistir en una reformulación, una prescripción con una tarea para seguir en casa, o bien con un ritual. El terapeuta o la pareja de terapeutas eran quienes debían sugerir a la familia esta intervención final. El equipo buscaba crear una hipótesis sistémica respecto a la modalidad con la cual la familia se había organizado en relación al síntoma o los síntomas presentados; las hipótesis, por lo tanto debían corresponder a aquello que era definido como el "juego familiar". Para ser eficaces, las hipótesis debían corresponder, en cierto sentido, al juego familiar, así como una llave corresponde a su cerradura.

El libro "Paradoja y contraparadoja" (Selvini-Palazzoli y cols., 1975), que describe el trabajo con 15 familias, con un miembro diagnosticado como esquizofrénico, narra que entrar en una relación con aquellas familias era como entrar en un laberinto. Era muy difícil llegar a hipótesis que tuvieran un sentido para cada uno de los miembros del equipo, lo que provocaba un cierto sentido de confusión y frustración. La teoría del doble vínculo (Bateson y cols., 1956) fue vital en la comprensión del síntoma psicótico, basándose en las paradojas emergentes de la confusión de niveles lógicos. Uno de los objetivos de la terapia era eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos disfuncionales, dejando espacio al posible surgimiento de configuraciones más funcionales y más flexibles. Tal objetivo era alcanzado a través de la

connotación positiva de todos los comportamientos, sintomáticos o no (reformulación paradójal) y por medio de los rituales familiares.

Alrededor de 1975, la publicación de las obras de Bateson en el volumen "Steps to an ecology of mind" (Bateson, 1972), abrió al grupo nuevos horizontes. El modo de pensar y de trabajar cambió drásticamente. El intento consistía en transferir la epistemología cibernética de Bateson a la práctica clínica, el pensar en modo sistémico para actuar en modo sistémico.

Respecto a las posiciones del Mental Research Institute, los escritos originales de Bateson se acercaban a un pensamiento sistémico puro y complejo. La distinción entre mapa y territorio, las categorías lógicas del aprendizaje, el concepto de mente como sistema y sistema como mente, la noción de epistemología cibernética, y la introducción de la semántica asumieron una posición central. La aplicación de estas ideas en el campo clínico llevó a un desarrollo de un nuevo método de recolección y elaboración de la información y de las intervenciones sobre los sistemas humanos. Fueron enunciados tres principios para la conducción de las sesiones: Hipotetización, circularidad y neutralidad, que se transformaron en la marca distintiva del modelo (Selvini-Palazzoli y cols., 1980b). Se hace incapié en que se use el concepto de hipotetización y no de hipótesis, precisamente para dar cuenta de un proceso, de esto nos ocuparemos más adelante.

En 1979, Selvini-Palazzoli y Prata abandonaron el Centro para continuar su propia investigación sobre las familias. Esta investigación, fundada sobre una cibernética de primer orden estaba dirigida a "descubrir" posibles organizaciones familiares específicas ("juegos"), relativas a síndromes específicas, como la anorexia y la psicosis. Luego, en 1983, Mara Selvini-Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino formaron un equipo para llevar a cabo una investigación sobre las tipologías familiares, cuyos resultados fueron publicados en el texto "Los juegos psicóticos en la familia" (1988).

Boscolo y Cecchin prosiguieron en su propia investigación, que siguió un camino distinto, influenciado notablemente por un cambio de contexto. En 1977, de hecho, ambos terapeutas habían iniciado un curso de formación en terapia familiar sistémica. Las familias eran vistas por uno o dos terapeutas, frecuentemente alumnos en formación, mientras que detrás del espejo observaban los demás alumnos, junto a dos docentes. Se había de esta forma, pasado a la investigación sobre la formación y la terapia. Los roles se hicieron cada vez más complejos: por ejemplo un docente se podía encontrar en un determinado momento en el rol de terapeuta, supervisor, etcétera.

Particular importancia tuvieron los encuentros personales, a veces bastante prolongados, con Humberto Maturana, Heinz von Foerster y más tarde con Ernest von Glasersfeld. Maturana llevó a una posición central al observador: "Todo aquello que ha sido dicho, ha sido dicho por un observador" (Maturana y Varela, 1974). Además de esto, era primordial, en su pensamiento, el concepto de autonomía organizativa de los sistemas vivientes, que lo conducía a teorizar la imposibilidad de las **interacciones instructivas**, es decir, la imposibilidad de interacciones que pudieran obtener directamente un cambio en el sistema viviente: el sistema responde según su propia organización y por consecuencia a través de su propia historia. Según Maturana y Varela, la realidad surge en el lenguaje a través del consenso: en esta óptica, existen tantas realidades como conversaciones posibles. Von Foerster (1982) introduce el concepto de cibernética de segundo orden, o cibernética de los sistemas observantes: el observador entra en la descripción de aquello que es observado, de este modo, observador y observado no pueden ser separados. Von Glasersfeld, por último, abre el camino a los conceptos del constructivismo radical.

El efecto combinado de estas actividades y encuentros, abre los límites de lo que se consideraba como familia, dando paso a una amplia gama de sistemas humanos en interacción. La atención se cambió desde el sistema observado al sistema observante. Ambos eran concebidos ahora como "mentes" dotadas del mismo grado de organización: los clientes (término que se usa en el Modelo de Milán para evitar el complicado uso del concepto de paciente o el ambiguo concepto de consultante) observan a los terapeutas de la misma forma que éstos últimos los observan a ellos. Como consecuencia, coherentemente con las perspectivas constructivistas y de cibernética de segundo orden, el énfasis pasó desde el

comportamiento observado a las ideas, a las teorías, a las premisas personales de los componentes del sistema observante. La familia ya no es más vista como una “máquina homeostática” que el terapeuta debía conocer antes para luego reparar. Se empieza a centrar el interés en aquello que sucede en la sesión, en el intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y clientes, es decir, se presta mayor atención al proceso terapéutico que a la intervención final. Terapeuta y equipo dejan de considerar al sistema como constituido únicamente de la familia que se presentaba en sesión y comienzan a formular hipótesis sobre el **sistema significativo** relacionado con el problema presentado. Por sistema significativo se entiende el sistema de relaciones entre las personas involucradas en el problema presentado, comprendidos los expertos y los servicios sociales y sanitarios, y también el terapeuta, con sus propias teorías y prejuicios.

Los conceptos constructivistas condujeron a tomar mayor atención, cada vez que se evaluaba un sistema, a las posiciones de cada uno de los observadores que forman parte del sistema significativo. Se conoce cada vez más un sistema cuando se toma en consideración los diferentes puntos de observación. Si el terapeuta, en vez de crear una hipótesis en base a sus propios prejuicios y desde su único punto de observación, busca imaginar y relacionar las posibles hipótesis o puntos de vista de los otros miembros del sistema significativo del cual forma parte, puede construir una hipótesis más compleja, **pluricéntrica** y, en cierto sentido, colectiva.

El proceso evolutivo hasta aquí descrito puede ser inserto en un amplio marco cultural: el posmoderno (Gergen, 1999; Rosenau, 1992), una manera de pensar que influencia las más variadas disciplinas, incluida la terapia (O'Hara y Anderson, 1991; Gergen, 1991; Doherty, 1991). El pensamiento posmoderno rechaza las metanarraciones, término con el cual son identificados los sistemas globales que se ponen como absolutos y “verdaderos”. Para los posmodernos, que consideran cada teoría o sistema de pensamiento como nada más que una narración, es más importante concentrarse en las narraciones locales y tradicionales o en las micronarrativas, que se presentan simplemente como historias, sin pretensiones de veracidad, absolutismo o universalidad. En la historia única y progresiva, el posmoderno sustituye a la **genealogía** (Foucault, 1966), un proceso fluido que acoge no sólo a las grandes historias, sino también a aquello que está disperso, a lo marginal, lo alternativo. Es a esta idea de la genealogía a la cual White y Epston (1989) se inspiran para definir la terapia como **el recuperar resultados únicos y la creación de historias alternativas**.

El constructivismo dejaba abierta una dicotomía, aquélla entre el observador y lo observado, concebidos como distintos (Fruggeri, 1995). De este modo, la perspectiva sistémica se desplazaba desde una visión externa al individuo (outsight) a una visión interna (insight). La superación de tal dicotomía implicaba otro cambio de perspectiva, desde el constructivismo al construccionismo social.

