

Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología



Terapia sistémico-relacional en casos graves: dilemas y consideraciones
éticas en el abordaje práctico

Trabajo Final de Carrera

Alumno: Violeta Mizrahi
Matrícula: 000173646
Tutor: Verónica León

Índice:

Resumen	2
Introducción	3
Presentación del tema y problema de investigación	3
Pregunta de Investigación:	4
Relevancia de la temática:	4
Objetivos generales y específicos:	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Estado del arte	5
Marco Teórico	7
Desarrollo metodológico:	8
a. Supuestos:	8
b. Tipo (enfoque) y Diseño (alcance)	8
c. Unidad de Análisis, Población y Muestra	9
d. Fuentes	9
e. Instrumentos y Variables	9
f. Procedimiento	9
Capítulo 1: Terapia sistémico-relacional, su contexto histórico y evolución, principios clave, aplicación en familias graves	10
1.1 Orígenes de la terapia sistémica	10
1.2 Evolución hacia la terapia sistémico-relacional	12
1.3 Familias gravemente perturbadas	12
1.4 Una perspectiva ética	14
Capítulo 2: Análisis de resultados obtenidos	17
2.1 Objetivo específico #1	17
2.2 Objetivo específico #2	20
2.3 Objetivo específico #3	22
Conclusión	25
Bibliografía	27
Anexo 1	29
Entrevista #1	29
Entrevista #2	33
Entrevista #3	39
Entrevista #4	44

Resumen

La siguiente investigación tiene como objetivo comprender cuáles son los desafíos y dilemas éticos que atraviesan los terapeutas sistémico-relacionales en la intervención con familias graves. La Terapia Sistémico-Relacional ubica su foco de estudio sobre el individuo en relación a su sistema. Esta perspectiva niega la posibilidad de poder comprender a los seres humanos de manera aislada, debido a que el sistema familiar influye en los comportamientos, emociones y dinámicas de cada uno de los miembros. De esta manera, considera que los problemas no son a causa de un solo individuo, sino que se desenvuelven y se perpetúan en el contexto de las interacciones intrafamiliares (Minuchin, 1981). Con el objetivo en mente, el marco teórico identificado y un profundo interés por el tema, se llevará a cabo una investigación a partir de cuatro entrevistas semidirigidas a cuatro terapeutas sistémico-relacionales que han tenido experiencias con familias graves, para analizar e interpretar cuáles son los principales desafíos y dilemas éticos en la práctica clínica contemporánea.

Introducción

Presentación del tema y problema de investigación

La terapia sistémica-relacional, ha probado ser un enfoque efectivo para el tratamiento de familias graves, donde uno o más miembros del sistema familiar padecen de algún trastorno psicótico o padecimiento grave y se presentan dinámicas/patrones rígidos y disfuncionales.

Los trastornos psicóticos afectan alrededor de 21 millones de personas a nivel mundial. Esto genera una carga no solo a nivel individual sino también afecta a nivel intrafamiliar, llevando muchas veces a disfunciones graves dentro del sistema lo cual complejiza aún más la intervención terapéutica (OMS,2019). Habitualmente, el miembro que padece es aislado y culpabilizado, lo que dificulta sus avances hacia una mejoría.

A partir de estas situaciones, emergen ciertos desafíos y dilemas éticos para los terapeutas, tales como el manejo de la confidencialidad, la neutralidad terapéutica y el manejo de las dinámicas de poder. Asimismo, han aparecido ciertos desafíos contemporáneos a partir del uso de la tecnología en relación a la confidencialidad, en relación al exceso de información compartida en redes sociales (especialmente durante la adolescencia) y el manejo ambivalente entre pujar por la autonomía del paciente y a la vez involucrar el rol de la familia.

A pesar de que existen ciertas investigaciones que examinan algunos de los desafíos éticos en el tratamiento cuando se involucra a la familia, hay un agujero de conocimiento a partir de investigaciones en un marco sistémico-relacional sobre cómo estos terapeutas abordan estos desafíos y dilemas éticos en la práctica clínica. A esto apunta esta investigación.

Con el fin de confeccionar el siguiente trabajo, se explorarán los desafíos, dilemas y consideraciones éticas a las que se enfrentan los terapeutas sistémico-relacionales, al trabajar con familias graves.

En la intervención clínica con estas familias, suelen presentarse modos de funcionamiento conflictivos y disfuncionales. Frecuentemente se presentan patrones de comunicación complejas, dinámicas de poder asimétricas o creencias rígidas, que generan desafíos significativos para el terapeuta. Esto también puede generar un reto en cuanto a la ética de la intervención, ya que se encuentra dificultada la posibilidad de mantener la neutralidad terapéutica y la circularidad. Emerge la resistencia al cambio dentro de la familia con la formación de coaliciones y alianzas internas (Minuchin y Fishman (1981).

Se investigará más específicamente cómo los terapeutas en estos casos, abordan estos dilemas en la práctica clínica, a través de una investigación observacional, utilizando entrevistas cualitativas para recolectar información. Se utilizará el marco teórico basado en la Terapia Sistémico-Relacional, así como los desarrollos de los distintos enfoques sistémicos clásicos.

Para Maria Selvini Palazzoli (1983), una de las referentes principales de la terapia Sistémica-Relacional, particularmente de la Escuela de Milán, las familias graves son las que una o más miembros de la familia presentan trastornos psicóticos, o graves disfunciones comunicacionales/relacionales. Se pueden observar en estas familias, patrones interaccionales con un alto nivel de patología que agravan la problemática de salud mental.

En este marco teórico, también se utiliza el término: “familias gravemente perturbadas”, para referirse a las familias graves. Maria Rosa Glasserman (2012) se refiere al tratamiento de estas familias, como el “desafío máximo”, ya que la organización familiar posterior o a lo largo del episodio psicótico, tiene características sostenedoras de los síntomas. Plantea un abordaje terapéutico interdisciplinario, utilizando en concepto de “dispositivo clínico”, compuesto tradicionalmente por terapeuta individual, terapeuta educador y terapeuta familiar. Incorpora esta idea como alternativa a la exclusión del paciente del seno familiar. Glasserman refiere a una dificultad en la adherencia al tratamiento por parte de la familia ya que el sufrimiento no permite que se haga una lectura de corresponsabilidad. Se tiende a culpabilizar al padeciente, con todas las disfunciones, lo cual imposibilita el ordenamiento conjunto de estos patrones disfuncionales. Los terapeutas se enfrentan con problemáticas como: resistencia al cambio, dificultad en la neutralidad terapéutica, coaliciones y alianzas internas, y comunicación disfuncional. Explora también, los dilemas éticos que pueden aparecer para los terapeutas en relación a la protección de miembros vulnerables dentro de la familia, y manejo de la confidencialidad (Glasserman, 2012). Sin embargo, la autora toma información desde las experiencias y perspectivas de otros terapeutas. Tampoco indaga acerca de los factores que facilitan la adherencia al tratamiento.

Minuchin y Fishman (1981), desarrollan acerca de estas “dinámicas familiares rígidas” en las familias graves y como esto obstaculiza intensamente el cambio. Estos son los patrones de interacción y relación disfuncionales a los que se va a centrar la terapia.

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son los dilemas éticos y desafíos que atraviesan los terapeutas sistémico-relacionales en la intervención con familias graves?

Relevancia de la temática:

Aún existiendo extensa bibliografía acerca del tratamiento sistémico, hay un vacío acerca de lo que sucede cuando aparecen estos desafíos anteriormente mencionados en el tratamiento con familias graves. Algunos estudios abordan la ética en una escala mayor como en contextos amplios de salud mental (Nichols y Schwartz, 2006; Haley, 1987). Sin embargo, hay menos investigación acerca de la manera en que los terapeutas trabajan éticamente los dilemas que surgen en el campo clínico con familias graves, desde una perspectiva sistémico-relacional. Esta investigación podría traer el foco a una problemática importante para la clínica, para llevar a cabo una práctica ética. Explorar estos desafíos actuales aporta a la contribución de conocimiento teórico y práctico que puede también orientar futuras prácticas, tratamientos e investigaciones.

Objetivos generales y específicos:

Objetivo general

Explorar los desafíos y dilemas éticos en la terapia con familias graves, desde una perspectiva sistémico-relacional.

Objetivos específicos

- Indagar acerca de cuáles son los dilemas éticos actuales que abordan los terapeutas sistémico relacionales en la intervención con familias graves.
- Conocer cuáles son las estrategias utilizadas por los terapeutas sistémico-relacionales para abordar estos desafíos y dilemas éticos.
- Explorar desde una perspectiva sistémico-relacional, cuáles son los patrones familiares disfuncionales en familias graves que más desafíos éticos les plantean a los terapeutas.

Estado del arte

El abordaje psicoterapéutico con pacientes graves abordado por cualquier marco teórico siempre representa un gran desafío por la complejidad e intensidad de los problemas que enfrentan. Sin embargo, en el caso de la terapia sistémico-relacional, no se aborda individualmente al paciente sino que el tratamiento es familiar. Se considera una “familia grave” aquella que presenta dinámicas disfuncionales a partir de que uno o más miembros padecen de alguna patología grave, adicciones, violencia doméstica o patrones de comportamiento altamente conflictivos. Generalmente, este tipo de sufrimiento culmina en un clima de malestar colectivo.

En el tratamiento familiar, el terapeuta se enfrenta con desafíos y dilemas éticos únicos, ya que no solo trata al paciente individualmente, sino que aborda su sistema familiar entero y debe mantener una neutralidad terapéutica a pesar de enfrentarse constantemente con interacciones relacionales profundamente perturbadoras. Frey, L. M., Hunt, Q. A., Russon, J. M., & Diamond, G. (2022), realizaron un estudio comprensivo de tratamiento familiares para la ideación y el comportamiento suicida desde 2010 a 2019. El estudio es una revisión de tratamientos familiares en este contexto, que sintetiza investigaciones sobre la eficacia del tratamiento sistémico, psicoeducación familiar y terapia familiar conductual. Ofrece una perspectiva interesante sobre la importancia del rol que la terapia familiar ocupa en contextos de salud mental graves. A pesar de que la investigación se centra en prevención de suicidios, el estudio aborda muchas temáticas relevantes para las familias graves y la importancia del involucramiento de la familia entera en contextos donde un miembro de la familia padece de un trastorno psicótico. Los autores se centran en el rol de las dinámicas familiares, tanto como en el manejo y la reducción de ideación suicida, argumentando que la familia puede resultar un sistema de apoyo como también un desencadenante de ese estado mental. El estudio enfatiza resultados basados en evidencia que demuestran como la adherencia al tratamiento que genera una mayor estabilidad, puede ser aumentada a través de un sistema familiar comprometido con el tratamiento. También, el estudio aborda los desafíos de estos tratamientos,

tales como la dificultad de mantener comprometida a la familia, resistencia por parte de los adolescentes y conflictos relacionales que interfieren con el tratamiento. Se recomienda un tratamiento más personalizado a cada familia para abordar de manera más efectiva estas problemáticas.

Klostermann, K., Mignone, T., & Papagni, E. (2018), proponen un modelo dirigido a grupos de supervisión en terapia de pareja y terapia familiar, que puede ser útil para la toma de decisiones éticas. Este modelo establece un marco de referencia con herramientas para abordar los conflictos éticos que pueden aparecer dentro del sistema familiar. En las familias graves, suelen observarse conflictos por los patrones de comunicación disfuncionales, coaliciones internas y resistencia al cambio, por lo que le puede resultar difícil para el terapeuta mantener la neutralidad o lidiar con los desafíos que van surgiendo. El modelo de Klostermann no solo ayuda al proporcionar límites éticos en casos familiares graves sino que también ofrece una estructura clara para la toma de decisiones en estas situaciones complejas.

La investigación por Hansson, K. M., Romøren, M., Weimand, B., et al. (2022), titulada “El deber de la confidencialidad durante el involucramiento familiar: desafíos éticos y posibles soluciones en el tratamiento de personas con trastornos psiquiátricos”, se enfoca en los dilemas éticos, que surgen cuando se involucra a la familia en el tratamiento de pacientes psiquiátricos (sin especificar marco teórico), aunque se centra especialmente en el manejo de la confidencialidad. La investigación es cualitativa a partir de la recolección de entrevistas a trabajadores de la salud mental para comprender sus experiencias en el manejo del balance entre la privacidad del paciente y el involucramiento de la familia. La tensión ética entre los potenciales beneficios que conlleva el involucramiento familiar mientras simultáneamente protegiendo el derecho a la confidencialidad del paciente es algo que aparece constantemente en la clínica. La investigación considera ciertas soluciones a estos dilemas, a partir de la sugerencia de obtener siempre consentimiento explícito y pautas claras sobre qué información puede ser compartida.

Siguiendo en este sentido, la investigación de Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., et al. (2014), también plantea la implementación de la involucración familiar en el tratamiento de pacientes con psicosis. Mientras que el estudio de Hansson profundiza acerca de los límites éticos en relación a la confidencialidad, esta investigación se centra en cómo el involucramiento familiar puede facilitar el tratamiento, y resalta los factores facilitadores y obstáculos en esto. Ambas investigaciones se complementan en el sentido de que mientras que Eassom et al. plantean estrategias de implementación práctica que facilitan el rol de la familia en el tratamiento de psicosis, Hansson et al. se dirige a la manera de manejar éticamente esta involucración.

Radley, J., Barlow, J., & Johns, L. (2021), realizaron un estudio a través de focus group o foros de discusión, que investiga las experiencias de los trabajadores de la salud que trabajan con padres que padecen de un trastorno psiquiátrico, y deben intervenir o gestionar en situaciones donde hay algún problema de seguridad en relación al cuidado de los niños o riesgo suicida, que influye en su capacidad parental. Aborda al igual que los estudios anteriormente mencionados, los dilemas éticos en cuanto a la confidencialidad, en especial en relación a la protección y seguridad de los niños. Es útil comprender cómo los terapeutas se enfrentan a estos conflictos éticos, ya que

proporciona una perspectiva acerca de cómo los trastornos psicóticos influyen en las capacidades de los padres para mantener un ambiente familiar de manera funcional. Esto es valioso para relacionar con la manera en que los patrones disfuncionales afectan los sistemas y cómo los terapeutas se sienten frente a estos desafíos.

Marco Teórico

La Terapia Sistémico-Relacional parte de la base de que los seres humanos no son comprensibles de manera aislada, debido a que el sistema familiar influye en los comportamientos, emociones y dinámicas de cada uno de los miembros. Por lo tanto, este marco considera que los problemas no son a causa de un solo individuo, sino que se desenvuelven y se perpetúan en el contexto de las interacciones intrafamiliares (Minuchin, 1981).

En las familias con pacientes psicóticos, se puede constatar que la modalidad relacional es de una complejidad significativa. Palazzoli refiere que el terapeuta debe conscientemente considerar los miembros del sistema familiar como piezas de un circuito interaccional y sin poder unidireccional alguno en el conjunto. En otras palabras, la autora establece la importancia de comprender cómo la conducta de un miembro inevitablemente influye en los demás miembros “actúa sobre el sistema pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema” (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, e Prata, 1980).

En su libro “Paradoja y Contraparadoja” (1980), Palazzoli explora los desafíos con los que se enfrentan las familias con miembros que padecen trastornos psicóticos a partir de un marco sistémico-relacional. Uno de los conceptos más importantes que menciona es como suele haber dinámicas familiares desreguladas que crean patrones de interacción, que aumentan y promocionan los síntomas en vez de apoyar una recuperación. La familia ocupa un rol crítico en la perpetuación de los síntomas. Esto se demuestra en cómo los miembros padecientes muchas veces se encasillan en roles rígidos, donde son culpabilizados o sobreprotegidos por su “disfunción”. Esto tiene como consecuencia patrones de comunicación altamente disfuncionales y en este contexto, el desafío de los terapeutas es cambiar estas dinámicas tan rígidas y arraigadas, interviniendo sobre los patrones repetitivos de interacción que atrapan al individuo y a la familia de forma tan dañina.

Marcelo Pakman, referente de la terapia sistémica contemporánea, conecta el trabajo terapéutico con una visión micropolítica y una crítica social (Pakman, 2021). Integra la filosofía y la epistemología a su reflexión sobre todos los desafíos y los dilemas éticos al tratar familias gravemente perturbadas. Al igual que los autores previamente mencionados, se apoya en la suposición de que no se trabaja síntomas aislados ni individuales, aunque agrega la importancia de los contextos culturales y sociales que afectan las dinámicas familiares, haciendo énfasis en un enfoque terapéutico con la suma importancia de dispositivos terapéuticos flexibles en los casos de mayor complejidad.

Para Pakman, las familias gravemente perturbadas necesitan un enfoque **innovador** que no se encasilla en lo tradicional, sino que acceda una **apertura creativa** para abordar casos en donde las relaciones de poder y los patrones comunicacionales son tan complejos, que no se pueden resolver con respuestas definitivas o únicas (Pakman, 2014).

