

Motivos de consulta y clínica constructivista

Reasons for consultation and clinic constructivista

Diana M. Rodríguez Charry*
Universidad Santo Tomás, Bogotá

Recibido: Abril 22 de 2007

Revisado: Mayo 28 de 2007

Aceptado: Junio 24 de 2007

Resumen

El presente artículo presenta un marco de reflexión para la acción sobre la noción de motivos de consulta, poco estudiada y, sin embargo, crucial para la definición del proceso de ayuda. Al parecer mucho de esto es así desde un marco originalmente médico, en el que la consulta era sometida al juicio experto del consultado y con ello bastaría la aplicación del saber del experto sobre el paciente, donde los referentes de estudio son el análisis de síntomas y antecedentes con fines diagnósticos. Sin embargo en ciencias humanas y sociales y particularmente desde una posición constructivista y compleja se hace pertinente problematizar la noción y su comprensión, realizando una lectura ecológica que implique al observador para dar cuenta de los dispositivos con los que construye mapas de comprensión para la acción. A esta labor inicial se le denomina aquí clínica constructivista y se esbozan los principios que la orientan. Con ello se valora la posición y responsabilidad de los consultantes y consultados, y las posibles rutas de trabajo que se pueden elaborar en el estudio inicial del motivo de consulta.

Palabras clave: Motivos de consulta, ayuda, clínica, constructivismo y ecología.

Abstract

The present article presents a framework of reflection for the action, on the consultation motives notion,

* Correspondencia: Diana M. Rodríguez. Docente investigadora, Maestría en Psicología Clínica y de Familia, Facultad de Psicología, División Ciencias de la Salud, Universidad Santo Tomás - Bogotá. Dirección postal: Carrera 7 No. 51A-13, Bogotá - Colombia. Correo electrónico: tirocharry@gmail.com.

little studied and nevertheless crucial for the definition of the process of consulting. It to seem that, originally, a lot of this is made since a medical framework of the disciplines, where the consultation is submitted to expert judgment of the consulted and with it the application would suffice of the to know about the expert on the patient, where the referring of study are the analysis of symptoms and antecedents with diagnostic goals. Nevertheless in social and human sciences, and particularly since a constructivist and complex position, is pertinent to redefine the notion and its comprehension, carrying out an ecological reading that imply the observer to realize the devices which builds maps of comprehension for the action. This initial work is called here clinical constructivist and the principles that orient it are outlined. With that, the position and responsibility of the consultants and consulted is valued, and the possible ways to work in the initial study of the motive of consultation are analysed.

Key words: Reasons for consultation, consulting, clinical, constructivism and ecology.

Es una práctica ampliamente expandida en los servicios de atención y consulta en diversos servicios de salud, que el proceso terapéutico se inicie a través del estudio del llamado motivo de consulta, y ello en muy diversas profesiones encargadas de resolver problemas. Particularmente en servicios de atención psicológica esto es cierto. El solicitante presenta al profesional el motivo que lo conduce a hacer la solicitud. Ello de entrada sitúa varios replanteamientos para el trabajo a partir de una perspectiva sistémica contextual, pues el acuerdo general en relación a que se presenta un motivo, más que otros, se refieren a problemas en un individuo y menos frecuentemente en una relación, y que el interés del consultado, que básicamente sería el diagnóstico, requeriría un planteamiento novedoso en torno al trabajo activo de construcción del consultado y el consultante para configurar una versión soluble sobre el problema presentado, que es apenas esbozado en los motivos de consulta.

Los especialistas del motivo

La configuración de motivos que sean capaces de guiar las acciones y pensamientos de las profesionales, de acuerdo con explicaciones sobre la naturaleza de los fenómenos u objetos de su intervención, es una de las vías para legitimar el actuar profesional. Este ha tomado diversas formas a lo largo de la historia de las ciencias y las culturas.

En el campo de la psicoterapia se han dispuesto diversidad de instrumentos de distinto carácter también. Estos se relacionan particularmente con las maneras en que las ciencias y sus profesiones han sido comprendidas en los diversos momentos políticos y culturales.