Mientras el constructivismo pone el acento en el observador y en sus construcciones mentales, el construccionismo social lleva a las relaciones a un primer plano, vistas en una clave distinta a las primitivas teorías cibernéticas: ya no son más la expresión de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje o de significado. El paso de una perspectiva sincrónica –basada en el atribuir importancia a los patrones relacionales, característica del período estratégico– a una perspectiva diacrónica –a la cual hemos sido conducidos sobre todo con la lectura de Bateson, de Saussure (1922) y de Bruner (1986)– nos ha llevado poco a poco a desarrollar un particular interés por las historias, cómo éstas se construyen y cómo son construidas. Como la apertura de la “caja negra”, que a mediados de los años '70 nos condujo a interesarnos en los significados, del mismo modo, la apertura del marco temporal del presente, al pasado y al futuro, nos ha estimulado a trabajar sobre las conexiones de eventos y significados en el fluir del tiempo. Nos hemos interesado en cómo los clientes conectan eventos y significados de su pasado para explicar en modo **determinístico** su presente, vinculando el futuro.

En este punto de nuestro recorrido teórico, tendemos a considerar el modelo sistémico como una derivación batesoniana, enriquecido con las contribuciones del constructivismo, con la cibernética de segundo orden y el construccionismo, como nuestra metáfora guía, nuestro lente

privilegiada, aunque sí, recientemente hemos agregado otras lentes de gran interés y utilidad, como las lentes del tiempo, del lenguaje y la lente de la narrativa. Definimos nuestro modelo como epigenético, de manera tal que permita una integración entre las diferentes contribuciones sobre las cuales nos acercamos al interior de una óptica primordial, que para nosotros sigue siendo el modelo sistémico batesoniano.

El análisis batesoniano, centrado en la epistemología cibernética, se basa en circuitos recursivos que conectan al observador con lo observado según las dos modalidades ya descritas, que se pueden reconocer en la visión constructivista (en la cual el individuo que observa construye) y en la visión construccionista (en la cual el observador y lo observado son al mismo tiempo “construidos” y constructores del contexto relacional y cultural en el cual existen). De este modo, parece posible mantener una visión de verdad en grado de superar las dicotomías.

Principios generales de la terapia

Rol del terapeuta

Son complejos los requisitos del terapeuta sistémico, ya que se debe desenvolver en un contexto familiar y/o individual. Los sintetizaremos brevemente a continuación:

- Se requiere antes que nada la capacidad de adoptar una posición que permita escuchar a los clientes. Estas posiciones son más evidentes en el contexto de la terapia individual que en la terapia familiar, en la cual los terapeutas son más bien directivos y activos en el transcurso de la sesión. En ambos casos, la actitud de escucha es activa y no pasiva, es empática en el sentido de lograr “ponerse en el lugar del otro”, transmitiendo su propia participación emotiva.
- Un requisito importante del terapeuta es la curiosidad (Cecchin, 1987) en relación a los clientes, de su historia y de la evolución del proceso terapéutico. Gracias a ello, el terapeuta evita encasillarse en intercambios redundantes y repetitivos, que pueden llevar a un impasse.
- La capacidad, por parte del terapeuta, de mostrarse positivamente (Lai, 1985) es otro importante recurso del terapeuta, que facilita (o hace más atractivo) su trabajo y la aceptación de los clientes, los cuales pueden, a través de ello, ser positivamente influenciados. La pregunta que cada tanto el terapeuta debiera formular podría ser: “¿Qué cosa podría hacer ahora, que me haga sentir mejor y así poder ayudar de una mejor manera a mis clientes?”. Se puede discutir el hecho de que la habilidad del terapeuta en el escuchar, en la empatía, en su curiosidad, en su sentido del humor, sean los elementos terapéuticos inespecíficos más importantes para el logro de una buena terapia, especialmente una terapia de carácter **explorativo**.
- El terapeuta sistémico se interesa en el diálogo interno del cliente y también en su diálogo externo; estará atento entonces al sentido que las ideas, palabras y emociones del cliente tienen en relación a sí mismo y sus sistemas de pertenencia, y al sistema terapéutico.
- Es característico del modelo sistémico, que el terapeuta mantenga una visión circular de los eventos, junto a aquella linealidad propia del sentido común. Tal perspectiva implica la renuncia a considerar un evento, como causa suficiente de otro y lleva además, a considerar las relaciones recíprocas entre los eventos y las acciones humanas (Bateson, 1972; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). La visión circular, naturalmente, no se aplica solamente a los eventos del mundo del cliente, sino también a todo lo que sucede en la terapia. El principio de circularidad en la conducción de la sesión se basa en la observación de las retroalimentaciones, es decir, en los mensajes verbales y no verbales del cliente. Para una mayor precisión, el terapeuta debería ser consciente, además de las propias retroalimentaciones en relación al cliente, es decir, posicionarse en una visión externa (outsight) desde la cual observar la interacción, lo que conduce a una concepción verdaderamente coevolutiva de la terapia. Cada intervención del terapeuta se basa en

mensajes del cliente y éstos, a su vez, se basan en relación a mensajes anteriores. Más que hablar de una visión sencillamente circular, conviene hablar de una visión “espiral” (Bateson, 1979), que considere el tiempo. En esta visión, los eventos se influyen retroactivamente alcanzando cada vez un resultado diferente del cual iniciaron, proceso que de hecho se representa como un espiral.

- Es oportuno que el terapeuta tenga conciencia del problema del poder en la relación terapéutica y en las relaciones del cliente con sus sistemas de referencia y de los roles sexuales (**género**).
- Un punto que no se debe olvidar, es que el terapeuta debe estar consciente de que su lectura propuesta (como cualquier otra) al interior de un contexto terapéutico, no es objetiva sino que está influenciada por sus premisas, experiencias y teorías. La conciencia de esto le permite mantener cierta distancia y autonomía de sus propias lecturas, tanto como para poder experimentar la creatividad.

En nuestro modelo, un rol importante que respecta al equipo de observación, ya sea un equipo en formación o un equipo que únicamente se dedica a la práctica clínica, es que, de hecho, tiene la tarea de generar hipótesis: sobre el cliente, pero además sobre el terapeuta y las emociones, y también sobre la relación entre terapeuta y cliente. Este tipo de hipótesis asume un valor similar al análisis de la contratransferencia en una supervisión psicoanalítica, con la diferencia que se desarrolla en vivo, en el aquí y ahora de la sesión, de manera que la retroalimentación es inmediata y vivaz.

El trabajo en equipo ha conducido a una visión polifónica de la terapia. En las discusiones detrás del espejo, en la cual cada miembro del equipo comunica sus propias emociones y sus propios puntos de vista, nos hemos acostumbrado a contar siempre con puntos de vista diferentes. Y, sobre todo, nos ha entrenado en la idea de considerar siempre un “detrás del espejo” como una posibilidad de aumentar nuestra capacidad de salir de la inmediata relación. Este modo de trabajar, desarrollado en la investigación, en la formación y en la terapia de la familia, se ha transformado para nosotros en un método que, naturalmente, nos influencia desde que trabajamos individualmente, es decir, con un sólo cliente.

Esto está también ligado al rol de la formación personal del terapeuta (del participar él mismo de una terapia) en su proceso de formación personal. Es bien conocido que muchas formas de terapia exigen, para alcanzar el estatus de terapeuta, haber participado en una terapia personal. Nuestro modelo no exige una terapia personal, pero sí, es cierto que considera indispensable que sea el aprendizaje en grupo (en equipo) el que desarrolle la función de la formación personal.

Inicialmente, los alumnos eran formados para desarrollar sustancialmente habilidades técnicas; gradualmente, la formación ha asumido un tono bastante acentuado de formación personal a través de los grupos de aprendizaje. Al interior de la formación sistémica, al alumno le es posible realizar un trabajo sobre sí mismo, un trabajo que, de todas formas, mantiene un amplio rango de libertad (no hay insistencia, ni tampoco es fuertemente aconsejado que sigan una terapia personal) y que siempre tiene su punto fijo en el aquí y el ahora del grupo de formación. Tales actividades permiten, según las modalidades antes expuestas, la construcción de una “mente colectiva” (en el sentido que Bateson da a este concepto) que elabora el trabajo teórico y la práctica clínica conectándolos de manera circular. El alumno se encuentra por lo tanto inserto en un proceso continuo de retroalimentación gobernado y regulado por los docentes (Boscolo y cols., 1995).

Objetivos

Los objetivos de la terapia reflejan evidentemente la teoría, experiencia y prejuicios del terapeuta. Al momento de definirlos, debemos, ante todo, tener en cuenta los objetivos de los clientes. Éstos podrían estar buscando solamente salir de una crisis y liberarse de eventuales

síntomas presentes. O quizás, tener la sensación de que el síntoma representa la punta de un iceberg, de “algo que no funciona”, de lo cual no se comprende siquiera su naturaleza. O quizás esta sensación puede aparecer cuando, una vez que ha desaparecido el problema presentado, permanece o se acentúa el estado de ansiedad o de inseguridad. Es posible que algún miembro de la familia desee modificar una situación relacional de la familia, o del trabajo, buscando en la terapia algunos caminos, alguna luz, que le permitan ayudar a cambiar incluso a los otros. Es posible también que uno de los clientes, de manera encubierta, haya solicitado participar en una terapia, no por sí mismo, sino para amainar las angustias de un grupo de personas preocupado por un presunto problema.