Maria Rosa Glasserman aborda en su libro “Familias Gravemente Perturbadas”, los desafíos clínicos y éticos en el trabajo con familias graves. Destaca los conflictos de lealtad dentro de la familia que lleva a que los miembros tomen posiciones que generan resistencia para reforzar el estado del paciente. En cuanto a los desafíos éticos, la autora reflexiona acerca de la importancia de la neutralidad terapéutica, así se puede intervenir sin estar involucrado emocionalmente en los conflictos que surgen, ya que muchas veces el terapeuta puede encontrarse atrapado entre los intereses de la familia y el paciente. (Glasserman, M. R. (2012)).

A partir de esto, es importante mencionar como la terapia sistémica relacional ubica el rol del terapeuta. A diferencia de otros enfoques, esta corriente posiciona al terapeuta como un agente activo dentro del sistema. Es visto como un elemento vivo dentro del sistema familiar del cual trata y esto implica una participación activa como componente esencial en el proceso hacia un cambio. Para esto, la Escuela de Milán introduce el término de “circularidad” donde el terapeuta interviene realizando preguntas circulares. De este modo, puede revelar los patrones de interacción del sistema (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, e Prata, 1980). Además, el terapeuta no ocupa el lugar de un mero observador, sino que es un co-constructor del proceso terapéutico. Es un trabajo en conjunto por parte de los miembros de la familia y el terapeuta para re-escribir las narrativas de donde brotan los comportamientos problemáticos (White & Epston, 1990).

A partir del contexto previamente desarrollado, se puede establecer que la terapia sistémico-relacional ofrece un marco teórico interesante y pautado para abordar familias graves, en especial cuando hay presencia de trastornos psicóticos.

Desarrollo metodológico:

a. Supuestos:

- Uno de los desafíos principales que se enfrentan los terapeutas sistémico-relacionales y deben modificar durante el tratamiento con familias graves, es el manejo de las dinámicas disfuncionales
- Los terapeutas sistémico-relacionales enfrentan desafíos y dilemas éticos comunes, cuando trabajan con familias graves

b. Tipo (enfoque) y Diseño (alcance)

El enfoque de esta investigación es de carácter cualitativo, ya que el objetivo tiene que ver con explorar e investigar los desafíos y dilemas éticos de los terapeutas sistémico relacionales a través de la comprensión de las experiencias, las percepciones y los procesos internos de estos terapeutas. Para evaluar esto, utilizaremos entrevistas semidirigidas, para ofrecerle el espacio y la flexibilidad a los terapeutas entrevistados para que se puedan expresar con comodidad. El diseño será descriptivo ya que busca justamente describir experiencias de psicoterapeutas sistémico-relacionales al abordar los desafíos y dilemas éticos.

c. Unidad de Análisis, Población y Muestra

La unidad de análisis serán terapeutas sistémico-relacionales en Argentina, que trabajan o han trabajado con familias graves. Se utilizará un muestreo no probabilístico de tipo intencional de cuatro terapeutas con experiencia comprobable con tratamientos sistémico-relacionales para familias graves con un tamaño de muestra no representativo, pero suficiente para alcanzar la saturación teórica.

d. Fuentes

Fuentes primarias: Basaré el estudio en entrevistas semidirigidas efectuadas a los terapeutas, que funcionarán como fuentes primarias. Estas entrevistas permitirán la exploración profunda de las experiencias y percepciones de los terapeutas.

Fuentes secundarias: Adicionalmente, se utilizarán textos académicos, libros y artículos sobre la terapia sistémico-relacional, los desafíos y dilemas éticos en la práctica clínica y las intervenciones. Estas fuentes secundarias ofrecerán el marco teórico para el análisis de las fuentes primarias. Se utilizarán autores como Glasserman, Selvini Palazzoli, Boscolo, Minuchin, Pakman y demás.

e. Instrumentos y Variables

Como instrumentos utilizaré entrevistas semidirigidas a terapeutas sistémico-relacionales que trabajen con familias graves, en formato individual. Estas entrevistas servirán el propósito de recoger datos y experiencias de los terapeutas en relación a los desafíos y dilemas éticos que atraviesan. Se utilizarán aproximadamente 15 preguntas abiertas de tal modo que sea posible que los entrevistados puedan reflexionar sobre su experiencia en la práctica clínica. Las variables a comparar serán los distintos dilemas éticos, la manera de intervenir sobre las dinámicas familiares y las estrategias terapéuticas empleadas para intervenir contra esto y abordar los desafíos.

f. Procedimiento

En cuanto al procedimiento de la investigación, consistirá en el diseño de la entrevista, el contacto inicial con los terapeutas vía whatsapp, la realización de las entrevistas, la transcripción de las entrevistas a mano, el análisis de tal entrevista y por último, la discusión y conclusiones en base al marco teórico sistémico-relacional.

Capítulo 1: *Terapia sistémico-relacional, su contexto histórico y evolución, principios clave, aplicación en familias graves*

1.1 Orígenes de la terapia sistémica

La terapia sistémica relacional ha transitado una serie de transformaciones a lo largo de los años que llevaron a la compleja configuración actual, que sienta sobre un eclecticismo de teorías y articulaciones. Para poder comprender de qué manera se ha llegado a la composición actual de la práctica sistémica relacional, es necesario historizar, diferenciarla principalmente de la teoría sistémica clásica y además separarla de la idea de que toda terapia familiar es terapia sistémica relacional.

Como plantean Macchioli, García, Benítez, Briolotti, Cardaci y Molinari (2017) de algún modo, muchas veces la terapia familiar queda superpuesta con el abordaje sistémico a pesar de que no son sinónimos. Existen tratamientos familiares desde distintos encuadres como también existe el abordaje sistémico no solo son para familias sino también en comunidades, instituciones e individuos. La terapia sistémico-relacional aparece de alguna manera como resultado del camino evolutivo del modelo clásico sistémico ya que adiciona miradas contemporáneas sobre los vínculos, la posición activa del terapeuta en el proceso y los distintos significados. Esta perspectiva ha sido, dentro de las últimas décadas, especialmente importante para la intervención en familias graves ya que se presentan síntomas severos no solo individuales, como lo puede ser una patología psicótica, sino que también dinámicas relacionales conflictivas, desorganizadas y rígidas que generan muchos desafíos en los dispositivos terapéuticos (Glasserman & Martínez, 2008).

Como se mencionó anteriormente, desde la derivación y transformación de la terapia sistémica clásica, nace la terapia sistémica relacional. Esto sucede en un momento social-histórico de articulaciones teóricas y clínicas nuevas, durante las décadas de 1970-1980. La terapia sistémica clásica nace entre 1950-1960 a partir del pensamiento ecológico y cibernético, con la idea de tener una comprensión de los fenómenos psicológicos como producto de una red de relaciones interpersonales, no simplemente como hechos aislados individuales.

Gregory Bateson, quien lidera el grupo de Palo Alto, introduce el pensamiento sistémico con la idea de que el “síntoma” individual tiene sentido dentro de la comunicación del sistema familiar. No se pueden entender exclusivamente de forma aislada sino como expresiones de las dinámicas relacionales (Bateson, 1972). En los primeros desarrollos la clínica sistémica se expresó en escuelas distintas que marcaban el foco y las intervenciones en distintos lugares.

Por un lado, se encuentra la Terapia Estructural, desarrollada por Salvador Minuchin, que tiene como objetivo principal intervenir sobre la organización jerárquica, la estructura y los límites entre subsistemas de la familia. La idea principal es restaurar un funcionamiento saludable a través de la reestructuración funcional. Minuchin explicaba que la mayoría de los síntomas aparecían a partir de las fronteras difusas/rígidas y las confusiones en los roles familiares. El rol del terapeuta en este modelo parte de la utilización de técnicas como la intensificación, la escenificación y la reestructuración. El terapeuta es provocador y empático a la vez, es central y directivo (Minuchin, 1974).

En la misma época también surge la Terapia Estratégica creada por Jay Haley y Cloe Madanes. Es una orientación más pragmática centrada en los circuitos interaccionales con resoluciones más específicas a partir de un terapeuta que utiliza intervenciones directivas y paradójales. La idea principal es cambiar las conductas que mantienen el síntoma y recuperar la homeostasis del sistema lo antes posible. Los autores sostienen que no es necesario indagar a fondo el origen del síntoma ya que para ellos, el síntoma tiene una función dentro del sistema que se resuelve a partir de la corrección de estos patrones de interacción (Haley, 1976).

Dentro de las distintas escuelas, el modelo sistémico-relacional está principalmente influido por el Modelo de Milán de Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes transformaron totalmente el abordaje y tratamiento familiar al exponer nociones como la circularidad, la hipotetización y la neutralidad terapéutica con el objetivo de generar movimientos en la estructura del sistema familiar (Selvini Palazzoli et al., 1980).

Estos primeros modelos clásicos tenían en común el lugar del terapeuta como observador externo del sistema, que podía intervenir sin influir sobre él, propios de una visión cibernética de primer orden.

En sus inicios, el modelo Milanés propone un enfoque más bien alineado con miradas como las de Jay Haley, con una postura más estratégica y directiva. Utilizaba intervenciones paradójicas y rituales familiares diseñados por el equipo terapéutico con mucho cuidado. También estaba fuertemente influenciada por la teoría general de los sistemas, los trabajos de Gregory Bateson y como fue anteriormente mencionado, la cibernética de primer orden. El grupo de Milán trabajaba principalmente con casos graves como la psicosis y la anorexia, interviniendo sobre los patrones relacionales disfuncionales en estas familias (Selvini Palazzoli et al., 1975).

Hacia los finales de los años 70' y comienzos del 80' se fragmenta el grupo de Milán ya que Boscolo y Cecchin empiezan a cuestionar la rigidez técnica e inician una evolución en los conceptos que luego se convertirá en la Escuela de Roma. No obstante, esta escuela no surge como institución formalmente sino como un movimiento teórico dentro del campo sistémico. Estos autores comienzan a cuestionar la lógica de las intervenciones tan directivas. En este modelo, el terapeuta ya no tiene la intención de "manipular el sistema" sino que introduce incertidumbres, incentiva el diálogo y abre espacio para la co-construcción de significados (Boscolo y Cecchin, 1996). Se argumenta que toda acción terapéutica es una acción que influye y transforma relacionalmente al sistema (Boscolo & Cecchin, 1987).

Por el otro lado, quedan Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata quienes continúan en su desarrollo de "prescripciones invariables" y técnicas directivas para romper los llamados juegos patológicos familiares (Boscolo & Cecchin, 1996).

Por lo tanto, como se mencionaba anteriormente, a principios de 1980, se comienza a criticar y cuestionar dentro del campo de estudio cuestiones como la neutralidad/objetividad del rol del terapeuta. Justamente tomando en cuenta el momento socio-histórico y los avances de las ciencias de la complejidad ya no se permite pensar más en un observador no participante. Recordando que la base de los enfoques estructurales y estratégicos es la cibernética de primer orden, el rol del

terapeuta era de un observador externo que cumplía su tarea de modificar e identificar las reglas del sistema familiar sin afectar en su rol de técnico-experto (von Foerster, 1981).

Sin embargo, autores como Humberto Maturana, Gregory Bateson y Von Foerster introducen la cibernética de segundo orden que surge como un cambio de paradigma ya que destaca que cualquier observador también es parte del sistema que observa, por lo tanto, lo mismo aplica para el ámbito terapéutico. Ningún terapeuta puede situarse por fuera del proceso ya que se convierte en co-creador de los significados y las dinámicas que emergen de la sesión, pasando a ser un **participante activo** (Maturana & Varela, 1980; von Foerster, 1981).

Desde esta nueva perspectiva teórico-clínica parten Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin cuando comienzan a cuestionar las intervenciones directivas y rígidas de la escuela de Milán. Comienza una nueva manera de pensar con un enfoque más relacional, dialógico y abierto. El terapeuta entonces reconoce la imposibilidad de mantener una neutralidad absoluta ya que ahora es consciente de su influencia como participante del sistema (Boscolo & Cecchin, 1987).

1.2 Evolución hacia la terapia sistémico-relacional

Los cambios principales, reemplazan las estructuras familiares hacia los procesos relacionales y narrativos. Se apunta a una co-construcción de significados en vez de el control y la corrección de síntomas. Desde el terapeuta como experto observador hacia una posición más horizontal de facilitador del diálogo y exploración conjunta.

Además, es importante destacar que se incorporan los aportes de autores como Kenneth Gergen del constructivismo y construccionismo social, que aumentan esta mirada relacional ya que esta perspectiva entiende que la realidad se construye en la interacción, el lenguaje y en los marcos culturales compartidos (Gergen, 1991).

Ya no se pretende imponer soluciones o interpretaciones sino que el terapeuta sistémico relacional intenta crear un espacio seguro, para que allí se puedan explorar los significados atribuidos a los síntomas, las narrativas familiares y las posibilidades de cambio, aunque siempre desde una posición sensible al contexto (Cecchin, Lane, & Ray, 1992; Andolfi, 2006; White & Epston, 1990).

En definitiva se considera que mediante esta evolución del modelo sistémico relacional se plantea un re-posicionamiento filosófico y ético del rol del terapeuta, no solamente un cambio técnico. En lugar de partir desde la certeza y los diagnósticos cerrados, el terapeuta comienza por la curiosidad terapéutica y una posición abierta con respecto a la complejidad de cada sistema. Tiene en cuenta las tensiones internas que puede tener cada familia y cree en su potencial transformador (Boscolo & Bertrando, 1996).

1.3 Familias gravemente perturbadas

Desde la teoría sistémico-relacional, se considera “Familias gravemente perturbadas” a aquellas familias en las que los patrones vinculares sostienen y generan niveles altos de disfunción, sufrimiento y la mayoría de las veces, cronificación de los síntomas, en vez de promover el bienestar de sus miembros. Por lo tanto, estas familias suelen presentar estructuras rígidas, altamente

disfuncionales y cerradas ya que han perdido su capacidad de flexibilidad y adaptabilidad (Glasserman & Martínez, 2008).

Glasserman y Martinez (2008), plantean que se encuentra gravemente alterado el funcionamiento relacional de estas familias. Esto se ve reflejado en varios aspectos. Por un lado, los roles familiares suelen ser fijos y extremadamente rígidos. Suelen caracterizarse por ser inadecuados e intercambiables. Un ejemplo de esto podría ser un caso de parentalización, donde el rol o las funciones del adulto lo asume un hijo. También suelen aparecer entre los subsistemas familiares, fronteras rígidas o difusas. Esto genera confusión en los límites afectivos y lleva a dificultades en la diferenciación individual. En las familias graves suelen generarse coaliciones disfuncionales que perpetúan conflictos a partir de triangulaciones crónicas o alianzas patológicas entre miembros.

Es importante revisar las narrativas subjetivas que hay en las familias y en este tipo de familias suelen aparecer narrativas predominantemente de sufrimiento, de descalificación, culpa o desesperanza. Esto dificulta el proceso de construcción de significados más saludables o distintos. En general, los patrones transgeneracionales de disfunción se reproducen si los secretos familiares, conflictos o traumas no se resuelven y se mantienen igual (Sluzki, 1992).

En este enfoque y especialmente en las familias graves, los síntomas individuales no se consideran entendibles de manera aislada, especialmente los síntomas graves como pueden presentarse en trastornos psicóticos. El síntoma en estos casos se comprende como una función reguladora o estabilizadora dentro del sistema, es el resultado de una dinámica relacional complicada (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, e Prata, 1980). Por lo tanto, se puede interpretar el síntoma como un intento fallido del sistema familiar en mantener su equilibrio, de alguna manera es un indicador o mensaje de que se requiere reestructuración o transformación. Un brote psicótico en un adolescente, por ejemplo, podría representar un modo en que la familia evita sus conflictos, organiza sus relaciones o se mantiene cohesionada, a pesar del sufrimiento implicado en ello y más allá de reducirse exclusivamente a una vulnerabilidad individual (Minuchin, 1974; Andolfi, 2006).

Se resalta que los sistemas familiares que más se resisten al cambio, son los altamente disfuncionales. Esto es debido a que el cambio presenta una amenaza a derrumbar con los frágiles equilibrios que de alguna manera u otra, sostienen su funcionamiento aunque este sea altamente problemático (Glasserman, 2012).

Una de las características principales que aparecen dentro de las familias gravemente perturbadas, es un nivel alto de lo que se menciona anteriormente como **rigidez estructural**. Por lo que esto interfiere negativamente en la posibilidad de que se presenten nuevos significados alternativos o distintas formas de interacción. Se puede manifestar de distintas maneras esta rigidez estructural: Se suele ver en familias donde los límites individuales son difusos, a lo que la teoría nombra “relaciones difusas o enmarañadas”. En notables “escisiones internas” donde se ven alianzas o bandos entre subsistemas que fragmentan. También se pueden observar “fronteras impermeables” que generan aislamiento de la familia de los recursos externos o del contexto social. Además, las narrativas que se construyen entre familiares puede dar cuenta de su funcionamiento y en las familias graves suele encontrarse “estigmatización interna” generalmente en contra del miembro que

presenta el síntoma visible donde se lo señala como causante del problema o “paciente identificado” (Linares, 2006).