Para Michael Foucault (1999), que la correspondencia del trabajo con la locura corresponda al campo del accionar de la medicina y en particular de la psiquiatría se relaciona con la reivindicación política y social que ésta requería, pues antes de esto "los locos eran simplemente criminales" y este tránsito está soportado en el momento social pues:

...en el siglo XVIII, el desarrollo de las estructuras urbanas hizo aparecer la cuestión biológica y médica de las poblaciones humanas... el "cuerpo" social deja de ser una simple metáfora jurídico-política para aparecer como realidad biológica y campo de intervención médica... y la psiquiatría como una medicina del cuerpo colectivo (p. 44).

En esta relación entre las instituciones jurídica y penal y la medicina emergerá la denominación para los médicos de "especialistas del motivo" (Foucault, 1999), encargados de apreciar "la razón del sujeto, la racionalidad del acto, el conjunto de relaciones que unen el acto a los intere-

ses, a los cálculos, al carácter, a las inclinaciones, a los hábitos del sujeto" (p. 48). Se configurará así la idea de enfermedad mental y síntomas mentales, que quedará impregnada por la visión de un hombre peligroso. Allí se allegarán algunas psicologías de tipo médico y se configurará un cuerpo de conocimiento que cuida el ordenamiento social.

Desde entonces conocemos cómo ello ha derivado en el campo de la salud mental al diseño de manuales y procedimientos, de tipo diagnóstico, que se operan no sólo como la guía que informa sino también como el referente central para el estudio de las solicitudes y que define las acciones de protección, ayuda y solución y, con ello, lo que las personas han de ser y más les conviene. Esto está respaldado por códigos jurídicos.

Es reveladora la manera en que los profesionales los integran a sus prácticas como si fuesen los territorios más que los mapas, con el convencimiento al tiempo ingenuo e inquietante, sobre la verdad. Es decir que en la relación entre motivos y ayuda, socialmente consensuada y estructurada en institucionalizaciones jurídicas penales, se soporta un ejercicio profesional. Ello conlleva una epistemología centrada en los objetos de conocimiento, que indaga especialmente en una perspectiva de unidades del conocimiento, que son las mismas a intervenir. Se trata de una postura de tipo empirista positivista que actúa sobre lo que observa y en quien se observa.

Si bien se puede comprender que exista una relación de causa efecto entre las unidades y sus entornos, este es visto en términos de causas o estímulos independientes que producen efectos particulares, más que estudiar las relaciones entre ellos y las condiciones emergentes, no de su sumatividad sino nuevamente de su interacción. Por ello el estudio de quién, cómo y para qué se presenta una solicitud y, ante quién y para qué, es una de las primeras maneras de revelar este juego de interacciones y retroacciones complejas presentes en una solicitud. Se trata de especificar quién hace qué para quién y por qué, lo que reve-

laría en una comprensión constructivista la labor de ayuda diferenciada de una del control social, que por tanto, problematiza los motivos, reflexiona con los sujetos situados en condiciones problemáticas y por ello comprende que las enfermedades mentales son construcciones ecológicas que requieren, en cada caso, un estudio clínico que revele las derivas de los sistemas vivos.

La terapia familiar sistémica

El trabajo clínico que se realiza en el marco de la llamada terapia familiar sistémica implica problematizaciones como las mencionadas arriba. Por ello, aprender y actuar como psicoterapeuta sistémico en la posición de investigador-interventor, implica integrar una mirada antropológica que logre el estudio de las personas, las familias y las instituciones con sus contextos culturales. Un ejemplo de ello es el trabajo clínico investigativo realizado por Minuchin y Elizur (1997), al estudiar cómo en la terapia familiar la consulta puede producir cambios en el sistema terapéutico que se reconoce configurado en esta ecología de relaciones; de esta manera todo estudio sistémico implica reconocer "la cultura en que el campo de la salud mental responde ante los pacientes a quienes se les ha puesto un rótulo" (p. 17). Con esta manera de pensar, desde la década de 1960, se inició en palabras de los autores "nuestro proceso de desinstitucionalización de los pacientes mentales como un cuestionamiento a la solución que dio el siglo XVIII" (p. 34), y aunque ella no aconteció por vías políticas similares ni con resultados siempre positivos, el movimiento ha generado en algunos países la apertura para posibilitar el replantear la comprensión de la enfermedad y el enfermo mental y con ello, el ordenamiento de los servicios y los fines que los justifican.