Estos terapeutas buscarán crear, con los clientes, un contexto terapéutico de exploración común y búsqueda en la cual la globalidad de la persona ocupará la posición central. En estos casos, la terapia es por lo general de mayor duración, los síntomas pierden la importancia y son considerados epifenómenos de conflictos internos o relacionales, mientras que asume una importancia mayor la naturaleza de la relación que los clientes tienen consigo mismos y con los otros. En este sentido, cobra relevancia también la relación que se establece entre terapeuta y cliente.

En nuestro modo de trabajar, el objetivo general es crear un contexto relacional de **deutero-aprendizaje**, es decir, aprender a aprender (Bateson, 1972), en el cual los clientes puedan encontrar sus propias soluciones, sus posibles salidas de la dificultad y el sufrimiento. Con este fin, se explora el contexto en el cual viven y en el cual se manifiestan los problemas. Buscamos conocer profundamente el sistema que se ha organizado alrededor del problema (Anderson y cols., 1986), es decir, los eventos, los significados y las acciones que inicialmente se han organizado en torno a ellos y las relaciones con los sistemas significativos (familia, grupo de pares, expertos, etc., incluyendo naturalmente al terapeuta) que contribuyen a la evolución y al mantenimiento de los problemas. Este trabajo de exploración permite llegar, junto con los clientes, a una definición compartida de los objetivos iniciales, que podrán ser después eventualmente modificados según aquello que surgirá en el transcurso de la terapia.

Principios y técnicas de la terapia

La convocatoria

En sus orígenes, el modelo de Milán suponía que a la terapia fueran siempre convocados todos los miembros de la familia nuclear. La evolución del modelo terapéutico ha llevado a aceptar aquello que el sistema familiar “escoge” traer a la terapia. Se ha pasado así al principio de que **venga aquél que desee venir**.

Ahora tenemos la convicción de que la convocatoria de subsistemas familiares definidos al interior de la terapia, es un instrumento esencial para el proceso terapéutico, incluso para facilitar no sólo las acciones del terapeuta, sino también los momentos cruciales, como es la definición de los objetivos. Por ejemplo, convocar a un sólo cliente después de la primera sesión puede permitir definir la terapia como individual, modificándose sensiblemente los objetivos.

Asimismo, en el transcurso de las terapias definidas como familiares, el convocar a un subsistema puede tener efectos de importancia. Esta modalidad permite a los terapeutas, por una parte, ser colaboradores con la familia que tiene dificultades en presentarse en conjunto a la terapia, por otro lado, crear en la familia espacios de diferencias que permitan el surgimiento de nueva información. Respecto a esto, se puede distinguir:

Convocatoria “horizontal”. Por ejemplo ambos padres o el grupo de hermanos de la familia. Permite definir y reevaluar los límites generacionales y la eventual diferenciación –o falta de la misma– (Minuchin, 1974).

Convocatoria “vertical”. Por ejemplo convocar a madre e hija, muy útil en casos de anorexia, o bien aquélla –muy usada actualmente– de padre e hijo, que aparece como particularmente adecuada en los casos en que es necesario reforzar la identificación masculina del hijo o

disminuir la distancia percibida por el padre. Este tipo de convocación ha tomado para nosotros, últimamente, un sentido muy significativo.

Convocatoria individual. Resulta de máxima utilidad cuando el terapeuta desea crear una alianza particular con un miembro de la familia (por ejemplo, en pacientes con un diagnóstico de psicosis) que tiene dificultad en crear un verdadero lazo en presencia del resto de la familia.

Los principios base

Como ya fue mencionado, los principios originarios de la terapia sistémica de Milán fueron definidos en el artículo Hipotetización, Circularidad y Neutralidad, tres directrices guías para la terapia. (Selvini Palazzoli et al., 1980). En la evolución actual del modelo, han sufrido una serie de cambios. La hipotetización sigue siendo el centro del modelo, en el sentido que el terapeuta sistémico considera siempre sus ideas respecto de los pacientes, familias, sistemas amplios y su relación con ellas, no más que como una hipótesis, siempre susceptible a ser modificada. De esta manera, el conocimiento del terapeuta es intrínsecamente provisorio y no tiene ningún valor de certidumbre. Se trata por lo tanto no sólo de hacer hipótesis sistémicas, pero también de no considerarlas jamás como cercanas siquiera a una explicación definitiva, que explica todo lo que ocurre en el sistema: cada hipótesis conduce a otras hipótesis y así sucesivamente. Esta actitud se extiende también para las hipótesis diagnósticas, que no tienen el valor de objetividad que se le atribuyen en el modelo médico.

Originalmente, la circularidad fue descrita como una manera de verificar las propias hipótesis, a través de la observación y la evaluación de las reacciones de los pacientes, consideradas además como retroalimentaciones del sistema. Actualmente, el concepto se amplía hacia una consideración de la relación terapéutica, con todas sus implicancias: Actitudes de los pacientes; actitudes del terapeuta y sus efectos. La relación terapéutica es uno de los principales puntos focales de la terapia.

Las técnicas

Para el terapeuta sistémico de Milán, la técnica esencial está constituida por las **preguntas**. El terapeuta hace preguntas en vez de dar respuestas (ateniéndose una vez más a la exhortación de Bateson, 1972). La pregunta, a diferencia de la afirmación o la interpretación, entrega al otro la tarea de atribuir los significados de cuánto ha sido dicho, reduciendo por naturaleza el tono autoritario o paternalista que está frecuentemente presente en la conversación terapéutica. Entre las preguntas, son de particular importancia y significado para nosotros las **preguntas circulares**.

El concepto de preguntas circulares ha sido confundido frecuentemente con el concepto de circularidad expuesto anteriormente. Las preguntas circulares fueron definidas originariamente considerando que, en el contexto de terapia familiar, el terapeuta hacía preguntas por turno a cada uno de los miembros de la familia respecto al comportamiento de dos o más familiares. El terapeuta buscaba construir un mapa de la familia como red de relaciones interconectadas (ya sea a través de las ideas como a través de los comportamientos);, la manera más eficaz de crear este mapa parecía ser el poner en juego preguntas que pudieran evidenciar diferencias. Estas preguntas habían sido creadas para obtener informaciones más que datos: Bateson, de hecho, afirmaba que una información es “una diferencia que hace la diferencia”, es decir, una relación y esto lo distingue de un dato.

Para profundizar aún más este proceso, se puede decir que la información que obtiene el terapeuta con las preguntas circulares es recursiva: ya sea para los clientes o para el mismo terapeuta, quienes a través de estas preguntas, escuchan y cambian constantemente su propia comprensión sobre la base de la información que ofrece el otro. Las preguntas circulares traen consigo noticias de diferencias, nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos. Estas nuevas conexiones pueden contribuir a cambiar la epistemología, en

otras palabras, las premisas personales, los asuntos inconscientes (Bateson, 1972) de los miembros de la familia.

Las preguntas circulares fueron propuestas inicialmente en el artículo, ya mencionado, "Hipotetización, circularidad y neutralidad", en el cual son también descritos algunos tipos de preguntas particularmente útiles para evidenciar diferencias en el transcurso de la sesión terapéutica: preguntas triádicas, en las cuales se pide a una persona que comente la relación entre otros dos miembros de la familia (por ejemplo: "¿Qué hace el papá cuando su hijo lo critica?"); preguntas sobre los cambios en el comportamiento antes o después de un evento específico (por ejemplo: "¿Su hija dejó de comer antes o después de la muerte de la abuela?"); preguntas sobre circunstancias hipotéticas (por ejemplo: "¿Qué harían sus hijos si sus padres se separaran?"); y por último las preguntas que buscan establecer un orden o una escala respecto a un comportamiento particular o a una interacción (por ejemplo: "¿Quién logra aliviar de mejor manera el estado de ánimo de la madre?").

Otros tipos de preguntas se han revelado como particularmente interesantes para producir cambios en el sistema de premisas de los clientes. Éstas son las **preguntas orientadas al futuro** (Penn, 1985) y las **preguntas hipotéticas** (Boscolo y Bertrando, 1993). Ambas son categorías de preguntas centradas en el tiempo.