Típicamente en estas familias, suele haber un historial de sufrimiento crónico, violencia, abandono, pérdidas significativas, traumas no elaborados y condiciones sociales/económicas adversas. Esto no hace más que agravar las dificultades relacionales (Sluzki, 1992; Andolfi, 2006).

Para poder trabajar efectivamente con estas familias desde el encuadre sistémico-relacional, se debe reconocer y tener en cuenta la complejidad del sistema y sus patrones. Es importante tener la capacidad de tolerar y respetar sus intentos fallidos de adaptación e intentar junto con el sistema, co-construir nuevas narrativas que permitan un funcionamiento saludable con mayor flexibilidad (Boscolo & Cecchin, 1987; White & Epston, 1990).

En definitiva, se trata de una tarea delicada. El terapeuta debe sostener y actuar de manera sensible y atenta a las dificultades que implica trabajar e intervenir en sistemas graves donde los límites se desdibujan, los roles y las jerarquías están profundamente rígidos y desorganizados. En las familias gravemente perturbadas los síntomas individuales no son únicamente indicadores de una patología sino que deben ser entendidos como producto de una red relacional problemática, que requiere intervenciones centradas en un cambio vincular (Glasserman, 2012; Selvini Palazzoli et al., 1980).

1.4 Una perspectiva ética

Una de las vertientes fundamentales que atraviesa la práctica clínica es la postura ética del profesional. En la práctica con familias gravemente perturbadas los dilemas en torno a la ética son condiciones de posibilidad, no excepciones. En la teoría se describen algunos modelos de intervención (Minuchin, 1974; Haley, 1976; Selvini Palazzoli et al., 1980), sin embargo, hay una falta de recursos teóricos que se exponen acerca de cómo los terapeutas afrontan de manera práctica estos desafíos. No se encuentran muchos trabajos acerca de cómo se trabaja en la escena concreta con la neutralidad, autonomía, responsabilidad distribuida, tensiones entre resguardo/confidencialidad o decisiones tomadas bajo incertidumbre (Glasserman, 2012; Linares, 2006). Todas estas son cuestiones que indiscutiblemente florecen a partir de la clínica sistémica relacional con familias gravemente perturbadas, por lo que uno de los objetivos de este trabajo de investigación es contribuir en lo posible a tapar ese agujero de conocimiento.

La teoría sistémica-relacional actualizada muchas veces incorpora a su práctica algunos aportes de la filosofía acerca de la ética de los encuentros y las relaciones. Baruch Spinoza introduce el concepto de lo que “compone y descompone”. Define lo “bueno” como aquello que compone nuestras relaciones. Esto aumenta nuestra “potencia de obrar”.

Por otro lado, se encuentra lo que descompone como lo malo que disminuye aquella potencia (Spinoza, 1677/2000). Este criterio práctico es sistematizado por Deleuze (1981/2002), cuando llama “mala” a la acción que directamente descompone y “buena” a la acción cuya composición de relaciones es directa a pesar de que pueda implicar descomposiciones indirectas. Si trasladamos esto al espacio clínico, este eje es una ética de los encuentros, no una moral de

mandatos. En este caso, debemos constantemente evaluar si las intervenciones del terapeuta aumentan o merman la capacidad de los miembros de la familia para sentir, pensar y actuar en modos más vitales, seguros y justos.

Siguiendo este pensamiento se podría decir que la responsabilidad no es una cuestión que depende del libre albedrío. Depende del grado en que actuamos adecuadamente en las cadenas causales que causan efectos en otros y en nosotros mismos. Por esta razón, la responsabilidad es situada y graduable (Spinoza, 1677/2000). Asumir responsabilidad en la práctica terapéutica requiere hacerse cargo de los posibles efectos de nuestras decisiones (en especial bajo incertidumbre). Se debe privilegiar aquellas que reducen el daño y componen la vida.

En relación al avance de la teoría sistémica-relacional, la tradición evolucionó desde un enfoque con posiciones directivas/estratégicas a una práctica más reflexiva y dialógica (Bateson, 1972/2006; Maturana & Varela, 1980; von Foerster, 1981). Evolucionaron las prácticas del grupo de Milán hacia intervenciones orientando a la irreverencia, neutralidad y curiosidad como estilos clínicos (Boscolo y Cecchin, 1992; Cecchin et al., 1992). Si se piensa en términos de ética, este giro propone co-producir contextos de conversación que aumentan el cuidado y la agencia. Esto previene asimetrías de poder.

Indudablemente, trabajar con familias graves requiere determinadas especificidades únicas ya que supone vínculos altamente reactivos y riesgos acumulados como la violencia, precariedad, desorganización etc.) Por lo que demanda éticamente estar atento a proveer determinados cuidados como por ejemplo: responsabilidad distribuida; implica un reconocimiento en que las decisiones son determinadas en redes transdisciplinarias y la agencia terapéutica no es individual sino relacional (Sluzki, 1992). Se destaca como importante la protección sin paternalismo, levantar imparcialidad con cuidados frente a daño inminente. Confidencialidad contextualizada, con advertencias de límites, acuerdos claros y contratos escritos para poder evitar malentendidos (Linares, 2006; Glasserman, 2012). Se debe evitar iatrogenias de etiquetamiento o coerción y considerar inequidades estructurales, teniendo en cuenta una justicia relacional (Pakman, 2018, 2011).

La neutralidad terapeuta es otro concepto que me interesa explorar en la práctica clínica actual. Es un concepto que ocupó un lugar central durante todo el desarrollo del modelo. La escuela de Milán produce el libro *Hipótesis, neutralidad y circularidad* (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980/1994) en donde definen la neutralidad terapéutica como: “la capacidad del terapeuta de no alinearse con ningún miembro ni coalición familiar, evitando reforzar las alianzas rígidas o los juegos patológicos característicos de las familias gravemente perturbadas.” Este primer modelo estaba totalmente influenciado por la cibernética de primer orden donde el terapeuta era un observador externo. Por lo tanto, debía conservar una distancia, sin identificarse con las narrativas internas, donde se permite observar el sistema familiar desde afuera. Esta postura estratégica indicaba que la neutralidad debe ser una herramienta para que se pueda ser un “experto imparcial”. En esta posición, el rol del terapeuta consistía en diseñar intervenciones paradójicas, prescripciones invariables, introducir hipótesis circulares y mantener una coherencia del dispositivo terapéutico (Selvini Palazzoli et al., 1980/1994).

Una vez que evolucionó la teoría sistémica con la introducción de la cibernética de segundo orden (von Foerster, 1981; Maturana & Varela, 1980), se comenzó a cuestionar el concepto de neutralidad terapéutica. Se estableció que este concepto de neutralidad como la “no influencia” era una simple ilusión epistemológica. Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin señalaron que por el solo hecho de participar en el proceso, el terapeuta produce efectos en el sistema familiar (Boscolo & Cecchin, 1992). Se reformuló como una actitud de reflexividad y responsabilidad lo que antes se entendía como imparcialidad. El terapeuta comienza a reconocer el efecto de sus intervenciones y reconoce su incidencia.

El concepto de neutralidad terapéutica sufre un desplazamiento ético y epistemológico. Cecchin (junto con Lane y Ray, 1992) redefine la palabra como “curiosidad terapéutica” donde se impulsa mantener una apertura constante frente a la multiplicidad de distintas posibles narrativas dentro del sistema familiar. Esto permite no quedar igual de cristalizado que la familia en una sola versión del conflicto o hipótesis sino abrir espacios para co-construir distintos significados.

En sus desarrollos contemporáneos, Pakman (2011, 2018) entrelaza la reformulación del concepto de neutralidad y propone una “terapia ética” que se orienta por el sentido de lo justo. Plantea que no se puede limitar la práctica clínica a posiciones de abstinencia profesional o a criterios técnicos de eficacia. La práctica ética debería componerse de interrogación constante del terapeuta por los efectos de las intervenciones que practica en términos de cuidado, justicia relacional y dignidad. Se debe entonces posicionarse responsablemente, para poder acompañar y abrir alternativas, especialmente en la práctica de familias gravemente perturbadas donde suelen presentarse dinámicas de asimetría de poder, violencia y exclusión. La neutralidad curiosa propuesta por Pakman invita a ocupar un lugar crítico, reflexivo y sensible al contexto. Esta posición se compromete a posibilitar contextos donde se compone, lo que aumenta las capacidades de agencia, cuidado y dignidad.

Capítulo 2: Análisis de resultados obtenidos

A partir de las entrevistas realizadas, pude recolectar información que me ayudó a contestar algunos de los interrogantes planteados, así como también abrir nuevos. Los objetivos específicos de esta investigación fueron vías importantes para orientar la formulación de las preguntas realizadas a los entrevistados.

2.1 Objetivo específico #1

Uno de los objetivos fue descubrir cuáles son los dilemas éticos actuales que abordan los terapeutas sistémico relacionales en la intervención con familias graves. Frente a las respuestas de los terapeutas, en primer lugar, todos coinciden que la clínica con familias gravemente perturbadas está inevitablemente atravesada por desafíos y dilemas éticos. Estos dilemas se presentan como tensiones concretas que aparecen en cada sesión, no como cuestiones teóricas abstractas, sino que emergen en la interacción viva con la familia y con el contexto.

La confidencialidad vs. la necesidad de resguardo/compartir, fue el dilema ético mayormente mencionado a lo largo de las entrevistas. Los terapeutas expresan la dificultad de mantener la privacidad de algún miembro de la familia cuando la información dicha podría representar un riesgo para sí o miembros del sistema. Por ejemplo, el entrevistado #4 dijo: “En ese caso tuve que contactarme y pedirle ayuda al padre porque verdaderamente sentía que la paciente estaba en riesgo si no contaba con una red más estable.” Se puede observar aquí esa tensión entre el cuidado y la confidencialidad, a la que Linares (2006) llama “zonas grises”. Aquí las decisiones se orientan por un criterio situacional, no por una norma rígida. Compartir aquella información de manera cuidadosa, en ese caso podría componer un sistema al generar condiciones de seguridad, mientras que mantener ese secreto podría descomponer el sistema ya fraccionado y aumentar el riesgo para el paciente identificado.

Se relató una tensión constante por la pregunta de cuándo comunicar y cuándo mantener la confidencialidad cuando un miembro comparte información sensible. El entrevistado #3 menciona: “Si un chico está denunciando algo que está pasando, vos no podés ir contándole al adulto, hay que manejarse con muchísimo cuidado.” Los terapeutas se refieren a la gestión de esta información mediante procedimientos o anticipaciones contractuales como por ejemplo, pedir consentimiento. El entrevistado #1 relató: “En las entrevistas con el paciente designado, cuando aparece o cuando yo decido proponer el encuentro familiar, en general ya previamente hablé con el paciente designado, para que sepa, por un lado que puedo decir y que no puedo decir... anticipar que si hay una situación que es grave... yo lo voy a decir, pero siempre con la autorización del paciente.” Igualmente, muchas veces emergen situaciones de riesgo en donde el terapeuta se ve obligado a proteger al paciente de riesgo inminente como sería la violencia o la autolesión, y debe re-configurar esa confidencialidad. Por ejemplo, el entrevistado #4 menciona el recurso de un tercero, como puede ser la amistad: “La paciente designada había compartido los contactos de sus amigas porque no quería comunicación hacia el padre... le dije ‘tus amigas te quieren... ¿por qué no lo intentamos?’” Aquí se utilizó al

tercero como recurso intermedio antes de comunicarse con un familiar. De esta manera, la decisión es ponderada y situada ya que busca proteger al paciente, sin romper el vínculo terapéutico.

Otro dilema ético actual mencionado en las entrevistas es el de la **neutralidad clásica vs. toma de posición protectora**. Los entrevistados consideran que cuando se trabaja con familias graves, la neutralidad terapéutica clásica habitualmente es insuficiente y muchas veces negligente frente a las situaciones donde aparece violencia o riesgo. En las entrevistas #1 y #4 se menciona que uno no siempre se puede mantener neutral. Por ejemplo, cuando hay violencia de género, hay que marcar una posición clara de protección. Dependiendo del contexto, podría aparecer una exigencia ética de trazar un límite, suspender tratamiento o solicitar internación. En la entrevista #1 se relata: “Porque además uno como persona observa situaciones con injusticia o mucha violencia o agresión donde uno a veces tiene que decir ‘hasta acá’, y muchas veces frenar algo...”

En las palabras de los entrevistados se puede observar un posicionamiento flexible. Esto dialoga con la evolución de la teoría sistémica. Originalmente el modelo sostenía la concepción de neutralidad terapéutica como un principio de imparcialidad por parte del terapeuta (Selvini Palazzoli et al., 1980/1994) y luego Boscolo y Cecchin (1992) resignificaron el concepto, denominado “curiosidad responsable” como la disposición de indagar entre múltiples posibles significados, asumiendo aún la responsabilidad de intervenir cuando hay un riesgo de dignidad o vida de alguno de los miembros. Esta idea se contrapone con la abstinencia pasiva del significado anterior. Se puede observar esta idea en la entrevista #4: “La intervención directa fue muy importante para su tratamiento... dije ‘yo no puedo quedarme tranquila con que vos te mates y quedarme con los brazos cruzados’.” Esta intervención explícita fue requerida para asegurar la seguridad del paciente. Los terapeutas interpretan esto como una obligación ética a pesar del posible costo de dañar la alianza y “romper” la neutralidad.

Se pudo observar también el dilema ético de la **judicialización y revinculación forzada** en las familias judicializadas. Aparecen conflictos como la evaluación clínica del terapeuta para analizar si existen las condiciones seguras para el proceso de revinculación. En la entrevista #3 se menciona: “En los casos de revinculación muchas veces uno evalúa que no están dadas las condiciones... ahí hay un dilema fuerte, porque tienes que re-vincular pero a la vez uno encuentra que no están las condiciones.” Aparece una tensión ética ya que el terapeuta se transforma en actor con rol ambivalente. El terapeuta, quien debe continuar su rol clínico es transformado simultáneamente en actor de procesos legales a partir del marco de la judicialización. Surge un problema ético importante cuando obedecer al mandato legal contradice la seguridad o el bienestar que el terapeuta puede observar. Generalmente se suele inclinar por la protección del menor, no obstante, la situación genera dilemas de legitimidad y estrés moral para quien debe tomar decisiones.

Los secretos, las coaliciones y las triangulaciones son otros dilemas éticos reiteradamente mencionados en el primer bloque de entrevistas. En la primera y tercera entrevista relatan: “Me piden en privado que no diga tal cosa... Queda uno atrapado en el medio.” El terapeuta es colocado en una posición vulnerable para ser usado como instrumento de una alianza interna de miembros del sistema. Estos secretos pueden convertir al terapeuta en cómplice de manera involuntaria y dificultan la circulación de información. El segundo entrevistado relata: “La mamá de él

se alía con la esposa de él y crítica tanto... hay algo que investigar despacito.” Se debe obrar con cautela para no quedar atrapado en esas alianzas cristalizadas.

Otro dilema ético que aparece frecuentemente en las entrevistas es en relación a los **límites del rol profesional vs. la emocionalidad del terapeuta**. En la entrevista #4 se refiere a esto: “Antes era más sancionadora... ahora pienso que es lo mejor que se puede hacer en tanto no juzgar... me irrita, me lleva a un lugar emocional como si el hijo fuera mío.” En todas las entrevistas se reconoce que frecuentemente las reacciones afectivas propias, como podría ser la identificación, el enojo o el miedo, influyen en la toma de decisiones éticas. Es fundamental utilizar la dimensión afectiva de manera que esta puede motivar la intervención protectora sin sesgar el juicio. Esto afecta la temporalidad y urgencia en la toma de decisiones. Cuando se trabaja con familias graves es habitual la necesidad inminente de intervenciones drásticas, como podría ser una solicitud de internación. La dificultad se presenta cuando estas medidas de cuidado corren el riesgo de romper con la autonomía o el vínculo terapéutico. Por ejemplo se relata: “Un día dije ‘no no yo... esta piba un día en cualquier momento se pega un palo’ y la verdad que lo dudé... menos dudé de ser clara ‘yo no puedo quedarme tranquila...’” (Entrevista 4).

En cuanto a una mirada actual, se presentaron desafíos contemporáneos en donde es evidente que **el avance de la tecnología introduce dilemas éticos inéditos**.