Sin embargo estos desarrollos en la inicialmente llamada terapia familiar, se han visto enfrentados a formas simples de intervención propuestas por la psiquiatría biológica, que se ha inscrito en las llamadas intervenciones psicosociales, en el que incluso se trabaja con una perspectiva sistémica

en familias aunque de maneras simples también, pues éstas son consideradas como problemáticas en su totalidad y derivadas a servicios de psicoterapia educativa individual y grupal, lo cual hace de la práctica sistémica una "operación de gestión de la enfermedad biológica" (Cirillo, Selvini y Sorrentino, 2004, p. 14).

Tales intervenciones son consideradas simples a la luz de los conocimientos que disponemos hoy sobre el ser humano y la manera en que su naturaleza se configura de manera compleja y ecológica, de acuerdo a lo que plantean Humberto Maturana y Francisco Varela en sus estudios sobre la vida (1996). Los seres vivos se configuran y mantienen vivos por medio de procesos de autonomía biológica que definen su autopoiesis y con ello su unidad clausurada operacionalmente y sostenida en procesos de acoplamiento estructural con otras unidades configuradas en procesos históricos de reproducción. Cada ser vivo configura en su historia de interacciones (ontogenia) una historia particular de transformaciones, que está restringida en las posibilidades que le permite la historia reproductiva (filogenia). Ello implica que "los seres de carne y hueso no somos ajenos al mundo en que existimos y que traemos a la mano con nuestro existir cotidiano" (p. 111). Esta manera de pensar replantea los determinismos supuestos en la concepción de la enfermedad como entidad impuesta por el funcionamiento del cerebro, como organismo aislado del ser, apartado del mundo y, con ello la operación del interventor centrada en el diagnóstico, para tratamiento y pronóstico, lo que se hace dramático ante las enfermedades mentales entendidas como graves por su prevalencia sobre el tiempo y su "resistencia" al tratamiento. Este es el caso de las psicosis, por ejemplo, en el que los seres de carne y hueso quedan en el fondo, con su enfermedad como centro, como si con ello desapareciera el tiempo y con él, el sujeto; con ello no se reconoce:

...una concepción multifactorial de la psicosis, trágico fenómeno que sigue pareciéndonos ante todo, algo esencialmente humano, existencial, una de las mayores ex-

presiones del sufrimiento del hombre y la mujer y, al mismo tiempo, el extremo intento del individuo de defenderse del sufrimiento para evitar el sentimiento de aniquilación total, del fin de toda esperanza, de la catástrofe personal (Cirillo S., Selvini M. y Sorrentino A. M. 2004, p. 15).

Los motivos ecológicamente comprendidos

Los motivos, comprendidos como expresiones de sufrimiento o malestar, dan cuenta de procesos de coevolución que pueden cristalizarse en estructuras de relaciones y narraciones que ordenan el mundo subjetivo y relacional y, sin embargo, como proceso acontecen en el tiempo vivido como experiencia, tanto en el pasado, como en el presente y el futuro.

Bateson (1991) propone comprender los motivos no como meras descripciones bajo la forma de predicado y sujeto, ni como diferenciaciones, que en un primer nivel podrían ser bipolares y servir para diferenciar distintas culturas, lo que no obvia mantener una lectura de la estructura del carácter común. Para el autor se trata de la búsqueda de patrones duales como el bipolar o, sistemas ternarios que a pesar de ser tres, mantienen relaciones cara-a-cara entre ellos, y que pueden a su vez organizarse en motivos simétricos -regulados por la similitud - o complementarios -patrones de conducta situados en extremos que se ensamblan-. Entre los motivos complementarios identifica dominación/sumisión, exhibicionismo/escoptofilia y auxilio/dependencia y entre los simétricos los de tipo competitivo como fanfarrón/cobarde. El estudio de motivos requiere ser combinado, ya que el autor supone su presencia en todas las culturas (factor común), lo que dificultaría el proceso de diferenciación como manera de conocer. Al combinarlos sugiere, se producirán mayores diferencias susceptibles de observación y se facilita identificar los papeles que desempeñan los individuos. De esta manera ilustra el patrón de relaciones padres-hijos en la cultura inglesa así:

Progenitores	Hijos
Dominio	Sumisión (que puede ser modificado por el sistema ternario de niñeras).
Auxilio	Dependencia (cortados por la separación: los niños son enviados a la escuela).
Exhibicionismo	Escoptofilia (los niños "oyen, ven y callan" durante las comidas).

(Tomado del libro *Pasos hacia una ecología de la mente*, Bateson G., 1991, p. 128).

En un nivel más abstracto y a partir de los trabajos de Margaret Mead, Bateson (1991) propone que el trabajo antropológico, reúne "el reconocimiento de la finalidad consciente y la instrumentalidad, siendo un ingrediente esencial en la estructura total de la vida, tal como la ciencia la concibe" (p. 187). Este ingrediente facilitaría al científico observar la corriente de acontecimientos, incluyéndose él mismo al tiempo, y no supeditar el proceso de reflexión sobre la finalidad a la mera instrumentalidad, y en particular con personas que lo aprehenden y aprenden a aprender. De esta manera un contexto tiende a ser visto como estructurado siguiendo un patrón familiar anterior. Con ello la ciencia puede brindar mapas, que incluyen descripciones de hábitos aperceptivos, maneras habituales de mirar la corriente de sucesos de los que nuestra conducta forma parte y que pueden ser subproductos del proceso de aprendizaje. El mapa requiere una clasificación que muestre de qué manera cada uno de esos hábitos está conectado sistemáticamente.

De esta manera el trabajo clínico que emprendió el equipo de Milán, implicó para ellos el trabajo activo por reconocer las maneras en que pensaban y denominaban lo observado, integrando lecturas de las pautas (las que llamarían juegos en sus primeros desarrollos). De ello surgió la idea que si bien trataban de pasar de un modelo individual que se preocupaba por descripciones del tipo sujeto y predicado centrado en los estados anímicos del paciente, a uno sistémico, interesado en comprender, por ejemplo, una pareja, el vivir juntos como la estructuración de un sistema de aprendizaje sobre "como aprender a vivir juntos", estaban condicionados por un modelo lingüístico centrado en el uso del verbo *ser* que impedía observar procesos y conducía a atribuir cualidades inherentes a los suje-

tos. En este tránsito pasaron del verbo ser al *parecer* y de este al de *mostrar* y con ello se concentraron en observar los motivos que soportaban la pauta y no sólo sobre sus efectos (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991). Por ello, las maneras en que se construye el conocimiento, que en estos contextos de ayuda ocurre particularmente a través de procesos conversacionales, demanda reconocer las maneras en que se conversa y con ello los mundos que se delimitan y construyen.

Clínica constructivista de los motivos

Los motivos de consulta se comprenden como lo plantea Hernández (2004) en "las razones por las cuales las personas llegan a consulta" (p. 79). Estas razones proporcionan de entrada explicaciones e intencionalidades y en el estudio sistémico contextual; ello implica re-situar estas razones en los contextos significativos de vida de la persona que consulta, de las demás personas relacionadas directa e indirectamente y en la organización entre ellos, con estas razones el profesional consultado logra reconocer las maneras con las que observa la corriente de sucesos que se relacionan con el motivo o motivos presentados, y sabe que esta delimitación de los motivos es un proceso de construcción social y cultural, donde otros profesionales pueden haber participado atribuyendo diagnósticos "gracias a la psicologización y psicopatologización de la cultura occidental" (2004, p. 80). Esto está respaldado en las maneras en que se profesionalizan las disciplinas y se diluye por ejemplo, el trabajo de construcción de conocimiento sobre los casos particulares en la labor clínica y su sumisión a lenguajes expertos que desde la empírica confunden la realidad con el ma-

nual diagnóstico. Si el fenómeno a explicar es:

...el de la "salud mental" y se lo quiere explicar con la objetividad sin paréntesis, el observador podrá reconocer un sistema particular como sano o enfermo de acuerdo a cómo sus características calcen con ciertos criterios diagnósticos de normalidad y anormalidad, validados como realidades independientes" (Méndez y Maturana H., 1996, p. 111).