Penn (1985) ha propuesto el término feed-forward (recíproco al de retroalimentación) para indicar el proceso que ha surgido con las preguntas orientadas al futuro, es decir, la construcción de nuevas posibilidades de relación, de nuevos "mapas". Las preguntas sobre el futuro son preguntas del todo abiertas, sin restricciones y condicionamientos (salvo aquellos datos de la realidad actual) que exploran el horizonte temporal del sistema y sus miembros, y sus eventuales diferencias. Por ejemplo: "¿Cómo será vuestra vida dentro de diez años? ¿Hasta cuándo la situación se mantendrá inmóvil? ¿Cuándo será madura vuestra hija como para irse de la casa? ¿Cuándo aceptarán sus padres que usted pueda irse de la casa?". Y así sucesivamente. Las preguntas tienen por lo tanto una doble función, indagar la capacidad de los clientes en el proyectarse al futuro sin restricciones y al mismo tiempo los estimulan a ver la posibilidad de reinventar este futuro.

Las preguntas hipotéticas pueden ser dirigidas también al pasado y al presente. Éstas introducen, con una lógica de norma, diferentes "mundos posibles". Por ejemplo, las preguntas hipotéticas relativas al pasado contribuyen a la posibilidad de un presente diferente del actual en uno de los mundos posibles: "¿Qué cosa sucedería ahora si el pasado que ha tenido hubiera sido diferente? ¿Si hubieran decidido divorciarse hace tres años atrás, dónde estaría ahora su esposa? ¿Si se hubieran trasladado a vivir lejos de sus suegros, qué tipo de relación tendrían ahora con ellos?", y así sucesivamente. Después de una serie de preguntas de este tipo, que permiten el surgimiento de un nuevo mundo posible, el entrevistador puede aprovecharse de esto y pasar del modo condicional al modo indicativo para conferirle una posible "realidad".

Rituales

Como evolución de prácticas de prescripción y rituales típicos de las terapias estratégicas y sistémico-estratégicas (Haley, 1976; Segal, 1991), los rituales y las prescripciones ritualizadas son técnicas creadas por los terapeutas de Milán. Un objetivo del ritual sería evidenciar el conflicto entre las reglas verbales de la familia y las reglas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento, en vez de una reformulación hablada con un posible insight. El valor de ritualizar el comportamiento prescrito es el crear para la familia un nuevo contexto, de orden superior a aquello de la simple prescripción verbal del terapeuta.

Las características del ritual terapéutico pueden ser sintetizadas (Boscolo y Bertrando, 1993) de la siguiente manera:

- Pone a la familia en la condición de tener que comportarse en forma distinta a la manera que los ha llevado al sufrimiento y a los síntomas (pasar del "pensar" al "hacer").

- Pone a todos los miembros de la familia al mismo nivel en el acto de realizar el ritual. Esto crea una experiencia colectiva que puede dar nuevas perspectivas compartidas.
- Favorece la armonización de los tiempos individuales y colectivos, a veces incluso introduciendo secuencias de comportamiento que habían sido canceladas.
- No opera literalmente con los contenidos; el objetivo en el formular un ritual está en el actuar sobre los procesos: cuenta más la forma que el contenido del ritual. Por esto el ritual debe ser críptico, de tal modo que la familia pueda atribuirle sus significados.
- Es notoriamente distinto de la vida cotidiana de los clientes. Por ello, es necesario que se prohíba hablar entre ellos de lo que sucedió en el curso del ritual, sino hasta cuando estén de nuevo en la próxima sesión.

Los rituales especifican ya sea los aspectos formales como los de contenido y por lo tanto son únicos e irrepetibles. La prescripción ritualizada, en cambio, especifica los aspectos formales de la prescripción pero no el contenido, proporciona de esta manera una estructura formal utilizable con muchas familias en muchas circunstancias diferentes.

Conversación

Todo lo que ha sido dicho hasta ahora no debe inducir a pensar que la terapia sistémica sea un juego rígido de preguntas y respuestas, eventualmente seguidas de una prescripción o un ritual. Si las preguntas y respuestas eran la esencia de la terapia en los tiempos de “Paradoja y contraparadoja” (Selvini-Palazzoli y cols., 1975) y de “Milan Systemic Family Therapy” (Boscolo y cols., 1987), más tarde la sesión se enriqueció con nuevos elementos. Los conceptos se hicieron cada vez más complejos, gracias además, al interés y contribución de los autores por las nuevas perspectivas que se abrieron con las investigaciones sobre el lenguaje y la importancia de la narrativa. Actualmente, términos como diálogo, conversación, discurso terapéutico, con los diferentes significados atribuidos por varios autores (Lai, 1985; Anderson y Goolishian, 1992; Hoffman, 1988), coinciden en la visión de la relación terapéutica como una danza interactiva en los cuales los interlocutores se van turnando en el alternar y dar forma al discurso.

Un modelo en el cual nos hemos inspirado recientemente, en el describir el pensar y el hacer del terapeuta en el transcurso de la sesión, proviene de la crítica literaria y del análisis del texto, que es **deconstruido** y reconstruido según la sensibilidad, la cultura, el conocimiento y los prejuicios del lector. Las razones por lo cual lo consideramos un modelo adecuado es que efectivamente, pareciera describir adecuadamente el proceso que ocurre en el diálogo terapéutico, el cual puede ser visto como una continua **deconstrucción** y reconstrucción de historias. Podemos distinguir un proceso de **microdeconstrucción/reconstrucción** que se verifica al interior de un número limitado de intercambios (turnos de palabra) entre el terapeuta y el cliente, y un proceso de **macroreconstrucción** que sucede, de vez en cuando (por lo general al final de la sesión), en la reconstrucción de varios “trozos” que surgieron de la **deconstrucción** precedente.

Con este modelo podemos describir de manera sencilla el trabajo que el terapeuta hace con la hipotetización y las preguntas circulares. En el proceso de hipotetización, el terapeuta conecta los elementos emergentes en el diálogo formulando una hipótesis (construcción) y verifica la plausibilidad de la hipótesis a través de las preguntas circulares, que provocan respuestas de las cuales emergen otros nuevos elementos (**deconstrucción**), que a su vez, llevarán a otras nuevas hipótesis, y así sucesivamente. Naturalmente, como ha sido dicho, la sesión no es hecha solamente de preguntas circulares: el terapeuta usa el silencio, los sonidos o las palabras de duda y de disenso, las afirmaciones, las metáforas, las anécdotas, las preguntas lineales, las preguntas diádicas. En los turnos de la palabra, con cierta frecuencia, puede recurrir a **microreformulaciones** (reframing), que resumen parcialmente lo que ha sido dicho por el cliente, pero de un modo diferente, que considera las ideas del terapeuta en el momento, observando al mismo tiempo el efecto sobre el cliente, en el sentido de cerciorarse si ha sido aceptado como reformulación.

Un modo particular de trabajar sobre el lenguaje es practicado por nosotros a través de lo que hemos definido como **palabras claves** (Boscolo y cols., 1991). Se trata de algunas palabras dotadas de un elevado grado de polisemia, que dan al terapeuta la posibilidad de evocar en la manera más eficaz dos o más significados atingentes a la misma palabra. Siendo una palabra **polisémica** (muchos sentidos), a veces ambigua, la palabra clave puede evocar escenarios complejos en la relación entre los clientes y las personas significativas y reactivar vivencias de ansiedad o dramatismo removidas desde la conciencia del sujeto. Al mismo tiempo, la palabra clave tiene además un poder de redefinición, su amplio campo semántico permite la conexión con dominios lingüísticos diferentes: por ejemplo, el uso de la palabra “protesta” en vez de la palabra “retiro psicótico” (Boscolo y Bertrando, 1996).

Modalidad de tratamiento

Después de haber descrito las aventuras y evolución de nuestra teoría de referencia, del método, de los principios para la conducción de una sesión y de las técnicas de intervención, nos acercamos ahora a la descripción del proceso terapéutico. En este sentido, quisiéramos anticipar al lector que no sólo esta descripción del proceso terapéutico es extremadamente esquemática, sino que además, las informaciones previas que se refieren a la teoría y el método, no son suficientes para dar una idea concreta de cómo orientarse entre tantas dificultades, sorpresas y dilemas presentes en la actividad clínica.

Antes de describir las diferentes fases de la terapia, nos ocuparemos de la primera sesión, que es de particular importancia y que –en cierto sentido– se diferencia de las otras. Es una sesión de evaluación, de consulta, cuyo objetivo es determinar si existe o no una indicación de terapia, y con ello, evaluar cuál terapia sería más apropiada.