En primer lugar, al trabajar con sistemas familiares complejos, los límites deben ser claros. Uno de los entrevistados mencionó: “los turnos y los horarios, uno llamaba telefónicamente y ahora funciona todo por WhatsApp y eso muchas veces lleva a malas interpretaciones o a desentendimientos y en una familia grave yo aprendí y aún aprendo a que uno tiene que contestar lo mínimo indispensable y el resto se habla en la consulta. No intenta resolver todas las preguntas por mensaje porque ahí se abre otra cosa y se malinterpreta. Hay que ser muy conciso y quizás un poco distante con la comunicación y diálogo a través de mensajes.” Justamente son estas las situaciones que demuestran la manera en que la tecnología altera y desdibuja los límites ordinarios de la intimidad y la confidencialidad. Se produce lo que Gergen (1991) denominó la *saturación del yo*: una constante exposición. Se reducen cada vez más las fronteras entre lo público y lo privado. El desafío se presenta cuando el terapeuta debe obrar cuidadosamente para no reforzar las coaliciones invisibles o exponer de más la relación terapéutica. La comunicación digital evidentemente genera conflictos nuevos al modificar la vida íntima y su exposición de lo privado a lo público. “La intimidad como espectáculo... publicar una foto... genera discusiones que no tienen contexto real” (Entrevista 2). Se señala cómo las redes sociales y la irrupción de las pantallas transforman los modos de comunicación y las dinámicas de intimidad al eliminar el contexto. Desde una mirada sistémica, esta exposición altera la negociación de los límites familiares y obliga al terapeuta a reflexionar sobre cómo intervenir al ser enfrentado a demandas derivadas de interacciones digitales (Sluzki, 1992).

Los terapeutas entrevistados hicieron referencia a cómo la tecnología refuerza los rasgos paranoides, amplifica sospechas y reduce matices comunicacionales: “*una palabra o una imagen no tiene contexto real... cambia mucho los patrones comunicacionales*” (Entrevista 2). Muchas veces, modifica la temporalidad de la consulta al continuar la comunicación por fuera de la sesión: “Me llenan el teléfono... ‘la última vez yo le dije algo que no les gustó’... son estructuras rígidas”

(Entrevista 2). Esto también presiona al terapeuta a re-pensar los límites de su disponibilidad y mantener un encuadre ordenado. Se refiere al uso de pantallas como algo que *“genera conductas disruptivas para los chicos”*, pero que al mismo tiempo se convierte en un recurso de los padres para desentenderse de la crianza (Entrevista 1). Asimismo la tecnología se convierte en regulador externo y fuente de síntomas. Esto presenta la pregunta :¿Debe el terapeuta interpretar la pantalla/lo digital como un problema en sí mismo o como un síntoma de la dinámica relacional?

2.2 Objetivo específico #2

Otro de los objetivos específicos de este trabajo consiste en conocer cuáles son las estrategias utilizadas por los terapeutas sistémico-relacionales para abordar dilemas éticos en la intervención con familias graves.

Continuamente a lo largo de las entrevistas surge el concepto de **neutralidad terapéutica** entendida no como la abstención o la indiferencia sino como un equilibrio dinámico. Como se mencionó anteriormente, los terapeutas entrevistados coinciden en que no es posible mantener una neutralidad terapéutica total en contextos tan difíciles donde hay altos niveles de perturbación y a menudo violencia. Esto lleva a que frecuentemente se debe intervenir de manera activa para marcar un límite o proteger un miembro del sistema familiar. En la primera entrevista se menciona: *“Creo que mantener la neutralidad terapéutica es muy difícil, pero... trato siempre de rescatar alguna cosita positiva de cada uno”*, lo que describe una estrategia de mantener una cierta equidistancia a través del reconocimiento de recursos de cada miembro. En otra entrevista se refiere a *“Intentar mantener un equilibrio a la espera de que los pacientes puedan recibir las palabras”* (entrevista 2) lo que refleja una estrategia en términos de esperar a que el sistema familiar presente las condiciones aparentes para poder recibir una intervención. Por lo tanto, la neutralidad se presenta como una posición flexible. Fluctúa entre sostener los vínculos y actuar con firmeza cuando las dinámicas atentan contra algún miembro.

Otra estrategia presente en los relatos recolectados es la **intervención directa** en situaciones de alto riesgo. Queda claro que la protección del paciente debe primar sobre la abstención frente a riesgo cierto e inminente como puede ser un contexto de violencia o riesgo de vida. Se refiere a la decisión de intervenir recurriendo a la internación cuando en la entrevista #4 se narra: *“Yo no puedo quedarme tranquila con que vos te mates y quedarme con los brazos cruzados... creo que vale la pena vivir”*.

En contextos judicializados se refiere a que ocasionalmente es necesario ir en contra de un pedido de revinculación si es que uno determina que las condiciones en relación a la seguridad no están dadas. De este modo, estas decisiones ilustran cómo la práctica ética se impone a la teoría. Generalmente se resuelve el dilema enfocando la prioridad en la vida y la protección de los que se encuentran más vulnerables.

En relación con las **alianzas y coaliciones internas**, los terapeutas relatan que trabajan con recursos técnicos como la co-terapia, entrevistas individuales y el uso del humor para desarmar las rigideces. En una de las entrevistas se relata: *“Con esta pareja... pedí un encuentro individual con cada uno. Ahí voy a hacer preguntas para abrir estos temas”* (Entrevista 2). Otros señalan que la

coterapia permite evitar quedar capturados en una alianza y distribuir posiciones: *“Siempre en co-terapia... si son familias realmente graves, trato de no trabajar sola”* (Entrevista 1). Estas estrategias exponen que, más que negar las coaliciones, se intenta visibilizarlas y redistribuir la carga relacional para impedir que recaiga exclusivamente en el terapeuta.

Se podría determinar que una de las dimensiones más importantes es el **trabajo en red y el apoyo institucional**. *“Compartir con otros terapeutas... compone fuerzas”* (Entrevista 2), refiere un entrevistado, destacando que la multiplicidad de miradas habilita posibilidades frente a sistemas rígidos. Se coincide entre todos los terapeutas que la supervisión y el sostén del equipo genera un resguardo ético y clínico. También, la institución provee un espacio y herramientas como espacios de supervisión y la cámara gesell que descargan el peso de la responsabilidad individual y, a su vez, legitiman la práctica. En la entrevista #3 se presenta un ejemplo: *“Una vez pasó que en uno de estos casos, la madre acusa que en la sesión, la terapeuta permitió que el padre abusara del hijo. En la sesión! Por suerte había cámara gesell en este caso, todo filmado.”*

Finalmente, se identifica como la **comunicación digital** se presenta como un espacio nuevo que necesariamente demanda estrategias específicas. El impacto de las tecnologías digitales aparece evidentemente en la práctica con familias graves. Los terapeutas entrevistados relatan la manera en que la comunicación vía redes sociales o whatsapp genera importantes dilemas éticos ya que facilita el contacto instantáneo y constante. Asimismo, facilita las invasiones de intimidad y abre las puertas a malentendidos comunicacionales, lo que genera que los terapeutas corran el riesgo de quedar atrapados en alianzas implícitas. En una de las entrevistas se menciona una estrategia en donde para evitar que el terapeuta quede aliado con uno de los dos padres, se creó un grupo de whatsapp conjunto: *“Armé un grupo de WhatsApp de ambos padres conmigo, entonces cuando mandó un mensaje va el mismo para los dos y ellos pueden escribir por ahí. Por supuesto alguno de los dos me escribe por privado y yo ahí contestó lo mínimo indispensable o lo llevo para el grupo porque eso sí puede generar la idea de que puede haber una alianza”* (Entrevista 1). Se puede observar aquí una estrategia más bien preventiva: al transparentar la información se evita la confidencialidad indebida, las interpretaciones de favoritismo y se protege la posición del terapeuta.

Asimismo, se menciona como la digitalización **modifica los patrones comunicacionales familiares**. Se relata un ejemplo en donde un mensaje enviado por un grupo de trabajo se toma como una traición (Entrevista 2), lo que ilustra el funcionamiento de la virtualidad y la forma en que producen descontextualización de lecturas que amplifican la desconfianza. Los terapeutas entrevistados relatan cómo este tipo de situaciones genera dinámicas familiares más rígidas y paranoides, que resultan en un nuevo desafío dentro del proceso terapéutico.

Finalmente, se destaca como dilema la **expectativa de disponibilidad permanente**. Algunos terapeutas refieren a que reciben mensajes a cualquier hora del día con demandas de respuestas inminentes: *“Mientras hablo con vos ahora me bombardea el teléfono con mensajes”* (Entrevista 2). Esto demuestra un dilema ético en relación a los límites del encuadre. La presión en contestar puede generar una sobreexposición del terapeuta lo cual diluye la frontera entre el espacio terapéutico y la vida personal. La estrategia utilizada por uno de los terapeutas fue responder lo

mínimo indispensable y diferir los temas para la sesión, de esta manera se puede conservar el encuadre tanto como la implicación emocional propia.

2.3 Objetivo específico #3

El tercer objetivo específico de esta investigación, **es examinar cuáles son los patrones disfuncionales que generan mayores desafíos éticos en la práctica con familias gravemente perturbadas**. Estos patrones no son meras dinámicas relacionales sino que se transforman en situaciones límite que afectan la neutralidad, el rol del terapeuta e incluso las posibilidades de intervención.

El primer patrón identificado en la práctica clínica con familias gravemente perturbadas es el de las familias que **utilizan la lógica jurídica en el ámbito clínico**. Estas familias querellantes utilizan el marco legal como amenaza constante y como modo de relacionarse. En la primera entrevista se refiere a esto: *“Atendí una familia donde los padres todo el tiempo te refregaba la intervención de un abogado: ‘si no me la arreglás, si no hacés esto o lo otro llamó a un abogado y te hago un juicio’”*. La terapeuta entrevistada relata la imposibilidad de trabajar ya que ese tipo de situaciones no solo obstaculiza la tarea clínica sino que ubica al profesional en el “territorio de lo desconocido” (entrevista 1). El terapeuta queda paralizado, enfrentado con la amenaza y el riesgo de una judicialización sobre sus intervenciones. Estas dinámicas generan desafíos y dilemas éticos ya que fuerza al terapeuta a intervenir sin naturalidad, con cautela extrema para evitar intervenciones o interpretaciones que pueden ser usadas en su contra.

Uno de los patrones disfuncionales recurrentemente mencionado en las entrevistas, es en relación a la rigidez que presentan este tipo de familias. **La rigidez en la posición de los miembros familiares** en donde cada persona mantiene su “verdad” sin capacidad flexibilidad o movimiento, dificulta intensamente el proceso terapéutico. Se menciona que *“Los patrones son la rigidez, el sostener la verdad de cada uno... El dilema ético es que es muy difícil desarmar la descomposición para encontrar alguna composición”* (Entrevista 2). Una terapeuta describe una escena de cooperación cuando una pareja logra nebulizar a su hijo enfermo de manera conjunta. *“En algo chiquitito estoy queriendo tirar el hilo y ver si él acepta que algo de eso puede mover un poquito”* (Entrevista 2). Este dilema ético apunta a buscar aperturas mínimas que permitan introducir algún movimiento en dirección al cambio. Los pequeños momentos de composición se vuelven vitales ya que representan espacios donde se posibilita sostener la relación y la vida frente a la rigidez destructiva sin salida aparente. Desde la teoría sistémica-relacional, la rigidez bloquea los procesos de negociación y apertura, también coloca al terapeuta en un lugar de tensión ética ya que acompañar la conflictiva sin intervenir puede **reforzar el estancamiento**, mientras que intervenir de manera muy directa puede ser vivido como un ataque o toma de partido, lo que amenaza el vínculo terapéutico. En el ejemplo mencionado se muestra la manera en que la rigidez se actúa incluso en situaciones de cuidado. Cuando la pareja logra coordinarse para nebulizar juntos a su hijo enfermo, el padre rápidamente descalifica la situación expresando que *“esto tendría que haber pasado hace cuatro días atrás”* (Entrevista 2). Aquí, el intento de cooperación y apertura queda invalidado por la

posición rígida. Se genera un dilema para el terapeuta: ¿De qué manera puedo rescatar la potencia de esa composición sin entrar en confrontación con el padre?

Otro patrón disfuncional que genera mayores dilemas éticos es la **asimetría de poder**. Se destaca especialmente los sistemas donde las figuras paternas imponen una posición de dominio no solo en las familias, sino también en relación con el terapeuta. Se dificulta éticamente en estos casos la posibilidad de mantener la neutralidad terapéutica. Se narra: *“El padre, que siempre fue un personaje de mucho poder, se pone también como por encima del terapeuta. Cuando en este juego de poder tiene que ver con la figura masculina machista y la terapeuta es mujer, creo que se complica mucho”* (Entrevista 1).

La presencia de **los juegos sucios, las alianzas y las coaliciones**, fue un patrón mencionado reiteradamente en las entrevistas. Los “juegos sucios” es un concepto de la terapia sistémica relacional, para referirse a las dinámicas donde las reglas explícitas son transgredidas y reemplazadas por mensajes contradictorios, maniobras ocultas o alianzas tácitas. Esto generalmente deja a otros miembros, especialmente a los hijos, en posturas difíciles. Generan gran sufrimiento y a la vez, ubican al terapeuta frente a dilemas éticos profundos ya que lo confrontan con la encrucijada de proteger a los miembros vulnerabilizados sin perder su lugar clínico (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980/1991). Las terapeutas relatan que en las familias graves, las traiciones y los juegos de alianza son muy frecuentes. Un ejemplo que ilustra esto es el de la madre que, en medio de la desregulación, lo impulsa a su hijo adolescente —que anteriormente había tenido intentos autolíticos— *“matate”*. En este ejemplo, la palabra pierde su valor simbólico y se convierte en un acto destructivo y violento. Inmerso en este juego sucio, el adolescente queda capturado entre el odio y el amor materno, sin recursos para sobrepasar la contradicción. El terapeuta queda enfrentado con un dilema ético grave: no denunciar podría significar un riesgo vital para el joven, pero denunciar puede quebrar la posibilidad de trabajo con la madre. La terapeuta relató que la salida de este dilema fue un señalamiento firme, proponiendo la intervención del defensor de menores, lo que demostró un límite evidente en la dinámica familiar (Entrevista 4). La dirección ética que aparece en las entrevistas es hacer visibles los juegos. De esta manera, nombrarlos y abrir caminos posibles sin reproducir el mismo circuito de violencia (Cecchin, Boscolo, Hoffman & Penn, 1994).

Otro patrón disfuncional mencionado en los relatos de los terapeutas entrevistados que generan mayores dilemas éticos es la **parentalización de los hijos**. *“Me parece que los patrones que traban la libertad, el crecimiento de los hijos... cuando los hijos quedan muy atrapados, parentalizados en ese conflicto”* (Entrevista 3) menciona una terapeuta. Se refiere a cómo los menores pierden la posibilidad de desplegar un desarrollo propio al quedar absorbidos en conflictos adultos. Genera un dilema ético para el terapeuta ya que la prioridad sobre la protección del menor habitualmente implica una intervención en contra de las dinámicas de los adultos. Generalmente estas situaciones se ven reflejadas dentro de dinámicas rígidas y los hijos quedan atrapados en conflictivas parentales de los que no pueden salir. En la entrevista #3, se refiere a cómo estos sistemas, que generalmente se encuentran intensamente saturados, demandan de miradas frescas en supervisión, ya que la rigidez del sistema invade al equipo tratante.

Por último, han coincidido todos los entrevistados que **la tecnología y sus avances** están cambiando los patrones familiares significativamente. En las familias graves, esto plantea nuevos dilemas éticos en la práctica clínica. Los entrevistados se refieren al **efecto de las pantallas en la regulación emocional de niños y adolescentes**. Se relata que: *“La tecnología cambió todo. Veo que hay una tendencia a la desregulación sobre todo en chicos más pequeños. Los padres pierden la posibilidad de acompañarlos y regularlos”* (Entrevista 4). Los dispositivos digitales se transforman en una estrategia de “silenciamiento”, llevando a que el cuidado parental sea reemplazado por las pantallas. Aquí el dilema ético aparece en la tensión entre señalar el impacto negativo que estas prácticas generan en el desarrollo psicoemocional de los hijos y respetar los modos familiares de crianza.

Una terapeuta señala en relación a la comunicación que *“Antes uno llamaba por teléfono, ahora funciona todo por WhatsApp y eso lleva a malas interpretaciones... en una familia grave yo aprendí a contestar lo mínimo indispensable y el resto se habla en la consulta”* (Entrevista 1). La tecnología entonces genera **comunicación fragmentada y fuera de contexto**. Como se menciona anteriormente, esto aumenta los malentendidos que son propios de familias que tienen altos niveles de conflictividad. El dilema ético aparece en cómo mantener la continuidad del vínculo terapéutico sin caer en demandas excesivas, lecturas erróneas de mensajes escritos y dinámicas de control.

Finalmente, la tecnología afecta la **configuración del lazo social y familiar**. Para los terapeutas entrevistados, las redes sociales promueven una lógica exhibicionista que refuerza, la soledad y el narcisismo. Una entrevistada describe *“un aumento de rasgos paranoicos”* (Entrevista 4), donde cualquier palabra, reacción digital o gesto es exagerado y vivido como traición. Este patrón acentúa la conflictividad familiar, lo que obliga al terapeuta contemporáneo a revisar sus intervenciones en un contexto donde la tecnología moldea profundamente los modos de vinculación.