El impacto de tal proceso para la construcción de soluciones es poco evidente. Se trata más de un trabajo del tipo "la objetividad entre paréntesis" como lo propusieron Maturana y Varela (1996), y de esta manera el observador se hará cargo de cómo su distinción participa en los consensos sociales y culturales y la construcción de futuros.

A partir de los motivos de consulta, bajo la noción de síntomas o problemas, la comprensión constructivista implica su construcción social emergente en una dinámica de relaciones recurrentes y concurrentes, que vincula a todos los participantes en acciones de consenso, de "acoplamiento estructural", donde el problema surge en un momento en que "los involucrados traen a la mano en su reflexión que viven una contradicción emocional por su aceptación de un estar y un deber ser contradictorios" (Méndez y Maturana, 1996, p. 114).

De esta manera el trabajo del clínico sistémico contextual en una perspectiva constructivista se diferencia del tradicional, en tanto se ocupa del estudio de las cualidades de objetos que hablarían por sí mismos de las características de los problemas dada su naturaleza esencialista. Implica esta perspectiva constructivista la realización de operaciones mentales diferentes a la consideración de los motivos en términos de sujeto predicado que explica lo que acontece al interior de los individuos y más que ello, reconocer los dispositivos e instrumentos con los que opera para estudiar el contexto en el que la ayuda es solicitada, las maneras en que el motivo se ha construido y con quiénes ello ha acontecido.

Comprensión para la acción

El estudio de los motivos de consulta sería superfluo si no condujera a soluciones -ese es su sentido-, que se entiende aquí no solo de manera instrumental, sino también teleológica, es decir, como constructora de mundos posibles para los actores vinculados y por ello, como construcción de mundos, está cargada de intencionalidades.

Esto es posible de ser comprendido así con una postura constructivista. Se requiere entonces del consultado el trabajo colaborativo con el consultante sobre un mapa de relaciones, de derivas y acontecimientos que permitan situar la situación problemática emergente en el tiempo y el espacio de relaciones e interacciones y las maneras en que se les comprende; esto con el fin de considerar las formas estéticas y éticas para emprender el proceso de cambio, es decir, una posición estratégica que integra el mapeo de formas de solución posibles. El consultado se implica en el proceso de comprensión y transformación, reconociendo sus operaciones e instrumentos como constructoras de conocimiento, lo que afianza su responsabilidad y se espera que con ella su participación solidaria en la solución y promoción de su bienestar.

Por ello si bien se ha conservado en este enfoque la noción de síntoma como lo que se presenta en los motivos de consulta, estos son signos para la construcción de conocimiento, es decir, con el fin de trazar distinciones relacionales de frecuencia, sucesión o simultaneidad en torno al fenómeno y con ello, construir versiones sobre lo que ocurre.

De la mano con lo anterior el paciente es comprendido como paciente identificado, como portador de síntomas o como en algún momento se propuso "el chivo expiatorio" (Haley, 1977) de una situación problemática de contradicción y crisis, que rebasa el planteamiento intrapsíquico para plantear una comprensión interaccional y relacional.

Desde estos planteamientos los síntomas han sido comprendidos con diversas metáforas. Una ya po-

pular es aquella que escucha y organiza la comprensión del síntoma como un mensaje que comunica insatisfacción, mensajes ambiguos, contradictorios e incluso paradójicos que adquieren sentido en el contexto relacional de sentido en que se construye y sostiene. Se les comprende como intentos de variación que perseveran a pesar que la variación no se produce, un intento por cambiar las relaciones en las mejores formas que los participantes conocen o viven como posibles aunque sufran con ellas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1972). Por ello su escucha curiosa y atenta facilitará comprender sus sentidos y efectos pragmáticos en las interacciones y en sus matices introducir novedades posibles al marco en que se presentan.