Siendo nuestro Centro una entidad que trabaja en terapia sistémica familiar, se pide a la persona que toma contacto, ya desde el inicio, que venga al primer encuentro con toda la familia o al menos con su cónyuge, en el caso de una eventual terapia de pareja. A veces, la persona que toma contacto rechaza la invitación a compartir con la familia o con la pareja y pide asistir al primer encuentro solo. Naturalmente su petición es escuchada. Por lo tanto, en la primera sesión puede estar presente la persona que ha solicitado el encuentro, que no siempre es el “paciente índice”, la familia con o sin el paciente índice, o la pareja de padres o cónyuges. En el primer caso, se puede tratar de una persona que quiere ser ayudada a resolver un problema propio o que viene en “avanzada” para conocer quienes serán los terapeutas que eventualmente se harán cargo de otro miembro de la familia (el paciente índice) con una terapia. Puede verificarse a veces una situación casi opuesta: la familia acepta asistir a la primera sesión, pero en el momento del contrato se retrae y pide que la terapia sea realizada solamente con el paciente índice. De todos modos, en la primera sesión, independiente de las personas que estén presentes, se realiza un análisis preciso del envío, de la motivación y del hacerse cargo.

La primera sesión generalmente es más larga que las otras; puede llegar a durar incluso dos horas, mientras que las restantes duran por lo general una hora y media. En ella son examinados los sistemas significativos y cómo se han desarrollado en el tiempo en relación al problema presentado. Consideremos aquí que el proceso evaluativo (o diagnóstico) no es distinto a la terapia: en el momento en que pedimos información, damos también información.

Cuando entramos en la sesión, tenemos a disposición una ficha telefónica, una especie de formulario que ha sido llenado por un encargado (no terapeuta) al momento del primer contacto. Esta ficha contiene las informaciones de base sobre el envío (es decir, quién los ha enviado a la terapia), sobre los miembros de la familia y sobre el problema presentado. El terapeuta tiene dos interrogantes fundamentales que deberá dilucidar: qué ha llevado a esta persona a buscar ayuda en este momento y por qué ha venido a buscarla aquí. La respuesta a la primera pregunta podrá aparecer –aunque no siempre– en el transcurso de la sesión, después de explorar la historia de los clientes y del contexto en el que viven; la respuesta a la segunda aparece a través de un análisis del tema del envío.

La primera pregunta, por lo general, es: “¿Qué los ha traído hasta acá?”, o bien: “¿Qué desearían contarnos?”. En este primer contacto, el terapeuta no pregunta, como se hace tradicionalmente, cuál es el problema, porque haciéndolo podría contribuir a una distinción de tipo sano/patológico y, aceptando implícitamente la idea de la presencia de un problema, definiría evidentemente los objetivos futuros. Éste es ya un primer ejemplo de **despatologización** del lenguaje terapéutico. Serán los clientes quienes describirán las razones y los problemas que han provocado este encuentro.

La primera parte de la sesión, de hecho, es dedicada a la recolección de información relativa a los problemas presentados. Nos interesamos de su urgencia e influencia, de las circunstancias y del momento en el cual han aparecido, de sus oscilaciones y cambios en relación al lugar, al tiempo y a las personas presentes o ausentes a los cuales el problema está asociado. Nos interesamos además, de los intentos hechos por la solución de los problemas y de los efectos de estos intentos.

El trabajo más significativo, sin embargo, concierne a la exploración de los significados dados por varios miembros presentes de la familia y eventualmente de aquellos terceros **presentificados** en la sesión, en el “por qué” y en el “cómo” de los problemas. Se exploran además los efectos de los problemas sobre las relaciones al interior de la familia y con otros sistemas de referencia: hostilidad, conflictos, consenso, disenso, etc. Estos datos son recogidos a través de una serie de preguntas, que se refieren a las experiencias, a las descripciones, a las explicaciones de los clientes y de las demás personas significativas a las cuales han sido asociadas.

Después de haber explorado los problemas presentados en el tiempo presente, el contexto en el cual actualmente los clientes viven, nos interesamos en el pasado, en la búsqueda de conexiones o continuidad con la vida presente. Una de las características de la exploración del terapeuta es el extender el contexto de la indagación, en esta fase de la sesión, a los eventos y a los significados del presente y del pasado, y a sus posibles conexiones. Como ya hemos descrito, buscamos, especialmente con las preguntas hipotéticas, evocar posibles pasados que estén favoreciendo la emergencia de posibles presentes (y futuros), abriendo nuevas perspectivas evolutivas. En la siguiente fase de la sesión, surgirán eventualmente uno o más temas significativos, que permitirán dar una respuesta a la primera de las interrogantes del terapeuta. En lo que respecta a la segunda interrogante, se examina profundamente la razón del envío, la historia de la relación con la persona que ha hecho el envío o derivación (sobre todo si se trata de otro profesional de la salud mental), también eventuales contactos con otros expertos, de los cuales es muy útil conocer eventuales diagnósticos, terapias realizadas anteriormente y especialmente la relación establecida con la familia. Estas informaciones son importantísimas para hacerse una idea de las modalidades relacionales de la familia y en definitiva, de las posibilidades de introducir algún aspecto de novedad y evitar dar respuestas o soluciones ya dadas.

Cuando la sesión está ya por terminar, se introduce generalmente la idea del futuro. Se pueden formular preguntas como por ejemplo: “¿Qué esperan ustedes de este encuentro? ¿Qué esperan que pueda ocurrir después de todos estos encuentros? ¿Qué desearían que cambiara en vuestras vidas?”, o bien, “¿Cuál sería para ustedes el mínimo suficiente que debiera cambiar? ¿En qué creen ustedes que yo los puedo ayudar?”, etc. Si formulan además preguntas hipotéticas sobre el futuro: “Supongamos que improvisadamente desaparecen todos vuestros problemas. ¿Qué cambiaría fundamentalmente en vuestra vida? ¿Qué efecto tendría esto en los otros?”, etcétera.

Al finalizar la sesión abandonamos un poco nuestra cautela y damos nuestro parecer respecto de la situación. En el caso de que consideremos que exista una indicación como para sugerir la terapia, lo comunicamos y, si los clientes aceptan, hacemos lo que se llama el contrato terapéutico. Para alcanzar esta decisión, en general es suficiente la primera sesión. En otros casos, puede ser necesaria una segunda sesión de consulta.

Insistimos en que la primera sesión no es solamente diagnóstica, sino que además es terapéutica, ya que evaluación y terapia son parte de un proceso recursivo. El terapeuta tiene la posibilidad de hacerse una idea más o menos profunda del caso, en el sentido de la

gravedad de las dificultades presentadas, pero sobre todo de los recursos y potencialidades de los clientes. Aún manteniendo siempre una cierta distancia de las ideas que se han formulado sobre el caso, la misma que se busca mantener en relación a las hipótesis, el terapeuta hace una conjetura sobre cuál podría ser la evolución de la terapia en el sentido de su duración. Obviamente, no siempre se adivina, pero generalmente se llega bastante cerca con la intuición. Aunque sí, conscientemente buscamos mantener distancia de las ideas que tenemos sobre los clientes y de nuestras propias impresiones, éstas no pueden no tener una influencia sobre el cliente mismo y, al mismo tiempo, son estas retroalimentaciones de la familia las que modifican las expectativas del terapeuta. Este anillo recursivo responde a uno de los prejuicios que nosotros, como terapeutas sistémicos, hemos desarrollado en el tiempo: el optimismo terapéutico.

Las sesiones siguientes tienen, con sus debidas diferencias, un andar bastante similar una con otra. Se comienza con pedir a los clientes presentes qué tienen para contar **hoy**, desde el inicio de la sesión, el terapeuta se pone en una actitud de escucha que permite el surgimiento de reflexiones, emociones y fantasías relativas a la sesión anterior y a la relación terapéutica, junto con los eventos de la vida presente. Con el proseguir de la sesión, el terapeuta empieza a ser más activo y explora, junto a los clientes, uno o más temas de particular importancia. Frecuentemente, ya cuando la sesión está por finalizar, se introduce el futuro, a través de preguntas, metáforas, anécdotas, etc., y, a veces, se comunica un mensaje, a través de una metáfora o a través de una historia, que reconstruye los elementos de la sesión, de tal modo que se puedan generar nuevas visiones. El mensaje es generalmente construido a partir de elementos emergentes en la exploración de un tema que aparece como fundamental.

Muchos enfoques terapéuticos distinguen la terapia en diferentes fases. Nosotros podríamos distinguir una fase inicial, en la cual surgen los temas más significativos de la vida de los clientes, que serán enfrentados en la fase central, para pasar más tarde a la fase final, en la cual el tema principal es la separación. En este sentido, el macrocosmos de la terapia refleja el microcosmos de la sesión: así como es posible dividir una sesión en fases (fase inicial, de apertura, fase central y fase conclusiva), de la misma forma, una análoga subdivisión es válida para la terapia en su totalidad, aunque nuestra experiencia indica que no es siempre posible subdividir la terapia en “fases” bien delimitadas, como sucede en otros enfoques.