Conclusión

A partir del análisis de entrevistas semiestructuradas a profesionales con experiencia clínica, el propósito de esta investigación fue indagar acerca de cuáles son los desafíos y dilemas éticos que atraviesan los terapeutas sistémico-relacionales en la intervención con familias gravemente perturbadas. Se buscó comprender de qué manera se articulan los principios éticos del modelo con los desafíos concretos que surgen en la práctica clínica compleja, con el fin de identificar las estrategias y posicionamientos que promueven una práctica ética y beneficiosa.

Con respecto a los objetivos específicos de esta investigación, la información recolectada demuestra que *los dilemas éticos en la clínica con familias graves* son multifacéticos y situados. El dilema entre la confidencialidad y la necesidad de protección, emerge constantemente: los entrevistados negocian continuamente cuándo y cómo compartir datos para proteger a miembros vulnerables, cuidando de no dañar el vínculo terapéutico (Entrevista 1; Entrevista 3). Queda claro que la neutralidad terapéutica clásica se reorganiza: concebirla como una simple abstención deja de ser viable y se configura como una curiosidad responsable. Esto puede significar tener que intervenir de manera directa y protectora cuando la integridad psíquica o física está en riesgo (Entrevista 4). Este concepto se alinea teóricamente junto a los avances desde la Escuela de Milán hacia la tradición relacional más actual, que entiende al terapeuta como un observador-participante (Boscolo y Cecchin, 1992).

En segundo lugar, las estrategias clínicas que emplean los terapeutas entrevistados son eminentemente situadas y relacionales. Los profesionales recurren a acuerdos contractuales explícitos sobre confidencialidad y al uso de equipos de supervisión constantemente para decidir acerca de decisiones éticas importantes. Además, se trabaja en co-terapia para construir redes y distribuir la responsabilidad (Entrevista 1–4). Estas estrategias componen una ética profesional que ubica como prioridad, la protección del sistema con el cual trabaja.

En tercer lugar, las entrevistas evidencian con particular énfasis, las *coaliciones/juegos sucios* (alianzas ocultas que involucran a los hijos), la *parentalización* (hijos atrapados en conflictos adultos) y la *rigidez* (verdades inamovibles) como patrones familiares disfuncionales que generan los mayores dilemas éticos. Estos afectan tanto en el plano ético como en el relacional, al ubicar al terapeuta en el cruce entre promover la autonomía del sistema o priorizar la protección, mientras, a su vez, bloquean la co-construcción de nuevos sentidos.

Alcances y Límites

Este estudio se llevó a cabo dentro de un marco cualitativo interpretativo, lo cual permite captar la riqueza reflexiva y narrativa de los entrevistados. El alcance principal se centra en brindar una mirada situada y contextual sobre la práctica ética en familias graves, reconociendo que los hallazgos son imposibles de generalizarse a todos los contextos clínicos. Se podría identificar un número acotado de participantes (n=4) y la naturaleza auto-reportada de las experiencias como las principales limitaciones de este trabajo. Sin embargo, la profundidad del contenido permitió construir una clara idea de los principales dilemas y estrategias presentes en el trabajo clínico.

Aportes y hallazgos contemporáneos

Este trabajo aporta evidencia empírica y reflexión teórica acerca de una temática escasamente explorada: la ética en la clínica con familias graves. Aporta a visibilizar la manera en que los terapeutas afrontan la incertidumbre moral desde una posición relacional, demostrando que la ética puede orientar la intervención.

Se transformó en un tema de especial interés para mi investigación, aportar una mirada contemporánea sobre la práctica clínica, al situar la ética como un proceso relacional, dinámico y situado. Lejos de ser un conjunto de normas universales, me parece importante, dado el contexto actual —marcado por la expansión tecnológica, la transformación en los modos de sufrimiento y la fragmentación de lazos— comprender que los terapeutas se enfrentan a desafíos inéditos que implican una **ética viva**, con el poder de adaptarse al contexto cambiante sin perder su fundamento de responsabilidad y cuidado.

En este sentido, los hallazgos proponen una práctica ética a partir de una re-lectura del rol del terapeuta configurada en torno a tres ejes principales: la reflexividad del terapeuta, la corresponsabilidad y la co-construcción del sentido. Este posicionamiento encarna lo que Pakman (1999) refiere como una *“ética de lo justo”*, donde la intervención se condiciona por la capacidad de componer lo que potencia el sistema. El terapeuta contemporáneo no se ampara en la objetividad, sino en la reflexividad: cuestiona el sentido de sus actos, se pregunta por las condiciones del encuentro y por cómo su propia presencia influye sobre el entramado del sistema familiar. Se ubica en un rol que no solo aplica técnicas, sino que habita el vínculo desde una posición de responsabilidad compartida. Esto requiere reconocer que cualquier intervención lleva consigo un efecto transformador en el sistema, por lo que implica un trabajo continuo de autovigilancia ética (Boscolo y Cecchin, 1992).

Se concluye que indudablemente el impacto de las nuevas tecnologías afectan el encuadre terapéutico, al diluir los bordes entre lo íntimo y lo público. Los terapeutas identifican un nuevo desafío: reconfigurar la ética del vínculo en un contexto donde la mirada del otro se puede medir por una pantalla, y donde la inmediatez amenaza los tiempos de la reflexión. En una época marcada por un individualismo que se distancia de los principios sistémicos de lo comunitario, lo familiar y lo relacional, el trabajo clínico se presenta como un acto de resistencia vital: un espacio donde aún es posible **componer lo humano**, reconstruir la confianza y sostener la potencia de los lazos.

Bibliografía

- Andolfi, M. (1994). *La terapia familiar: Un enfoque interaccional*. Paidós.
- Andolfi, M. (2006). *El trabajo con las familias en psiquiatría*. Gedisa.
- Bateson, G. (2006). *Pasos hacia una ecología de la mente* (trad. cast.). Lumen. (Obra original publicada en 1972).
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: Un modelo de terapia sistémica*. Gedisa.
- Boscolo, L., & Cecchin, G. (1996). *El arte de la terapia sistémica*. Paidós.
- Cecchin, G., Boscolo, L., Hoffman, L., & Penn, P. (1994). *Los juegos en la familia: La terapia sistémica en acción*. Paidós.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. (1992). *La posmodernidad en la terapia familiar: De la teoría a la práctica*. Gedisa.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. A. (1994). *La posmodernidad y la terapia sistémica*. Paidós.
- Deleuze, G. (2002). *Spinoza: Filosofía práctica* (trad. cast.). Pre-Textos. (Obra original publicada en 1981).
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4 (10), e006108.
[\[https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108\]](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108)[\[https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108\]](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108)
- Frey, L. M., Hunt, Q. A., Russon, J. M., & Diamond, G. (2022). Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48 (2), 154–177.
[\[https://doi.org/10.1111/jmft.12568\]](https://doi.org/10.1111/jmft.12568)[\[https://doi.org/10.1111/jmft.12568\]](https://doi.org/10.1111/jmft.12568)
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. Basic Books.
- Glasserman, M. R. (2012). *Familias gravemente perturbadas: Un enfoque sistémico-relacional*. Paidós.
- Glasserman, M. R., & Martínez, A. (2008). Modelo sistémico. En J. C. Tenconi (Dir.), *Tratado de actualización en psiquiatría* (pp. 5–161). Editorial Médica Panamericana.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2004). *Terapia familiar: Un enfoque integrador* (7.ª ed.). Paidós.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. Harper & Row.
- Hansson, K. M., Romøren, M., Weimand, B., & Haug, E. (2022). The duty of confidentiality during family involvement: Ethical challenges and possible solutions in the treatment of persons with psychotic disorders. *BMC Psychiatry*, 22, 812.
[\[https://doi.org/10.1186/s12888-022-04461-6\]](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04461-6)[\[https://doi.org/10.1186/s12888-022-04461-6\]](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04461-6)
- Klostermann, K., Mignone, T., & Papagni, E. (2018). Ethical decision making in marriage and family therapy: A model for supervisees. *Archives of Psychiatry and Behavioral Sciences*,

1(2), 11–13.

<https://sryahwpublications.com/archives-of-psychiatry-and-behavioral-sciences/pdf/v1-i2/2.pdf>

- Linares, J. L. (2006). *Terapia familiar y tratamiento de la esquizofrenia*. Paidós.
- Macchioli, F. A., García, L., Benítez, S. M., Briolotti, A. S., Cardaci, G., & Molinari, V. (2017). *Dar en el blanco: Itinerarios de la psicología. Circulación de saberes y prácticas en la Argentina del siglo XX*. Miño y Dávila.
- Maturana, H., & Varela, F. (1980). *El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano*. Editorial Universitaria.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2006). *Terapia familiar: Conceptos y métodos*. Pearson.
- Pakman, M. (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir: Psicoterapia, ética y política*. Gedisa.
- Pakman, M. (2014). *De familias y terapias*. Gedisa.
- Pakman, M. (2018). *El sentido de lo justo: Una terapia ética*. Gedisa.
- Pakman, M. (2021). *El sentido de lo justo: Para una ética del cambio*. Gedisa.
- Palazzoli, M. S. (1983). *Paradojas y nuevas estrategias en la terapia familiar*. Paidós.
- Radley, J., Barlow, J., & Johns, L. (2021). Mental health professionals' experiences of working with parents with psychosis and their families: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21, 393.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06416-1>
- Selvini Palazzoli, M. (1992). *Psicoterapia familiar: Un enfoque integrado*. Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). Interacciones familiares en el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista de Terapia Familiar*, 1(1), 3–21.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrenia*. Editorial Fundamentos.
- Sluzki, C. E. (1992). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.
- Spinoza, B. (2000). *Ética* (trad. V. Peña). Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1677).
- von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Intersystems Publications.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton & Company.
- World Health Organization. (2019). Schizophrenia.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Anexo 1

Entrevista #1

Explico de qué se trata la tesis y que toda la información es confidencial y con fines académicos

¿Cuánto tiempo llevás trabajando como terapeuta sistémico-relacional? Y si podes describir un poco tu experiencia

- Yo soy psiquiatra y como terapeuta trabajó hace algunos años. Igualmente hice el posgrado en terapia sistémica relacional hace como 10 años y ahí tuve también trabajó como terapeuta hasta que empecé a hacer también la especialidad psiquiátrica. Siento una gran diferencia entre ahora y hace 10 años, se actualiza constantemente la clínica

¿En qué contexto principalmente trabajas?

- El contexto para familias graves es casi siempre institucional. Me han tocado familias graves en el consultorio individual, sin proponérselo, y ahí cambia un poco el contexto y siempre de alguna manera terminó proponiéndole a la familia por lo menos un encuentro en la institución porque con familias graves se hace muy difícil trabajar de manera individual sin el marco institucional.

Desde tu perspectiva, ¿cuáles son los dilemas éticos más frecuentes en tu práctica con familias gravemente perturbadas?

- La confidencialidad por ejemplo, en las entrevistas con el paciente designado, cuando aparece o cuando yo decido proponer el encuentro familiar, en general ya previamente hable con el paciente designado, para que sepa, por un lado que puedo decir y que no puedo decir. Esto es algo que le pregunto y lo otro es también anticipar que si hay una situación que es grave que es importante que se sepa, que yo lo voy a decir, pero siempre con la autorización del paciente. Por supuesto a veces pasa que uno dice cosas que presuponen que los otros saben y uno a veces mete la pata, pero uno intenta guardar la información que no está habilitada a decirse y a veces uno va tanteando porque hay veces que suceden o cosas que uno desconoce dentro de la entrevista en la familia y aparece una información parcial que a uno le llama la atención como terapeuta, y por ahí algún miembro pone un freno.

¿Cómo gestionas el equilibrio entre la confidencialidad de un miembro y la necesidad de compartir información con otros integrantes de la familia?

- A Veces es difícil porque a veces uno conoce información que sabe que no puede transmitir e intenta ver de qué manera averiguar si el otro conoce o no esa información sin decirla o tratar de que quien no la quiera decir, la pueda decir sin intervenir de manera directa. En esto del equilibrio es intentar no hacer alianza con ninguno de los integrantes de la familia, justamente tratar de darle el espacio de poder expresarse a cada uno. Poder frenar cuando alguien se pone más agresivo... a veces hay situaciones que no son tan fáciles. Porque además uno como persona observa situaciones con injusticia o mucha violencia o agresión donde uno a veces tiene que decir “hasta acá”, y muchas veces frenar algo... bueno hay que saber como para darle lugar al otro y marcar que esto acaba no se puede hacer.

¿Tienes algún ejemplo de cómo abordaste alguna de estas situaciones?

- Yo suelo ser bastante directa, me paso que con una familia, madre y padre y dos hijos de doce y diez años. Donde la conflictiva familiar, lo que aparece en el motivo de consulta es que el de doce en el ámbito familiar, insulta, agrede a todos los miembros de una manera gravísima. En la entrevista familiar, no solamente él es el que agrede sino que el hermano más chico, recordando una escena familiar en donde el padre y la madre estaban peleando mucho, el chiquito estaba presente y con una angustia y llanto y desborde absoluto, le empieza a gritar al padre. A insultar, a decirle un montón de cosas. Entonces ahí yo primero escuche para ver que reacción tienen los adultos. El paciente identificado no había estado presente en esa discusión familiar, por lo tanto el miraba la escena de afuera como diciendo “yo no estuve” y la mamá trataba de calmarlo un poquito, y el padre mirando como si estuviera mirando una película. Entonces yo le pregunté al padre “¿a vos qué te pasa con esto?” y el padre responde como “si no se la verdad” y ahí la madre dice “Si lo que pasa que si discutimos muy fuerte y decimos cosas horribles...” Entonces pudo empezar a poner en palabras algo que este chiquito se fue calmando un poco. La intervención fue esa, marcar que algo estaba pasando no para intervenir yo de manera directa sino ver cómo circulaba.

¿Qué rol juega la institución o el contexto donde trabajás en el manejo de dilemas éticos? ¿Sentís que los dilemas éticos han cambiado con el tiempo debido a factores sociales o tecnológicos?

- El rol de la institución para mí, es fundamental en el sentido de que sobre todo en la terapia sistémico relacional, donde trabajamos mucho con familias; me pasa que me siento contenida por un lado y por otro lado esto del trabajo en equipo, muchas cabezas pensando e intentando que quienes consultaron se lleven algo. Para pensar, reflexionar o trabajar. Eso es lo que para mí significa la institución. Un ámbito de debate e intercambio. En cuanto a los últimos diez años, lo que siento que cambió, en relación a la ética, es que yo lo que noto es que si bien siempre existieron las familias graves, mi sensación es que antes, las familias graves eran claramente graves desde el minuto cero. Si eras terapeuta las veías y te darías cuenta en un minuto que era una familia grave. Ahora vienen disfrazados. Aparentan una

familia normal “somos re buenos, los chicos van a un super colegio, los dos somos profesionales etc.” en realidad sucede de todo. Me parece que las familias graves ya no solo son las que uno ha conocido como familias graves donde hay una dinámica disruptiva, muy severa, todo en el borde de lo psiquiátrico. Ahora vienen de otra manera, muy intelectualizados algunos, donde a uno le cuesta más meterse porque hay una disposición distinta. Hay que ir metiendo más despacio. El tema de las pantallas, en relación al control de los chicos y esa exposición que el adulto desconoce, eso viene pasando a pasos agigantados, cada vez peor. Eso genera mucha desregulación en los chicos y en los padres. Mi sensación en este tipo de familias es que el uso de la pantalla por un lado es un problema porque genera comportamientos y conductas disruptivas para los chicos, y por otro lado es también una comodidad para los adultos que le da la pantalla para desentenderse. No le importa que le haga daño porque “yo tengo que trabajar y hacer otras cosas y el chico se pone mal cuando se la saco”.

¿Qué estrategias utilizas para mantener la neutralidad terapéutica cuando trabajas con familias gravemente perturbadas? ¿Podés describir alguna intervención que haya sido efectiva para resolver un dilema ético complejo?

- Cuando son familias realmente graves, trato de no trabajar sola. Siempre en co-terapia. Creo que mantener la neutralidad terapéutica es muy difícil pero bueno uno trata de disimular o como estrategia yo trato siempre de rescatar alguna cosita positiva de cada uno de los integrantes de la familia. Algo que lleva no solo las dificultades sino darles algún tipo de recurso positivo en algo. A veces, si yo ya estoy como con más confianza, y la familia lo permite, intento ser más abierta, en especial si hay chicos en la familia decir algo que remarca la importancia de separar lo que pasa entre los adultos y los chicos. Ahí entonces marcas como una diferencia.

¿Cuáles son los patrones disfuncionales más frecuentes que identificás en familias gravemente perturbadas y cómo estos patrones generan dilemas éticos? ¿Qué características específicas de las dinámicas familiares te resultan más difíciles de intervenir sin comprometer los principios éticos?

- Familias que son muy querellantes. Por ejemplo atendí una familia donde los padres todo el tiempo te refregaba la intervención de un abogado. Esta cosa de ser querellante de “si no me la arreglas, si no haces esto o lo otro llamó a un abogado y te hago un juicio” estas cuestiones que se marcan también dentro de la ética, a veces también son difíciles porque a veces uno ve un montón de cosas que están pasando, que son casi obvias pero no las podés decir porque sabes que no las van a poder entender por la problemática que tienen que no pueden estar receptivos y porque además lo pueden tomar como una ofensa o como una confrontación. Entonces ahí es donde ellos pueden malinterpretar y sentir que éticamente a mi se me hace difícil. Porque además son tan agresivos y tan violentos y te ponen la ley como amenaza y a mi particularmente son cosas que en general me paralizan porque siempre me encuentro en territorio desconocido con el tema legal.

¿Existen tipos de relaciones de poder o comunicación disfuncional que consideras especialmente desafiantes desde una perspectiva ética?

- Relaciones de poder se ven siempre. En cuanto a dentro del sistema terapéutico, hay también. Quizás viendo desde afuera o en relatos de sesiones familiares, tengo como recuerdo de familias donde el padre de la familia, que siempre fue un personaje de mucho poder, se pone también como por encima del terapeuta. Ahí se juega otra cosa donde me parece que la estrategia del terapeuta tiene que ver con poder correrse de ese lugar. No quedarte pegado a eso, el tema es como que a veces no es fácil. Cuando en este juego de poder, tiene que ver también con la figura masculina machista, y la terapeuta es mujer creo que se complica mucho. Cuando es un terapeuta varón creo que esas cosas no ocurren de esa manera.

¿Sentís que el avance de la tecnología plantea nuevos desafíos o patrones disfuncionales que generan dilemas éticos diferentes?

- Para mí sí porque antes por ejemplo, los turnos y los horarios, uno llamaba telefónicamente y ahora funciona todo por WhatsApp y eso muchas veces lleva a malas interpretaciones o a desentendimientos y en una familia grave yo aprendí y aún aprendo a que uno tiene que contestar lo mínimo indispensable y el resto se habla en la consulta. No intenta resolver todas las preguntas por mensaje porque ahí se abre otra cosa y se malinterpreta. Hay que ser muy conciso y quizás un poco distante con la comunicación y diálogo a través de mensajes. Por ejemplo en la institución se atiende una familia y yo atiendo a la paciente identificada. Yo lo que hice con ellos es que armé un grupo de WhatsApp de ambos padres conmigo entonces cuando yo mando un mensaje, va el mismo mensaje para los dos y ellos pueden escribir por ahí. Por supuesto alguno de los dos me escribe por privado y yo ahí contestó lo mínimo indispensable o lo llevo para el grupo porque eso sí puede generar la idea de que puede haber una alianza a algún lado o malentendido.

Entrevista #2

Explico de qué se trata la tesis y que toda la información es confidencial y con fines académicos

¿Cuánto tiempo llevás trabajando como terapeuta sistémico-relacional? Y si podes describir un poco tu experiencia

- Muchos años jaja... En realidad yo no me recibí jovencita porque hice una carrera antes. Cuando termine, dije “con esta carrera no voy a hacer mucho” estudié economía y dije bueno, empecé a estudiar psicología, desde ahí deben ser cuarenta años más o menos.

¿Podés describir brevemente tu experiencia con familias gravemente perturbadas? que puede incluir familias con violencia, trastornos severos, etc.

- No es lo mío buscar las familias graves pero yo lo que más trabajo son parejas principalmente y también familias. No las elijo a veces y me encuentro con familias graves todo el tiempo. El otro día justo hablaba de una familia que originalmente consulta como pareja pero todo el tiempo está en juego el hijo y además en mi cabeza está la familia porque cada vez se suman más datos. Por ejemplo el último dato de esta familia es que la madre de él apoya a la pareja y “a ella la quisieron hacer pasar por loca en la familia” ese por ejemplo es un dato que es imposible obviar aunque sea la pareja los pacientes designados. Yo hace muchos años estoy en un grupo de filosofía y hemos discutido mucho a autores como Baruch Spinoza que dicen por ejemplo que la ética es el arte de pensar en situación, diferenciando que en lo que tiende a componer potencias y que es lo que tiende a descomponer. Es una fórmula muy sencilla que a veces es sencillo aplicarla y tener claridad, pero a veces no es muy automática digamos. Hay que pensar, porque a veces hay cosas que componen y cosas que descomponen. En Realidad ahí la situación es la que manda ahí digamos, es la situación donde lo tenes que pensar.

¿En qué contexto institucional o laboral trabajás principalmente? ¿Cómo influye ese contexto en tu intervención con familias graves?

- Yo fundamentalmente trabajo en una fundación y en consultas privadas pero con todos los desarrollos teóricos que se vienen haciendo en la fundación. Digo esto porque tiene que ver con una actualización permanente. En este momento por ejemplo, estamos pensando cómo influyen las nuevas tecnologías en la organización del psiquismo y la idea es no seguir pensando solo con las categorías que tenemos sino ¿qué otras cosas intervienen? porque

aunque nosotros pensemos en la situación y preguntemos es imposible no tener determinadas categorías.

Justamente esa es una mirada que me interesa mucho... la entrada de las nuevas tecnologías y cómo esto influye en la ética y en las intervenciones terapéuticas. . Desde tu perspectiva, ¿cuáles son los dilemas éticos más frecuentes en tu práctica con familias gravemente perturbadas?

- Te diría que una de las más frecuentes... y no puedo dejar de pensar en la pareja porque al final se juega también en la familia... Siguiendo con la idea de lo que compone y lo que descompone, yo diría que en este momento hay una gran dificultad justamente en componer la composición de lo común. La construcción de lo común. Es muy complicado, por un lado porque esto pasa en el mundo entero pero creo que la tecnología ha colaborado en gran parte con un individualismo, en el sentido de “me cuesta salir de como yo lo pienso”. Cuesta mucho el reconocimiento del otro y de la posibilidad de aceptar la diferencia o por lo menos poner en contacto las diferencias e intentar poner algo en común con eso. Hay una dificultad muy grande. No solo lo veo en las parejas jóvenes en donde está costando mucho el encuentro... el encuentro y la construcción de algo común. No tiene nada que ver esto con una propiedad ni con tener hijos sino lo “común” para nosotros es una actividad, una construcción pero es una actividad. Se trata de armar un espacio. Hoy estamos en una dificultad de que la “morada” o interioridad de uno, puede armar algo con la del otro o una morada en común. Esa composición me interesa mucho y estamos viendo dificultades importantes.

¿Cómo gestionas el equilibrio entre la confidencialidad de un miembro y la necesidad de compartir información con otros integrantes de la familia?

- Bueno el tema ahí... me hizo pensar en la intimidad como espectáculo, es una nueva forma de mirar la vida dónde está intimidad o esa morada se hizo espectáculo. Se publica en redes, hay que entender cuando alguien sube una foto por distintas razones, por ejemplo: Uno puede publicar una foto porque estuvo en una clase muy contenta con compañeros, pero si tenes una pareja, te puede reclamar “Ay vos subiste una foto con compañeros pero nunca subiste una foto conmigo”. Hay algo ahí que aparece que no tiene que ver con la situación misma de lo que se percibe en un vínculo. Te doy un ejemplo: Una pareja joven que los dos saben las claves de los teléfonos del otro... ¿Esto también es una cuestión no? Como no hay límites. La intimidad ahora es como quien, se publica. Bueno la pareja es una pareja que discute por cualquier cosa. Estaban juntos en el departamento de él y ella se levanta cuando él dormía y le revisa el celular. El trabaja en una empresa donde todos tienen edades parecidas. Resulta que iban a ir todos juntos a comer y él manda por el grupo que tiene con

los compañeros una frase como “cuidado que hoy viene la controladora” no te puedo explicar el despelote que se armó porque él estaba enganchadísimo con ella y ella le cortó el teléfono, él me llama desesperado... él justificaba y afirma que ella lo saca de contexto. Y sí... tanto una imagen que vos ves, como una palabra no tiene contexto real. Pero se le da esa identidad. Cambian mucho los patrones comunicacionales con la introducción de la tecnología como vía principal de comunicación. Es un reduccionismo tremendo porque si estamos hablando y yo puedo agregar gestos y tonos o no y discuten frente a frente y se puede aclarar. En cambio, vos lo lees así y es eso.

¿Te has encontrado con situaciones donde los intereses de un miembro de la familia entran en conflicto con los de otros? ¿Cómo las abordaste?

- Sí, seguro. Por ejemplo con la tecnología suele haber distorsiones importantes que me parece que incrementa de alguna manera los rasgos paranoicos. Aumenta pero además distorsiona mucho porque desaparece la confianza que te inspira directamente la presencia del otro.

¿Qué rol juega la institución o el contexto donde trabajás en el manejo de dilemas éticos?

- Bueno la cámara gesell, los grupos de supervisión... El tema de compartir con otros terapeutas con el que uno tiene confianza ya de por sí uno compone fuerzas. Compone algo de la coterapia de alguna manera. Por otro lado, esa potencia reafirma la posibilidad de que vos intervengas justamente con algunas zonas que son muy difíciles de aceptar para los pacientes. ¿De qué manera? porque que no sea tan directo y que yo pueda llevar la voz de algún otro terapeuta, facilita. Facilita también como modelo de multiplicidad de salir de una verdad única, por ejemplo: si hay un terapeuta que piensa algo y otro que piensa otra cosa, entonces vamos a incorporar todas estas miradas. Hay otras presencias que a mí me avalan y en el mejor de los casos hay un cuestionamiento o una propuesta de corrimiento de la única verdad que plantean algunos pacientes. Por ejemplo, hay una familia que mientras hablo con vos ahora me bombardea el teléfono con mensajes. Yo los veo mañana y me llenan el teléfono con que “la última vez yo le dije algo que no les gusto” sigue con eso y es difícil sacarlo de ahí. Son estructuras muy rígidas y quizás sostenidas por alguna historia que a mí me hace mucha pregunta. Me resulta raro que la mamá de él se alía con la esposa de él y critique tanto. Hay algo que tengo que investigar despacito, porque puede haber no solo certezas sino intereses económicos, muchas cosas detrás. El tema es seguir abriendo nuevas posibilidades y no quedar encerrada. Yo no descarto lo que él dice pero hay otras cuestiones para revisar. Tengo un ejemplo muy bueno para mencionar con esto. Justamente con esta pareja que menciono donde se abre una ventanita en esta situación tan compleja y tan cerrada. Ella trajo un ejemplo que lograron entre los dos calmar a su hijo y nebulizarlo. Ella dice que lo agarró fuerte, y él aplicar las nebulizaciones y pudieron hacer algo juntos.

Ahora, cuando yo le digo “bueno parece que algo puede, vamos a seguir por ahí” él dice “pero esto tendría que haber pasado hace 4 días atrás” es una destrucción/descomposición de lo posible. Es cerrar una ventana donde se había abierto una.

¿Qué estrategias utilizas para mantener la neutralidad terapéutica cuando trabajas con familias gravemente perturbadas?

- Mira... no estoy muy segura de que podamos hablar de neutralidad. Creo que no se trata de neutralidad, yo lo diría así: intentar mantener un equilibrio a la espera de que los pacientes puedan recibir las palabras que vos necesitas para devolverle lo que vos estás guiando. Porque eso hay que hacerlo siempre. El terapeuta nunca se tiene que quedar con nada de lo que piensa pero el tema es que tiene que encontrar las palabras, que no precisamente sean una crítica sino que ayuden al paciente a componer algo nuevo.

¿Cómo gestionás las alianzas internas o coaliciones entre miembros de la familia que pueden interferir en el proceso terapéutico?

- Por ejemplo, en el ejemplo que menciona sobre la madre de él que se alía con ella, yo pedí un encuentro individual con cada uno. Ahí voy a hacer preguntas para abrir estos temas. Yo creo que él está muy preocupado por que cree que yo estoy mas aliada con ella, porque es una familia grande donde los varones viven con el padre y las mujeres viven con la madre. Hay un dato ahí que no sé bien de qué se trata. Se que hubo abusos con el tema económico y ahí estamos frente a una familia gravemente perturbada.

¿Qué recursos, herramientas o apoyos externos considerás fundamentales para abordar dilemas éticos en este tipo de casos?

- Justamente con esta familia... discutí el caso en varios espacios académicos para escuchar otras opiniones de colegas. Siempre trato de escuchar distintas perspectivas porque muchas veces tienen que ver con la experiencia y con las teorías o categorías que manejamos. A veces los que estamos inmersos solemos ir hacia una repetición de lo que pensamos. Si hay algo que tratamos de hacer los sistémico relacionales es el permanente cuestionamiento, pero nadie nos garantiza porque siempre necesitamos alguien más que mire de afuera incluso desde el sentido común. Es casi lo contrario a la rigidez de pensamiento de estas familias. A veces las familias graves uno publica el éxito porque no es tan habitual... no cantas gloria de antemano porque hay que ir muy despacito porque donde se rigidiza

mucho... hay que tener en cuenta que hay historias de dolor, de inseguridad, de historias repetidas. Modelos repetidos... Por ejemplo la crueldad.

¿Cuáles son los patrones disfuncionales más frecuentes que identificas en familias gravemente perturbadas y cómo estos patrones generan dilemas éticos?

- Los patrones son la rigidez, el sostener la verdad de cada uno...pero una cosa... la verdad de cada uno, pero no todos los miembros de una familia o pareja tienen la misma implicación. Por ejemplo, del ejemplo anterior que te di sobre el nebulizar el bebé, la señora encuentra un lugarcito, una ventana de algo que se pudo construir. Algo pudieron cuidar juntos, al niño, osea cuidarse ellos también de alguna manera. El cuidado es un término muy importante para nosotros. Ahora, él, destruye ese espacio. Dice que "no, tendría que haber sido antes". Entonces, no me parece que sea lo mismo. Lo cual, no significa que no sea complicada la señora con sus verdades, es difícil que cada uno se corra de su lugar donde están ahí clavados. Con lo cual, estamos con dificultades de ayudar a ir componiendo, no porque trabajemos para que estén juntos, porque él alguna vez incluso dijo "ni siquiera podríamos separarnos" y es verdad, tal como están no hay ninguna salida tampoco, está todo cerrado. Incluso la hermana de él se ofreció a adoptar a la hija que tienen, porque no están pudiendo cuidar de la niña. Ahí hay una trama muy complicada, donde están todos tirando y el nudo se aprieta cada vez más. Eso no compone nada, entonces el dilema ético es que es muy difícil desarmar la descomposición para encontrar alguna composición. El tema es que trabajando, no es fácil, "¿por donde busco para componer algo?" pero fíjate que en algo chiquitito (como la nebulización conjunta) yo estoy queriendo tirar el hilo y ver si el acepta que algo de eso puede mover un poquito. Que no hay que ir para atrás, que eso promete algo a futuro. Si los dos empiezan a poder cuidar al niño, a lo mejor si ellos no quieren estar más juntos, encuentran un camino de salida. Un poco de cuidado entre ellos para cuidar al niño.

¿Qué características específicas de las dinámicas familiares te resultan más difíciles de intervenir sin comprometer los principios éticos?

- ¿Cómo llamarle sin hacer diagnósticos? jajaja. Tengo dos situaciones que recuerdo ahora. Esta anterior me resulta difícil, pero no en el sentido de tener rechazo. Esto de lo que compone hay que llevarlo al plano social también. Por ejemplo, conozco un caso que me contaron que yo hubiera hecho lo mismo. Es un caso en un hospital donde llegó un hombre que había sido torturador durante la dictadura. Este terapeuta decidió no atenderlo y escribió un trabajo sobre porque no es posible. Hay un límite... porque ahí hay algo que tiene que ver con lo que compone y descompone socialmente. Aceptar que un hombre te relate sobre lo que ha el le paso con tortura.... es un límite no aceptable para mi tampoco. En otro sentido, hace poco, una institución psicoanalítica a veces hacen presentaciones y hubo una donde un

terapeuta de otro país atendía a un narcotraficante. Si vos atendés a un narcotraficante, fuera de otras ilegalidades, le estás cobrando de ¿que plata? lo más importante es que ese narcotraficante le había contado que había matado a un tipo. Hay algo no aceptado como límite de lo que compone socialmente.