Evolución del modelo

En los últimos años, el modelo sistémico de Milán ha cambiado mucho, en línea con las restantes evoluciones de la terapia sistémica, pero siempre manteniendo su propia especificidad. A continuación algunos de los desarrollos más interesantes en este sentido.

Perspectiva dialógica

Progresivamente, en los últimos años, la figura del terapeuta ha ido perdiendo el aura de autoridad que tenía y que encarnaba en los diferentes modelos psicoterapéuticos. Esto ocurría sobre todo en los modelos en los que el terapeuta tenía una especie de imagen heroica, en gran parte modelada por los grandes maestros, a partir de Milton Erickson (Bertrando, 2011). La pérdida de certeza y de los modelos normativos trajo consigo una mayor capacidad de escucha en relación a los pacientes (Andersen, 1992), junto a un interés respecto de los conocimientos que trae el paciente (Andersen, 1992), y a un cuestionamiento metódico respecto a los conocimientos del terapeuta, incluso hasta llegar a poner en discusión su estatuto de “experto” (Anderson y Goolishian, 1992). Esto permite al terapeuta contemporáneo ser más sensible y disponible en su aproximación a los pacientes, pero corre el riesgo también de convertirlo en poco más que un testigo de aquello que los pacientes traen a la terapia.

Es a este modelo, contradiciendo esencialmente la figura del terapeuta con una escucha empática, que contraponemos la idea de la terapia basada en el diálogo, en la concepción que Bakhtin (1981) da al término: El diálogo es un encuentro entre discursos y lenguajes, un encuentro en el cual deben aparecer las propias posiciones de cada uno y se debe pretender

entrar en el horizonte conceptual y lingüístico del otro (y para ello se debe considerar la propia posición con una cierta relevancia), pero al mismo tiempo debe estar disponible a dejarse influenciar y contaminar por el otro. El resultado final del diálogo no es la prevalencia de un discurso sobre el otro, sino una condición de “heteroglosa”, es decir, de convivencia entre discursos diferentes en una aceptación mutua.

En el plano terapéutico, esta posición conduce a un terapeuta que actúa como un interlocutor con opinión, que no tiene miedo de poner en juego abiertamente su posición, pero es consciente del hecho que sólo es su posición y no algo determinado por un ordenamiento superior. El terapeuta proporciona propuestas, aperturas, ofrecimientos a los pacientes, que mantienen plena libertad en el aceptarlas o no (Bertrando, 2011). También la formulación de las hipótesis se modifica: En esta perspectiva las hipótesis no son una creación exclusiva del terapeuta, sino que un producto del diálogo. El terapeuta crea hipótesis junto a los pacientes en el transcurso de la conversación terapéutica, tanto que el verdadero autor de las hipótesis no es el terapeuta, sino que la interacción entre él y los pacientes. Las hipótesis mismas se transforman en un elemento para el diálogo (Bertrando y Arcelloni, 2006)

Emociones

Otro punto clave en la terapia de Milán en la actualidad, es la posición frente al tema de las emociones. El énfasis inicial de todas las formas de la terapia sistémica era sobre lo que Bateson definía como el eidos, es decir, el mundo de las cogniciones, dejando en las sombras el recíproco ethos, es decir, el conjunto de las experiencias emotivas (Krause, 2007). La evolución de la clínica sistémica, que pone en primer plano la persona del terapeuta y la persona del paciente, poniendo cada vez, más importancia en el mundo de la experiencia, conlleva el dar una importancia, siempre mayor, a las emociones.

Las emociones no son, sin embargo, consideradas como parte del mundo interno que cada uno de nosotros puede expresar, sino que más bien como componentes esenciales de cada sistema humano. Las emociones pueden ser vistas primariamente como interactivas e interpersonales, o sea, como verdaderos fenómenos sistémicos (Dumouchel, 1995). Podemos, por ende, considerar cada sistema humano (también) como un sistema emotivo.

En consecuencia, el terapeuta se vuelve cada vez más atento a sus propias emociones, así como a las del otro, de la misma forma está atento al juego emotivo que se crea en el curso de la sesión. Explora este sentir, a través de hipótesis centradas sobre las emociones y también, considerando aquellas hipótesis instantáneas vividas, que son sus propias emociones (las emociones, aun cuando cada uno de nosotros tenemos una evidencia inmediata, no nos proporcionan la “verdad”, ni sobre los otros, ni sobre nosotros mismos: en este sentido, tienen la misma naturaleza de cualquier hipótesis). El terapeuta se hace preguntas sobre cuáles pueden ser las emociones prevalentes en el sistema, ya sea aquéllas de las cuales forma parte el paciente, aquéllas que tienen un carácter más terapéutico y cuáles efectos tienen estas emociones sobre los diferentes componentes del sistema. Busca con los pacientes, entre las intervenciones posibles, aquellas que parecieran tener mayormente un sentido afectivo, antes que cualquier idea de carácter cognitivo. No le teme a enfrentar, junto a sus emociones positivas, las emociones que puedan ser consideradas desagradables o negativas, como la rabia, el aburrimiento o el sufrimiento (Bertrando y Arcelloni, 2009).

La mayor atención a las emociones, en una perspectiva dialógica, contribuye a dar al modelo una mayor especificidad, no sólo respecto a las aproximaciones conocidas como posmodernas (McNamee y Gergen, 1992), sino que también respecto a aquello que hoy en día adquiere mayor relieve en la escena terapéutica, como el análisis relacional (Mitchell, 1988) o la terapia familiar centrada en el vínculo (Diamond et al., 2003).

El modelo de Milán en español: traducción y deconstrucción de la formación de terapeutas.

El modelo de Milán tendrá, un poco más tarde de lo que va sucediendo en Europa y en Estados Unidos (Bertrando P., Toffanetti D., 2000), una llegada a diferentes partes de Latinoamérica. Primeramente son Argentina y Chile quienes recogen los trabajos de la primera fase de la escuela de Milán, en la actualidad varios centros de formación de profesionales clínicos en México, Colombia, Argentina y Chile, tiene convenios de colaboración vigente con la Escuela de Milán, en su versión más actualizada (dialógica y epistémica) y reciben visitas de docentes internacionales con cierta frecuencia. Los iniciales acercamientos al modelo ocurren gracias a la traducción al castellano de algunos libros como: “*La terapia sistémica de Milán*”, en el Boscolo L., Gianfranco C., originalmente publicado en inglés en 1987 y traducido al español en 1989, con la participación de Peggy Pepp y Lynn Hoffman; “*Los Juegos psicóticos de la familia*”, Selvini P. Et al, publicado originalmente en italiano en 1988 y traducido al español en 1990; “*Los tiempos del tiempo*”, Boscolo L., Bertrando P., publicado originalmente en italiano en el 1993 y traducido al castellano en 1996; “*Irreverencia*”, Cecchin G., publicado originalmente en inglés en 1992 y traducido al español en 2002. Todo esto sin hacer muchas distinciones con “*Paradoja y contraparadoja*”, que fue un libro clásico del grupo de Milan, publicado muchos antes, en 1975 y que llega al contexto castellano en el mismo periodo que los restantes libros mencionados, en 1991. Este desorden cronológico en las publicaciones en español, provocó que en muchas ocasiones se olvidara la separación del equipo de Milán y con ello, que se considerara de igual forma la escuela de Selvini P. con la Escuela de Boscolo y Cecchin, dejando de lado con ello, importantes distinciones epistemológicas.

Si hay algo en que puede apreciarse parte de la influencia de la escuela de Milán, es seguramente en la modalidad de llevar a cabo procesos de formación y supervisión, marcados por el ejercicio permanente de hipotetización. Algo de esto puede ser explicado a través del concepto de deformación, que entenderá ahora todo proceso formativo, como un proceso de modificación personal (sin que esto desmienta el carácter relacional) y permanente. No se trata de una entrega de saberes, sino más bien una manera de hacer caer (deconstruir) aquello que ya se sabe. “Entender la formación como un proceso deformativo sitúa la discusión más bien en los procesos que originan la mutación de parte de quién está en la posición del que aprende, pero también respecto de aquel que está en la posición del que entrega. (...) no todos toman atención que se trata de un proceso de profunda modificación (deformación) para el formador y el formado” (Bonelli C., Gálvez F., 2004, p. 10).