- Yendo a lo nuestro como terapeutas en consultorio o institución, yo recuerdo una pareja... sobre todo lo que me cuesta son las personas que me desagradan. Porque son perversas a veces. No me gustan los diagnósticos pero la perversión... no. El caso es de un señor que venía de una familia moderadamente acomodada y ella era una mujer muy bonita que venía de zonas muy pobres. Enfrente de ella, el señor se atribuía haberla salvado. Eso pasaba, ahora, él había logrado hacer mucho dinero y ella trabajaba en una institución privada donde trabajaba bien y tenía un mes de vacaciones en verano. Él tenía mucho dinero y ya tenía quien le resuelva los negocios entonces quería viajar muchas veces al año y que ella lo acompañe. Ella solo tenía un mes pero él quería que ella renunciara a su trabajo. No quería renunciar porque "es el único respaldo que tengo". Tenían un hijo, entonces él le dice "¿como que único respaldo? Vos tenes varias propiedades a tu nombre" pero ella responde que eran con un contradocumento. Entonces era una mentira. Cuando yo le pregunté a él sobre esto, esa fue la última sesión. Osea cuando se descubre algo, donde podemos trabajar acá, para componer algo, el señor se retira. Queda una versión que es la de uno nomas.
- Otro ejemplo fue hace poco, donde literalmente el padre de la familia, proyectaba en ella, todo lo que le estaba pasando. Por ejemplo, tenía una fijación aparente con que ella había estado con otros. Digo aparente, porque el modo que yo escuche acá, creo que él fantaseaba con hombres y lo deposita en ella. Una de las proyecciones importantes fue que ella, siendo una profesional importante en un viaje de trabajo, cuando vuelve del viaje, él le dice que sentía olor en sus partes íntimas que le pertenecían a otra persona. Olor a preservativo. Después fueron muchas escenas donde él dice que ella le sonrió de una manera especial a su amigo. Se fueron de viaje y en la ferretería él le dice que el ferretero lo miró raro y ella le sonrió. Él lo decía con una certeza y ella lo vivía con un sufrimiento tremendo. Por suerte, la terapeuta de ella individual, con la que pude dialogar, más o menos sospechaba lo que yo le terminé de confirmar, y quedó en manos de ella. Esa cosa donde da vuelta la cuestión al otro, donde retuerce la cuestión en el otro. Una cosa es que cada uno sostiene su verdad y otra cosa es que le indiques al otro algo que te pasa a vos con tanta fuerza y sobre todo cuando el otro sufre.
- Esas fueron situaciones que para mí es un límite, muy difícil de entrar. Una imposibilidad de componer algo, o más bien que veo descomposiciones. Que por ejemplo, un terapeuta atiende a un narcotraficante y le cobre por la ilegalidad pero además por los relatos que le hacía... me parece que hay un límite porque tampoco puedes pensar que se descompone el con su familia. Un narcotraficante descompone a la sociedad. Un torturador descompone a la sociedad... yo no participo. No es una moral, tiene que ver con algo ético... que componga. ¿Qué quiere decir que componga? Que componga potencias y que componga una vitalidad,

la vida. Que se oriente hacia la vida. Lo que compone es lo mortífero sino. Ahí lo que defendemos es la vida, lo vivo.

Entrevista #3:

Explico de qué se trata la tesis y que toda la información es confidencial y con fines académicos

Desde tu perspectiva, ¿cuáles son los dilemas éticos más frecuentes en tu práctica con familias gravemente perturbadas?

- Yo trabajo muchísimo con familias judicializadas, en ese campo yo creo que la parte donde más posición ética hay que tener es en relación a los hijos en estas familias. Uno recibe una familia que quizás no está con voluntad de hacer una terapia pero hay un juzgado que considera que tienen que hacerlo. Ahí el foco está en los hijos de las familias judicializadas. A veces si hay problemas de violencia de género también en la víctima. Pero fundamentalmente creo que el dilema es... por ejemplo en los casos de revinculación muchas veces uno evalúa que no están dadas las condiciones para una re-vinculación. Ahí hay un dilema fuerte, porque tienes que re-vincular pero a la vez uno encuentra que no están las condiciones porque por ejemplo... hay un adulto que no reconoce la violencia... no hay revinculaciones obvio en casos de abuso o violencia severa pero a veces son pequeñas cosas que causaron daños psicológicos, emocionales en los niños/adolescentes y tenes un adulto que considera que no pasó nada. Ahí uno tiene que decidir bueno "lo que sucedió no amerita para que no vea más a su hijo... pero si no hay un adulto que valide la palabra de su hijo... estas ahí como.... bueno qué hacemos?" para mi siempre la balanza pesa más a favor de los hijos. Si ellos no quieren recomponer y tienes un adulto que tampoco quiere reconocer o está predispuesto a escuchar...

Claro, ya que estamos hablando de este tema, ¿Cómo gestionas el equilibrio entre la confidencialidad de un miembro y la necesidad de compartir información con otros integrantes de la familia?

- Es muy delicado eso en la terapia familiar. En general, sobre todo con los chicos, pedimos consentimiento para poder hablar de esto que nos están contando. Además, hablar sin el consentimiento puede generar romper el vínculo terapéutico y la confianza, ¿no? Es delicado eso. O también puede generar si hay una situación de violencia, que la violencia se incremente. Si un chico está denunciando algo que está pasando, vos no podes ir contándole al adulto, hay que manejarse con muchísimo cuidado.

¿Te has encontrado con situaciones donde los intereses de un miembro de la familia entran en conflicto con los de otros? ¿Cómo las abordaste?

- Si, muchas veces. Bueno... por ahí también intereses que uno no comparte. A veces por ejemplo hay situaciones de uno de los padres que preferiría que los hijos no se vinculen con el otro. Uno puede no compartir eso pero el trabajo terapéutico va por el lado de que si no hay un motivo que justifique la falta de vínculo, uno tiene que tratar de fomentarlo, y ahí te podes encontrar con obstáculos. Son sistemas rígidos y complejos. Déjame pensar un ejemplo... Bueno pasa mucho que hay dilemas cuando hay mucha comunicación por fuera del espacio. Eso pasa mucho en las vinculares con parejas también. Uno se entera de cosas que preferiría enterarse con los dos presentes. Creo que parte de las situaciones graves familiares donde hay mucha cosa oculta... puede hacer que el terapeuta quede medio entramado ahí teniendo una información que la propia persona no quiere develar en el espacio terapéutico pero sí por privado. Es complicado, hay que trabajar para que la persona que revele este secreto lo pueda llevar al espacio terapéutico y también indagar un poco sobre porque te lo está contando y que pretende que vos hagas con eso. Que esa información pueda circular en el espacio común. Los secretos son muy difíciles y es gran parte de lo que traen las familias graves.

¿Sentís que los dilemas éticos han cambiado con el tiempo debido a factores sociales o tecnológicos?

- Quizás hay problemas diferentes que trae la gente... atravesado por lo digital o las redes... si. Por ejemplo: me acuerdo de una pareja que había un tema que era super complejo para la pareja no? que vos decís "bueno pasa todo el tiempo" pero para esta pareja era algo particularmente complicado. Ella ve en las redes, un comentario en una foto que él sube, de una chica con un emoji de fuego. Ya venían en terapia de pareja, no es que era un tema puntual o venía de la nada. Ese comentario vino a alimentar un tema que para ella era un prueba fehaciente de que el andaba con otras. El dice "Mira yo no manejo lo que me pone la gente en los comentarios en una foto, que pongan un fueguito no significa que yo ando con la chica o que tenemos una relación por fuera..." pero para ella, era certeza.

¿Cuánto tiempo llevás trabajando como terapeuta sistémico-relacional?

- Yo me recibí hace muchos años. Mi formación original no fue sistémica... Empecé por el psicoanálisis y la psicología comunitaria cuando empecé a trabajar en el hospital, en talleres, se trabaja la familia pero desde un enfoque multifamiliar. Más desde la acción, hacer algo y evaluarlo. Yo era terapeuta infantil en ese entonces y me pasaba que muchas familias donde yo atendía a los niños, los veía ahí en los talleres y un montón de cosas que quizás a mí me llevaban un montón de sesiones entender, las veía ahí en un sábado de talleres. Podías ver cómo era la dinámica familiar. Entonces empecé a estudiar y me encontré con la teoría sistémica. Encontré textos de Minuchin, cosas que me empezaron a interesar y busqué para formarme. Encontré una fundación y en 2005 arranqué. Yo me recibí en el 87' hace bastante

estaba trabajando como psicóloga. Entré en la fundación primero para ver de qué se trataba, con mucha desconfianza. Yo tenía la cabeza con el psicoanálisis, yo agarré la época de Lacan jajaja. La fundación me encantó porque no era un campo totalmente ajeno y esto de empezar a ver a los niños, no solos, con las familias, poder hacer sesiones vinculares... me abrió otro panorama de la clínica. Ya no sé cómo trabajaba antes, te soy sincera jajaja. Cambie tanto que hice el posgrado, me quede como integrante, estuve en un equipo de adolescentes, otro de familias ensambladas y todo lo que había yo hice. En un momento hubo un cambio institucional y empecé a participar más la parte de la gestión.

¿Podés describir brevemente tu experiencia con familias gravemente perturbadas?

- Las familias graves creo que es parte de lo que recibimos los terapeutas familiares no? Las familias que consultan muchas veces son graves, porque lo que está difundido es la terapia individual, un poco la terapia de parejas, ¿no? La gente que viene directamente a terapia de familia generalmente viene ya derivada por otros profesionales, ya tienes una familia con alguna situación más o menos grave. A mi la institución me fue llevando a las familias judicializadas porque yo solía atender mucho a estas familias por distintos motivos... no se si trabajas en hospitales es raro que no tengas un caso judicializados ... me empecé a dar cuenta que me negaba a algo que ya estaba metida. Cuando en el 2014 queda vacante un puesto de coordinación de judicializadas lo tomé y desde ahí estoy. Es muy interesante pero es muy frustrante también. Si no trabajas en equipo... a mi me entusiasma lo del equipo.

¿En qué contexto institucional o laboral trabajás principalmente?

- En este momento solo trabajo en una fundación y en un consultorio privado pero antes trabajé muchos años en escuelas secundarias. Creo que ahí hay mucho trabajo en equipo también y no es desde la clínica sino desde lo cotidiano, desde la salud y la patología. Después estuve muchos años también en una obra social coordinando un equipo que solía estar muy bien armado... ahora está todo desarmado. Cada zona de buenos aires tenía un terapeuta familiar, yo entre como terapeuta y a coordinar una zona de la provincia. Tenía un equipo de coordinadores de distintos rubros, familia, adolescente etc. Fue un trabajo de muchos años del equipo de salud mental. Ahí aprendí muchísimo. En la pandemia todo se arruinó porque todo lo virtual no se pudo sostener.

¿Cómo influye ese contexto en tu intervención con familias graves?

- Para mi es fundamental trabajar en equipo con familias graves. Incluso si trabajas desde tu consultorio quizás armes equipo con los profesionales que están pero no es tu equipo, es gente con la que podés armar equipo. En una institución donde ya sabes como trabaja la gente y confías es fundamental. Trabajar en co-terapia para mi también no lo podés hacer solo.

¿Qué estrategias utilizas para mantener la neutralidad terapéutica cuando trabajas con familias gravemente perturbadas?

- Para mí lo más importante es siempre escuchar, no apurarse con hipótesis que quizás no esté preparada la familia. Escuchar abiertamente y generar preguntas circulares. Tratar de salir de los juegos que te propone la familia que puedes quedar atrapada. En las familias judicializadas, trabajar de a dos en coterapia me parece que es fundamental para poder hablar porque sino te quedas como un terapeuta mudo directamente. Al estar en coterapia un terapeuta puede jugar más mientras el otro queda más resguardado y eso permite circular... ir cambiando los roles. Gestionar así las coaliciones entre miembros. Puedes mostrar una forma de relación donde los mismo terapeutas pueden mostrar una forma de relacionarse con diferencias y que igual se puede dialogar en las diferencias... Esa es una buena estrategia. No siempre se puede usar pero es buena. Hay también algo donde muchas veces, siendo mujer, te encontras con parejas en terapias vinculares donde un varón te dice "Ustedes..." y te incluye jaja. La mujer con las terapeutas quedan en bloque en general descalificadas.

¿Podés describir alguna intervención que haya sido efectiva para resolver un dilema ético complejo?

- Yo creo que los dilemas más complejos son cuando nos encontramos como equipo cuando hay un pedido de revinculación de alguien que ha pasado por un proceso penal y fue sobreseído. Cuando lo evaluamos nos encontramos con que eso si bien la justicia no encontró suficientes pruebas para condenar pero cuando evaluás es evidente que eso pasó. Se ven secuelas o daños psicológicos. Entonces vos tenes que decirle a esa persona que no vas a hacer la revinculación, a pesar de que están sobreseídos. Ahí creo que fueron las batallas más difíciles para el equipo. Bancandome amenazas de denuncias etc. En esos casos, donde la justicia sentís que no fue justa, es muy difícil. Padres muy enojados, que me amenazan, es difícilísimo. Esos me parecen los peores porque uno sabe que lo correcto es no vincularse y te vas a tener que bancar lo que se viene. Una vez pasó que en uno de estos casos, la madre acusa que en la sesión, la terapeuta permitió que el padre abusara del hijo. En la sesión! Por suerte había cámara gesell en este caso, todo filmado.

¿Cuáles son los patrones disfuncionales más frecuentes que identificás en familias gravemente perturbadas y cómo estos patrones generan dilemas éticos?

- Me parece que los que traban la libertad, el crecimiento de los hijos. Cuando los hijos quedan muy atrapados, parentalizados en ese conflicto.

¿Qué características específicas de las dinámicas familiares te resultan más difíciles de intervenir sin comprometer los principios éticos?

- No sé.. me parece que intervengo en todo. La cosa ética... no me escapo a eso. Tomo una posición ética, me parece que no se puede ser neutral a veces. Que no quiere decir estar en un lado u otro sino tener una posición de cuidado hacia ciertas partes. Sostenerlo. Encontrarte con el límite del otro es difícil, complicado. Por ejemplo cuando se rehúsan a hablar. Cuando ahí aparece algo del secreto... creo que es importante trabajar con eso. Los límites que tienen los pacientes de lo que pueden trabajar. El sistema terapéutico cuando está tan saturado después de trabajar tanto tiempo con una familia, creo que ahí también es importante traer a otro con una mirada fresca que pueda hidratar la sesión. La supervisión es importantísima, nosotros traemos pasantes y equipos para unir miradas cuando algo está trabado.

¿Existen tipos de relaciones de poder o comunicación disfuncional que considerarás especialmente desafiantes desde una perspectiva ética?

- La violencia. Sobre todo hacia miembros de la familia, trabajar con el agresor, a mi me genera rechazo. Hay que trabajar con uno para ver si puedes empatizar o agarrar algo del sufrimiento del otro. Hay que ver si el otro muestra esa parte sufriente. Creo que ahí hay que supervisar porque hay algo de uno que está trabando. Derivar también... A veces uno no puede con todo y te encuentras con algún límite propio.

¿Sentís que el avance de la tecnología plantea nuevos desafíos o patrones disfuncionales que generan dilemas éticos diferentes?

- Si. Hubo una conferencia una vez donde se planteaba un “movimiento de suelo moral” de esta época con lo cual cambian los dilemas éticos. Hay como un movimiento del suelo moral que es pasar de la hipocresía al cinismo. Es un cambio muy importante porque la hipocresía es la moral burguesa “yo creo que no hay que pegarle a un niño... pero un chirlo no viene mal” o “no hay que ser corrupto... pero aceptó el sobre” esa es la hipocresía que sostiene. Ahora aparecieron estas personas cínicas, que parece que son sinceras porque te dicen cómo son las cosas “todos son...” hay un cambio, develar. A la vez, cambia el suelo moral porque aquella moral ya no sirve porque es hipócrita, pero bueno ahora hago lo que quiero, una falsa libertad individualista. Cambia mucho porque entonces hay un deseo individual que tiene que satisfacerse sin importar al otro. Nos desviamos de la comunidad, la familia, irrumpe. En lo moral, la tecnología genera falta de diálogo, en una familia. Si vos vas a las relaciones es claro como ya no se come juntos, es más fácil ponerlo al chico con la tablet y que no moleste, en vez de ver cómo podemos hacer para interactuar o entretener, pero porque el adulto también está enchufado a la tablet. También está el desafío de la terapia virtual. Las pantallas imposibilitan el filtro de la mirada del otro cuando le decis algo. ¿Cómo encontrar este contacto con el otro en esta época? Hay que crear un espacio nuevo...

Entrevista #4

Explico de qué se trata la tesis y que toda la información es confidencial y con fines académicos

¿Cuánto tiempo llevás trabajando como terapeuta sistémico-relacional?

- Mira... yo hice una formación con _____ y _____ en 1990. Yo no era psicóloga en ese momento. Era licenciada en educación, me había quedado pendiente la culminación de la carrera pero entendía que cualquier trabajo que se relacionaba con situaciones de aprendizaje debían ser vistas en contexto y deben ser de lectura ampliada, yo pensaba esto. Yo trabajaba como asesora institucional en varios colegios y trabajaba en distintos institutos de formación, docente y universitario. Entendía que tanto el aprendizaje in situ como el aprendizaje organizacional o institucional merecían una lectura compleja, sistémica y de contextos. Empecé a estudiar con quienes me formé, en una fundación. Era época post-dictadura y yo venía de una formación práctica de asistencia psicopedagógica personal o grupal, habiendo trabajado con una formación muy Pichoneana. Yo pensaba que esta tenía que ser la formación que me iba a dar otra mirada. Fueron años muy interesantes porque hubo muchos congresos del pensamiento complejo donde vinieron Guattari, Morin y yo estudiaba aquí con ellos. La cuestión es que con quien yo me formaba me pusieron en frente de muchísimas situaciones de aprendizaje, ahí decidí que a pesar de haber tenido una formación muy fuerte donde había estudiado psicoanálisis y psicología genética, yo tenía que terminar mi carrera de grado en Psicología. Así fue, yo trabajaba en una fundación y volví a la facultad y me recibí.

¿Podés describir brevemente tu experiencia con familias gravemente perturbadas?

- A mi me parece que para las familias graves, hay que tener algo de lo que yo aprendí trabajando con adolescentes y con familias con adolescentes, desde la escuela. Que tiene que ver con un concepto de “reverie” que es un concepto de Bion, aquellos elementos que él llama “elementos desorganizados/desorganizantes/psicóticos” deben ser metabolizados, alojados por un mediador/facilitador/terapeuta y yo creo que tengo ese atributo de poder metabolizar, contener, sostener y de alguna manera al ser cierta presencia que contiene. Yo vi trabajar mucho a Maria Rosa Glasserman y en situaciones muy difíciles y graves, me gusto como ella intervenía... ella es bien directa, yo capaz soy más rebuscada. Me encantó el trabajo con familias graves y me di cuenta que hay algo que es un atributo personal donde puedo bancarme ciertos elementos desorganizantes y lo acompaño. Tengo paciencia, creo.

¿En qué contexto institucional o laboral trabajás principalmente?

- Trabajo en consulta privada y en una institución. Creo que el contexto institucional te da un marco muy apropiado porque sobre todo, como se juegan estos elementos tan desordenados tan caóticos donde vos vas a entrar en el caos... pero la institución te da un marco, el equipo te protege, lo que es duro para decir o si lo digo, me puedo desdecir o decir "esto que dije, cuando sali y discuti con el equipo me hacen pensar que asi como esta esto, está esto otro"... fundamental, fundamental. El marco institucional, la capacidad de empatizar. Por otro lado, saber conversar, no ser soberbia, saber conversar con distintas disciplinas. La situación grave amerita el trabajo transdisciplinario, empecemos por lo inter pero verdaderamente la problemática trasciende al paciente, es tan grave que trasciende al paciente porque no está alojado en el individuo. Es aquel tipo que por sus características queda totalmente atravesado por la complejidad de los contextos. No solo lo familiar sino lo escolar, familiar, social etc. Entonces, bueno yo tengo pacientes graves en el consultorio que en general llevé la familia a la institución. El marco, el borde, es la institución. La institución le pone un cuerpo de envoltura.

Desde tu perspectiva, ¿cuáles son los dilemas éticos más frecuentes en tu práctica con familias gravemente perturbadas?

- Que buena pregunta jaja... cambio... antes cuando yo era más joven, yo era mas sancionadora, quizás decía "por dios no puede ser que esta piba no haga nada los padres son unos idiotas!" y ahora pienso que es lo mejor que se puede hacer en tanto no juzgar, no hacer juicios valorativos. Por otro lado, lo que me da mucha bronca es que los hijos queden atrapados en un narcisismo de los padres ¿viste? Que no les importa nada a los padres más allá de ellos mismos y tengo que lidiar con esa cosa narcisista. Es necesario que en un primer momento los chicos sean narcisistas por sus padres pero cuando eso es exacerbado, estamos hablando de patologías narcisistas muy contemporáneas, muy de la propia contemporaneidad del individualismo exacerbado actual. Me mata, me irrita, me lleva a un lugar emocional como si el hijo fuera mío. Ahí es donde éticamente me cuesta no hacer juicios y actuar desde un lugar no tan teñido por lo propio. Me cuesta aún todavía sobre todo esto... donde de pronto se lo tragan al hijo... vos decis "¿Que hago? Otra cuestión es cuando ves a un chico grande, mayor de edad, pero joven. Por ejemplo, tuve un paciente que tenía veintidós años, el riesgo de vida era altísimo y el chico era mayor de edad y me decía "sabes que? en cualquier momento... tengo esta pastillita y sabes que?"

Claro, que bueno que traes esto porque una de mis preguntas era ¿Cómo gestionas el equilibrio entre la confidencialidad de un miembro y la necesidad de compartir información con otros integrantes de la familia?

- Bueno este caso es una chica que verdaderamente estaba muy muy mal, había estado bien y se puso muy mal. El novio la dejó y entró en una situación muy caótica. Se emborrachaba mucho y de pronto venía al consultorio un poco borracha. Como decirte... ella estaba trabajando pero vivía con el padre y la mujer del padre. El padre tenía un relato de "ya es grande! Tiene que poder. Basta." Cada vez que yo intentaba mediar e incorporar al padre a las sesiones, ella se negaba. Decía que el padre iba a repetir el mismo discurso de "ponerle voluntad o organizarse". Un día dije "no no yo... esta piba un día en cualquier momento se pega un palo" y la verdad que lo dudé. En ese caso tuve que contactarme y pedirle ayuda al padre porque verdaderamente sentía que la paciente estaba en riesgo si no contaba con una red más estable.

¿Qué rol juega la institución o el contexto donde trabajás en el manejo de dilemas éticos?

- El rol de la institución en este caso... ella era un paciente que yo atendía en mi consultorio privado entonces no me aportaba una seguridad. Aquí era de pronto tomar la decisión con la paciente de decirle "Bueno mira, yo te veo en una situación sumamente de riesgo, yo no te puedo acompañar en esto. Yo te conozco hace bastante tiempo, has venido dos veces en dos etapas de tu vida, de chica y de adulta. No te veo bien y no me parece que estés en un momento en el que puedas elegir vivir o morir y estas viendo una sola alternativa de la peor manera. Entonces a mi me parece que estaría bueno pensar en una internación que te va a dar un tiempo determinado para saber a qué apostas." Ella tiene derecho a no querer vivir pero se me juega a mi una situación que de verdad creo que no la sé manejar, no puedo ser indiferente a que no quiera vivir. Lo que había pasado también es que la paciente designada había compartido los contactos de sus amigas porque no quería comunicación hacia el padre, entonces un poco me valí de eso también... le dije "tus amigas te quieren... por alguna razón me conectaste con ellas... ¿porque no lo intentamos?" Entonces lo intentamos. Ahí sí me permitió hablar con el padre y ahí sí fui una pieza que la ayudó para la internación. La intervención directa fue muy importante para su tratamiento. Ella estudiaba diseño de moda y dibujaba mucho. Los dibujos que hacía eran dibujos donde una persona se tragaba a la otra. Dibujos muy al borde de lo psicótico. La psiquiatra que la atendió me decía que no tenía ideación suicida y yo decía "lo va a hacer!". Fue con la paciente que de alguna manera, menos dudé. Menos dudé de ser clara "yo no puedo quedarme tranquila con que vos te mates y quedarme con los brazos cruzados, no puedo ser objetiva, siento cariño por vos y creo que vale la pena vivir. Creo que estás atravesando una situación muy dura porque te sientes sola, muy desengañada y bueno tenes una familia que hizo lo que pudo." Fue una intervención que demostró algo totalmente distinto al discurso desinteresado del padre. Después el padre me agradeció eternamente cuando salió de la internación.

¿Qué estrategias utilizas para mantener la neutralidad terapéutica cuando trabajas con familias gravemente perturbadas?

- Cuando trabajas con familias graves, vacilas todo el tiempo. Absolutamente todo el tiempo. La única manera es apoyándose en otro referente. “Estoy pensando esto y lo estoy compartiendo con mi equipo porque verdaderamente me cuesta mucho no comprometerme”. Por ejemplo, atiendo a una familia grave que la paciente designada es una chica de 16 años. Yo le decía “estoy tentada a mandarte al cuerno y decirte “dejate de jorobar y anda al colegio que es lo mejor que te puede pasar!” Entonces un día ella vino y me dijo “ ya se! vos y el colegio son un solo corazón!” Entonces le dije a mi coterapeuta con quien atendemos a esta familia “Ayúdame a que nunca más le hable del colegio, asegurarme que nunca más se lo vaya a decir” Esto que es la vacilación permanente, porque la neutralidad es muy difícil, mas quien resuena con el paciente identificado o con el más vulnerado, entonces la salida es el apoyo en el equipo. Yo decía “Estoy pensando que si yo estuviera con alguien del equipo ellas me dirían que me estoy equivocando.” Estas son siempre otro diferente que me saca de una posición más narcisista, mas egocéntrica, más enganchada con algo que falta en el sistema, o hago empatía con la paciente identificada. A mi muchas veces me dan ganas de mandar a los padres y decirles “¿cómo puede ser?”. Con los padres de esta familia que menciono a veces me cuesta porque les cuesta tanto decidir. En el whatsapp familiar, estamos las dos co-terapeutas. Muchas veces, los padres piden algo y entonces yo contesto con una pregunta a mi compañera “¿de qué manera podríamos acompañar para que ellos tomen esa decisión?” Circular un poco más la palabra. Trato de que el registro o la situación no se vuelva un dilema, que sea una situación más problemática en tanto tomarlo como un problema que no me quedo yo atrapada, salir del encierro dilemático y hacerlo un problema.

¿Cómo gestionás las alianzas internas o coaliciones entre miembros de la familia que pueden interferir en el proceso terapéutico?

- Seguro que interfiere. A veces... yo uso mucho el humor ¿viste? Digo, “ Uy ahora siento que me están metiendo a mí” o “¿Como hacemos con este bando?” lo expreso. Juego con expresar el juego, poniéndolo como problema. Por ejemplo con unas hermanas he dicho “Acá parece que hay una situación en donde vos... aprendiste que en esta familia se valora el éxito escolar y así lo haces y en eso te jugas las tensiones. Tu hermana se permite jugar a la rebelde.” De alguna manera juego con la dirección de la información para que le llegue a otro miembro de la familia de manera no directa. En este ejemplo de pronto yo había notado una alianza entre los padres y una de las hijas y dije “a veces en ese juego de dos personas exigentes, hay una que tiene que romper con esa intelectualización constante y esta sos vos, entonces a vos no te importa la escuela, no te importan las reglas, nada te importa.” La idea es que los juegos sucios o los juegos familiares tan tóxicos sean denunciados. Si se quedan en el dilema porque me da miedo, esto es una encerrona trágica y de eso hay que salir. Hay que tratar de no quedar atrapados.

¿Qué características específicas de las dinámicas familiares te resultan más difíciles de intervenir sin comprometer los principios éticos?

- Para mí la más difícil es cuando hay hijos mayores de edad que se quieren matar. Para mí es muy difícil. ¿Cómo acompañar esto? Cuando están agotadas las instancias realmente. ¿Cómo te puedo acompañar desde la vitalidad? En general trabajo con adolescentes muy en el borde, tengo un grupo donde todos han tenido algún intento. Uno de los últimos grupos, había una chica que ya tiene 18 años, decidió compartir frente a la pregunta por los mayores miedos, que ella se quería matar. Ella estaba convencida que no había salida y que cuando la internaron, la diagnosticaron como psicótica. Ella decía que no sabía si era o no psicótica pero que ella está bien y que disfruta lo que hace y le gusta venir al grupo. Uno de los chicos más chicos del grupo, con 16 años, mientras la chica contaba esto, se tapaba con un almohadón y decía “no puedo ni escucharlo porque me da miedo que cuando yo me pongo mal y me ataco a mi ya mi familia, que lo que yo tenga sea esto que está diciendo ella... ganas de morir” obviamente que el chico no quiso venir más al grupo. Tengo otra situación, te cuento: yo le había dicho a este chico y a su familia que este era un espacio que tenían que venir porque así lo había pensado su psicólogo/psiquiatra y a mí me parecía que iba a estar bueno para él. Que los padres de alguna manera, resistieron a su fuerza de no venir al grupo, cuando escuche lo que te mencione anteriormente del chico, el padre me llama a la semana siguiente. Me dice que no quiere ir más pero que él me quería hacer caso en esto de insistirle que venga. Pedí entonces una pequeña reunión con el padre y el hijo donde dije “Ningún espacio terapéutico puede ser obligatorio y tan resistente. No sirve si es así. Además se que al paciente algo que apareció en el grupo lo asustó mucho. Tal vez no comprendía la situación que lo afectaba de esta manera. Yo voy a hablar con su equipo tratante pero primero hablo con vos que sos el padre y con el paciente para decirte que en este momento te comprendo y entiendo que no es un capricho y estoy segura que en otro momento te puede venir bien pero en este momento te asusta y te da miedo. Entonces vamos a hacer una pausa porque entiendo.” Ahí también tuve que recalculas y pensar que el grupo es un espacio de salud, pero no para este chico, que lo afecta con su peor escena. No es su momento.

¿Cuáles son los patrones disfuncionales más frecuentes que identificás en familias gravemente perturbadas y cómo estos patrones generan dilemas éticos?

- Mira, los juegos sucios, los juegos alianzas y coaliciones, son muy frecuentes en las familias graves. Cada vez más frecuentes. La implicación del hijo en la traición o sentimiento de traición de los padres. El meter al hijo cuando uno de los padres se siente traicionado por el otro es muy frecuente. Otra cosa que me pasó este año, terrible: Un chico de diecisiete años que se puso muy impulsivo, muy actuador. Vive con una madre muy actuadora que lo insulta, lo denigra y le dice “matate”. Única madre responsable del chico en buenos aires. Un chico aislado, sin red. Una abuela materna generadora de esta mamá que no es mala pero muy border y cuando se enoja con este chico, porque se sabotea a sí mismo y se enoja y enfurece y por ahí la insulta o empuja a la madre. La provocación mutua es permanente. Nadie tiene recursos emocionales y se quedan solos. El padre es policía y es un señor muy vulnerable y lo único que hace es pagar las sesiones del chico y vive afuera. Frente a esta situación donde la madre lo insulta y lo echa de la casa, le dice “matate” a un chico que estuvo internado por intento de suicidio! Tuve una sesión con la madre y mi coterapeuta psiquiatra (que era la psiquiatra del chico). Hablando con ella y amplificando sobre esto, yo me sentía totalmente responsable. Yo decía “si este pibe se mata y nosotros no denunciemos esta situación violenta...” le hable a la madre y le dije “Mira, yo puedo entender que a vos te pasen muchas cuestiones y te sientas sola y que indudablemente tu hijo, que es un chico muy amoroso pero que comparten mucho en realidad no? Cuando se enoja o siente frustrado, reacciona de esta manera ¿no? golpeando, golpeando e insultando. Lo que pasa es que hay una diferencia y es que vos sos la adulta y él es el hijo.” Entonces le dije “¿De qué manera te puedo acompañar? Mira vos te podés cuidar sola pero pareciera que tu hijo no puede cuidarse y su mamá tiene momentos en donde tampoco lo puede cuidar. Tal vez te enoje lo que te voy a decir pero qué pasaría si tu hijo viviera en un hogar hasta la mayoría de edad? y fuera el defensor de menores quien cuida de él? Vos lo visitarías y trabajamos acerca de la convivencia. Porque ninguno de los dos puede permanecer en esta situación donde vos lo echas de la casa y le decís “matate” y no se lo decís solo a él, me lo decís a mí, que soy un tercero que escucha esto de la responsable de cuidarlo. ¿Cómo lo ves?” Bueno, te imaginarías todo lo que me dijo. Se me vino encima casi... pero matate no se lo dijo nunca más. De esto pasaron cinco meses, están más tranquilos, no volvió a pasar.

¿Vos te imaginabas que iba a reaccionar así?

- No sabía. El paciente le dice a mi colega “no quiero que ella se enoje más con mi mamá” porque yo muchas veces en la sesión le digo “Yo no me enoja con tu mamá, expresó lo que tu mamá no quiere hacer, tu mamá te quiere un montón. Imaginate que si no te quisiera cuando le exprese que existen otras posibilidades, hubiera aceptado” Para mí eso fue terrible. Decirle eso...pero yo no me quería quedar con eso. Estas cosas, alguien que se desregula y en la desregulación no ve hasta donde está el límite... es donde la palabra pierde totalmente su cuestión de ser portadora de un símbolo. La madre al decir “matate” a un chico que es actuador, donde la acción está sobre la palabra, ¿te imaginas lo que significa esto no? Estos son, dentro de las cuestiones donde el impulso sobrepasa toda posibilidad de

pensarlo ¿no? La intervención de provocar que un tercero lo refugie (la institución) es para conmover. Estos juegos que son claramente sucios creo que son cuestiones que cada vez aparecen más.

¿Sentís que el avance de la tecnología plantea nuevos desafíos o patrones disfuncionales que generan dilemas éticos diferentes?

- Totalmente porque el riesgo es perder la humanidad. Daría para otra entrevista completa. Hay una cuestión de aumento de soledad, aumento de individualidad, aumento de narcisismo, aumento de los rasgos y una sociedad mas psicótica que neurotica viste? Rasgos muy paranoicos. A nadie le importa nada. Esto de los filtros, de los procedimientos más neuróticos están desbordados y estallados. Si bien los trayectos adolescentes son difíciles porque los chicos son muy actuadores y aparecen los consumos y el consumo como salida... la sociedad impulsa eso. En los patrones de comunicación. la tecnología cambió todo. Yo veo que hay una tendencia a la desregulación sobre todo en chicos más pequeños. Esa cosa de desregular y los padres pierden la posibilidad de trabajar en acompañarlos y regularlos.