La formación dejará de ser entendida como una pintura, a la cual se incorpora en un manto, más o menos blanco, una serie de colores y temas, para pasar a ser más una escultura, un algo ya existente, al cual más bien se le extraen trozos y nudos. La particularidad de esta escultura, es que en un buen proceso formativo, el que esculpe no es el maestro, sino el propio formado, o sea, una escultura que se esculpe a sí misma, en compañía y asesoría de otros. (Gálvez, 2011). La formación es necesariamente un proceso deconstructivo. Un encuentro de experiencias que pretende ser *proceso* al momento de iniciar y que logra ser *envío* al momento de cerrar. La premisa es que aquello que éramos antes de este encuentro es, justamente, lo que nunca volveremos a ser. Dejar de ser, remite justamente a la deconstrucción (Derrida, 1989).

Consecuencia de esta influencia es también el poder considerar ahora a la formación -como acción misma, como proceso- no como la aplicación irreflexiva de una teoría ya establecida o un modelo ya dibujado, sino que, la manera de conformar una teoría y un modelo. El mismo Modelo de Milán es un buen ejemplo de ello (siendo hoy considerada todavía una de las escuelas más importantes, entre las tradicionales escuelas de terapia familiar) es fruto de una intensa recogida de la práctica, donde se han modelizado tácticas de trabajo, precisamente, porque se transformó en una Escuela, mucho antes de que el modelo estuviese “preparado” para ser enseñado. Nótese que el lugar común frente a este tema es que se requiere una teoría bien articulada, un modelo bien sistemático, antes de entregar una formación específica, en circunstancias de que es la posibilidad de ofrecer una formación, el escenario ideal para

poner a prueba aquello que se está elucubrando, aquello que se está generando, como teoría o como modelo y no un lugar (la formación) donde se plasmará una teoría que ya es definitiva. ¿Cómo entonces nace un modelo? Precisamente de la aplicación a la “realidad” de una forma sistemática de proceder. Los modelos no pueden estar declarados (definitivos) antes de plasmarse y están siempre en la búsqueda de escenarios donde poder situarse y practicarse. (Galvez, 2010).

Además de un intento de reformulación de la formación y la supervisión, el modelo de Milán ha establecido algunos lineamientos que permiten trabajar aspectos vinculados al trabajo con las emociones y los aspectos analógicos, particularmente aquellos que tienen relación con el terapeuta en tanto sistema observante. Y es que tanto Boscolo (con su particular atención a lo emotivo y analógico) como Cecchin (con su particular atención a la posición del terapeuta) instalan una modalidad, totalmente diferente, de prestar atención al terapeuta, con puntos de vistas relacionados con la práctica formativa de profesionales hacia una lógica de flexibilidad y reflexividad.

El modelo de Milán, nótese ya desde el hecho que sea llamado así, mencionando su lugar de origen (a diferencia del Modelo estratégico, narrativo, conversacional, etc.), es una aplicación de un conjunto de supuestos teóricos y metateóricos que deriva en una forma de realizar actividad clínica. Fue creado en y para un contexto italiano, si es que, europeo. Por ello difícilmente tendría sentido y productividad en otros contextos, si se hace una aplicación irrestricta e irreflexiva, sin pasar por un proceso de traducción cultural. En esta misma línea se han realizado una serie de traducciones y adaptaciones de material bibliográfico al idioma español, evitando así una suerte de colonización como ocurriera en otros tiempos, con material preponderantemente anglosajón que impactó la formación de terapeutas familiares y de pareja en los años '80. La Publicación de libros en dos idiomas simultáneamente -italiano/español- como es el caso de las recientes publicaciones (Bianciardi, Gálvez, 2012). Es importante destacar conjuntamente a esto, la realización de algunas investigaciones desde una perspectiva que no atiende tanto al “ser sistémico”, como sí a mantener una fidelidad extrema al foco en lo relacional. Varias de estas investigaciones, de carácter eminentemente académico (Bustos, M. y Hernández P., 2007; Martic D. y Muñoz J., 2009; Zúñiga S., 2012, entre otras en curso) recogen los principios milaneses y los trasladan a diferentes contextos vinculados también a la formación de profesionales clínicos.

Una propuesta bastante reciente en el plano de la formación de profesionales clínicos en la línea sistémica y que si bien parte de una influencia italiana en Santiago de Chile, escapan ya al purismo del Centro Milanese, está vinculada a la propuesta de entender la formación de terapeutas, como la construcción de un personaje terapéutico (Martic D. y Muñoz J., 2009; Gálvez, F. 2010; 2011). Más que preocuparse por la “persona” del terapeuta, que tiende a reducirse únicamente a la consideración de aspectos emocionales en el desarrollo de la terapia, se hace uso metafórico y concreto de comprender la formación como un proceso de construcción de un “personaje” terapéutico, haciendo uso inclusive de dispositivos y modalidades que provienen de otras disciplinas (como el teatro, la literatura entre otros) que han trabajado desde siempre el personaje como sujeto y que facilitan llegar a concebir dicha construcción como un proceso auto reflexivo, pero siempre en contextos de asesoría y de trabajo en equipo.

Se puede esperar que un impacto específico similar pueda tener la versión dialógica de la terapia, propuesta por Bertrando P. (2011), no sólo radicaliza la postura constructorista social, sino que además propone un entendimiento mucho más complejo del proceso conversacional, siempre con una total atención al proceso de hipotetización que se realiza en la terapia, tal como ha sido descrito en el apartado anterior.

Un punto aparte (y que no pretende ser conclusivo) merece la nominación que se ha venido dando al “proceso terapéutico” como un “proceso reflexivo” (Gálvez F., 2011; Gálvez F., Zúñiga

S., 2012). Considerar que se tienen que dar ciertas condiciones para la *reflexividad* y que ésta tenga un carácter generativo, remueve una serie de antiguas declaraciones de la terapia sistémica.

Dos son las ideas principales:

Primero que la reflexividad no se obtiene de manera regular y que inclusive se ha transformado en una especie de lujo, ventaja, posibilidad, que no todos tienen. Serán precisamente las aproximaciones clínicas, las que, pueden provocar el acceso de las personas a esta reflexividad, que no está garantizada. Ciertamente para que esto ocurra se deberán enfrentar temáticas que están vinculadas, por ejemplo, a la libertad de reflexionar. Lo que se obtiene de este proceso reflexivo, que es tal en la medida en que pone en juego lo que se piensa, siente y se hace (y no ninguno de estos aspectos separadamente o por sobre los otros), es la posibilidad de identificar recursos y encontrar algunas novedades que puedan movilizar al sujeto.

El terapeuta es un facilitador del proceso, su campo de acción es dentro de aquel proceso, no determina (en la versión milanesa ni siquiera sugiere, propone, ni tampoco co-construye) qué se puede hacer frente a los recursos y novedades identificados.

Segundo, aun cuando esta reflexividad ocurra dentro un proceso, no se debe olvidar que sigue estando dentro de un proceso clínico que no representa la vida cotidiana de las personas, es más, los procesos clínicos suelen ser situaciones bastante extrañas a la vida cotidiana, por ende, será siempre el otro (no el terapeuta) quien define si trasladar dicha reflexión a su espacio de vida cotidiana y recién luego de ello, ver qué rendimientos tiene como para generar un cambio. Nótese que esto declara que la terapia no garantiza el cambio, sino sólo garantiza el generar las mejores condiciones (cada cual sabrá cuáles son, en su contexto, dichas condiciones) para posibilitar la reflexión; todo lo que venga después, no sólo no lo controlamos, sino que quizás ni siquiera lo veamos. Así también ocurrirá con estas influencias del Modelo de Milán, pues lo que vendrá no lo controlaremos e, inclusive, puede ser que ni siquiera lo veamos.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. DSM IV. Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 4^{ta} ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Andersen T. Reflection on reflecting with families. En: McNamee S, Gergen KJ. *Therapy as social construction*. London: Sage, 1992; 54-68.
- Anderson H, Goolishian H, Winderman L. Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *J Strategic Systemic Ther* 1986; 5:1-14.
- Anderson H, Goolishian H. The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En: McNamee S, Gergen KJ. *Therapy as social construction*. London: Sage, 1992; 25-39.
- Bakhtin, M.M. (1935-1981). Discourse in the novel. En: M. Holquist (Ed.), *The Dialogic Imagination* (pp. 259-422). Austin: Texas University Press, 1981.
- Bateson G. Steps to an ecology of mind. San Francisco: Chandler Publishing Company, 1972.
- Bateson G. *Mind and nature: A necessary unit*. New York: EP Dutton, 1979.
- Bennun I. Evaluating family therapy: A comparison of the Milan and problem solving approaches. *Journal family therapy* 1986; 8:225-42.
- Bennun I. Treating the system or the symptom: Investigating family therapy for alcohol problems. *Beh Psychotherapy* 1988; 16:165-76.
- Bertrando P. Text and context. Narrative, postmodernism and cybernetics. *Journal family therapy* 2000; 22(1):83-103.
- Bertrando P, Toffanetti D. *Storia della terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano, Italia, 2000. Edición en español a cargo de Gálvez Sánchez F. *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós Iberica, España, 2004
- Bertrando P., Arcelloni T. (2006) Hypotheses are dialogues. Sharing hypotheses with clients. *Journal of Family Therapy* 28: 370-387.
- Bertrando, P., Arcelloni, T. (2009). Anger and boredom: Unpleasant emotions in systemic therapy. In: C. Flaskas & D. Pocock (Eds.) *Systems and Psychoanalysis. Contemporary Integrations in Family Therapy*. London: Karnac Books, pp. 75-92.
- Bertrando P. *El terapeuta dialógico: El Diálogo que conmueve y transforma*. México, Editorial Pax, 2011.
- Bianciardi M., Gálvez Sánchez F. *Psicoterapia come ética: Condizione posmoderna y responsabilità clinica*, Antigone Edizioni, Torino, Italia, 2012. Edición en castellano, *Psicoterapia como ética: Condición posmoderna y responsabilidad clínica*, Edición Praxis Psicológica, Universidad de Chile, 2012 (en proceso de impresión).
- Bonelli, C., Gálvez Sánchez F. (2004) La construcción del espejo milanés. *De familias y terapias*, Revista del Instituto chileno de terapia familiar, N. 18 pág. 7-15.
- Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, Penn P. *Milan systemic family therapy. Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books, 1987.
- Boscolo L, Bertrando P, Fiocco PM, Palvarini RM, Pereira J. Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia. *Terapia Familiare* 1991; 37:41-53.
- Boscolo L, Bertrando P. Los Tiempos del tiempo, una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica, Paidos, 1996, del original: *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.

- Boscolo L, Cecchin G, Bertrando P. Centro milanese di terapia della famiglia. En: Gurman AS, Kniskern DP. *Manuale di terapia della famiglia* edizione italiana a cura di Paolo Bertrando. Torino: Bollati Boringhieri, 1995; 755-60.
- Boscolo L, Bertrando, P. *Terapia sistemica individuale*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.
- Bruner J. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press, 1986.
- Bustos, M., Hernández, P. Hacia un programa de formación en habilidades comunicacionales analógicas para psicoterapeutas. *Memoria para optar al título de psicólogo*. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, 2007.
- Campbell D, Draper R, Crutchley E. Milan systemic model. En: Gurman AS, Kniskern DP. *Handbook of family therapy*. Vol. II. New York: Brunner/Mazel, 1991.
- Carr A. Milan systemic family therapy: A review of ten empirical investigations. *Journal family therapy* 1991; 13:237-63.
- Cecchin G. Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Fam Process* 1987; 26:405-13.
- De Saussure F. *Cours de linguistique générale*. Paris: Editions Payot, 1922.
- Dell PF. Violence and the systemic view. *Fam Process* 1989; 28:1-14.
- Derrida J. *La deconstrucción en las Fronteras de la filosofía* (Textos: "La retirada de la Metáfora". "Envío"), trad. P. Peñalver. Paidós, Barcelona, 1989.
- Diamond, G.S, Siqueland, L., Diamond, G.M. (2003) Attachment-based family therapy: A program of treatment development research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6: 107-128.
- Doherty WJ. Family therapy goes post-modern. *Fam Ther Networker* 1991; 15(5):34-36.
- Dumouchel, P. (1995) *Emotions: Essai sur le corps et le social*, Paris: Institut Synthélabo.
- Epston D. *Collected papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications, 1989.
- Fitzpatrick C, NicDhomnaill C, Power A. Therapy-views of families and therapists. *Newsletter of the Assoc Child Psychol Psychiatry* 1990; 12:9-12.
- Foucault M. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard, 1966.
- Fruggeri L. Il coordinamenti interpersonale di azioni e significati nelle dinamiche di stabilizzazione. En: Bianciardi M, Telfener U. *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano: Franco Angeli, 1995.
- Gálvez Sánchez F. *Comp. Formación en y para la psicología*. Colección praxis psicológica, Universidad de Chile. Santiago de Chile, 2010.
- Gálvez Sánchez F. (2011) Procesos formativos. La construcción de personajes terapéuticos, *Revista De Familias y Terapias*, Instituto chileno de terapia Familiar. Año 20, N°30, Agosto 2011.
- Gálvez F., Zúñiga S., Sistematización de un modelo para la formación y la práctica en Psicología Clínica: Etnografía al Programa eQtasis como un equipo en formación permanente. Informe *Proyecto de Investigación Semilla*, del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, 2011 - 2012 (en proceso de redacción final).
- Gergen K. *The saturated self*. New York: Basic Books, 1991.
- Gergen K. *An invitation to social construction*. London: Sage, 1999.
- Green RJ, Herget M. Outcomes of systemic/strategic team consultation: I. Overview and one-month results. *Fam Process* 1989a; 28:37-58.
- Green RJ, Herget M. Outcomes of systemic/strategic team consultation: II. Three years follow-up and a theory of emergent design. *Fam Process* 1989; 28:419-37.
- Green RJ, Herget M. Outcomes of systemic/strategic team consultation: III. The importance of therapist warmth and active structuring. *Fam Process* 1991; 30:321-36.

- Haley J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1963.
- Haley J. *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- Hoffman L. *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books, 1981.
- Hoffman L. A constructivist position for family therapy. En: Hoffman L. Radical Constructivism, Autopoiesis and Psychotherapy. *A Special Issue Irish J Psychol* 1988; 9(1):110-29.
- Hoffman L. A reflexive stance for family therapy. En: McNamee S, Gergen KJ. *Therapy as social construction*. London: Sage, 1992; 7-24.
- Krause, B. (2007) Reading Naven: Towards the Integration of Culture in Systemic Psychotherapy. *Human Systems*, 18: 112-125.
- Lai G. *La conversazione felice*. Milano: Il Saggiatore, 1985.
- Manor O. Reducing risk through family work. *Soc Work Today* 1989; 21:29.
- Martic D., Muñoz J., (2009) Hacia la Construcción de Personajes Terapéuticos. Una experiencia formativa con terapeutas sistémicos. *Memoria para optar al título de Psicóloga*. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Mashal M, Feldman RB, Sigal JJ. The unraveling of a treatment paradigm: A follow-up study of the Milan approach to family therapy. *Fam Process* 1989; 28:457-70.
- Maturana, H., Varela F. Autopoiesis and cognition. Dordrecht (Holanda), 1980. En Reider Tr. It. *Autopoiesi e cognizione*. Venezia, Marsilio, 1985.
- Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- Mitchell, S.A. (1988) *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, Cambridge University Press.
- O'Hara M, Anderson WT. Welcome to the post-modern world. *Fam Ther Networker* 1991; 15(5):18-25.
- Penn P. Feed-forward. Future questions, future maps. *Fam Process* 1985; 24:299-310.
- Rosenau P. *Post-modernism and the social sciences*. Princeton: Princeton University Press, 1992.
- Segal L. Brief therapy: The MRI Model. En: Gurman AS, Kniskern DP. *Handbook of family therapy*. Vol II. New York: Brunner/Mazel, 1991.
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli, 1975.
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Family rituals: A powerful tool in family therapy. *Fam Process* 1977; 16:45-53.
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing-circularity-neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Fam Process* 1980; 19:73-85.
- Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1988.
- Simpson L. The comparative efficacy of Milan family therapy for disturbed children and their families. *J Fam Ther* 1991; 13:267-84.
- Tomm K. Circular interviewing. A multifaceted clinical tool. En: Campbell D, Draper R. *Application of systemic family therapy: The Milan approach*. London: Grune & Stratton, 1985.
- Villegas M. Eclettismo o integrazione. Questioni epistemologiche. En: Lombardo GP, Malagoli Togliatti M. *Epistemología en psicología clínica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- von Foerster H. *Observing systems*. Seaside: Intersystems Publications, 1982.
- Watzlawick P, Jackson DD, Beavin J. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton, 1967.

White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton, 1991.

Zuñiga S. Generación del sustento teórico y metateórico de una práctica clínica sistémica: aproximación etnográfica y análisis hermenéutico. *Memoria para optar al título de psicóloga*. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, 2012. Para mayor detalle visite www.enformacionsistemica.cl , que es un portal que recoge gran cantidad del material (textos, artículos, pero también registro en videos de seminarios y jornadas académicas) que han sido creados en, y otras veces, traducidos y adaptados a la lengua española-