Este trabajo de estudio reconoce también que:

- El motivo de consulta no es el problema, es una comunicación inicial que denota inquietud y alarma.
- Los problemas no son síntomas, ni el problema del consultado es diagnosticar. Los problemas y el consultante y consultado, se inscriben en sistemas significativos de relaciones que construyen ese acontecer.
- El motivo de consulta cristaliza un proceso de designaciones en torno a los síntomas y problemas, por ello es necesario reconocer tal proceso, que muchas veces es uno de patologización: quiénes han participado cuándo y cómo, qué versiones han sido formuladas y cómo ellas se han relacionado.
- El motivo de consulta al ser presentado construye el sistema de ayuda significativo, que se refiere al sistema de relaciones entre las personas implicadas en el problema, lo que implica al consultado y puede abarcar:

...al paciente designado, la familia, las familias de origen (incluidas las personas fallecidas), los contemporáneos a la familia y el paciente identificado, la escuela, el trabajo, los profesionales, los expertos y los servicios sociales y sanitarios que hayan

podido entrar en contacto (Boscolo y Bertrando, 1996, p. 92).

- El paciente identificado o consultante así como el síntoma o problema en el origen no existen. Se trata de sistemas de relaciones significativas, que en el curso de la vida y en la construcción cambiante de relaciones entre personas cambiantes, puntúan y seleccionan un comportamiento que quedará inscrito significativamente en el sistema de relaciones que lo amplifica (Ausloss, 1998).
- Inscritos así persona y comportamiento se reiteran y estabilizan, lo que se cristaliza en estructuras de relaciones y narraciones del acontecer en torno a lo inadecuado, insatisfactorio o incomprensible derivándose un proceso de patologización.
- La patologización no es sólo un acontecer familiar, en el participan todas las instancias de control social y del sistema de salud.
- Si el sistema significativo es un constructor privilegiado en la designación del problema, puede contribuir a su desaparición, pues como lo postula Ausloss (1998): "un sistema no puede plantearse un problema que no sea capaz de resolver".
- Los problemas cristalizan oportunidades de variación y coevolución en el marco de sistemas capaces de producir bienestar (sistemas terapéuticos).

Motivos de consulta y familias

Los síntomas, en esta perspectiva pueden ser vistos a través de las relaciones e interacciones, no solo en lo dicho, sino en las maneras en que ello acontece. Es decir, a través de las reglas comunes, como las del funcionamiento familiar, que consideran el rol del paciente identificado y la función del síntoma en la protección de la familia, de las historias familiares narradas y vividas (Estupiñán, González y Serna, 2006), así como de la ecología de vínculos en las que se sitúa

(Estupiñán, Hernández y Bravo, 2006). De esta manera, el referente de la familia muestra su pertinencia en este enfoque al ser comprendida como unidad de supervivencia (Bateson, 1991), y con ella como el espacio privilegiado para la construcción, reconstrucción y deconstrucción de las relaciones y versiones que se vinculan con los problemas. Es decir, como un sistema constructor de vidas.

Estos autores y algunos otros (Sluzki, 1996; Boscolo y Bertrando, 1996; Stierlin, 1997; Cyrulnik, 2002; Dabas, 2001, Dowling y Osborne, 1996) reconocen que el estudio clínico de motivos de consulta de ninguna manera se agota en el estudio de los bordes de las familias. Se hace necesario reconocer el nivel individual, el familiar y el cultural y las diversas organizaciones humanas que allí se configuran e interactúan con las familias, así como el autor de tal estudio del síntoma: quien lo aborda y los sentidos que construye.

De esta manera si bien se convocan las familias, particularmente ante motivos de consulta que señalan a niños, niñas, jóvenes y parejas en condiciones problemáticas bien sea por la propia familia u otras instancias sociales, con ella se trabaja en configurar versiones del problema como una sucesión de intentos de solución y de búsqueda de ayuda que implican relaciones con diversas instancias y en distintos contextos relacionales, a fin de reconocer espacios vitales amplios que posibiliten la emergencia de transformaciones. Así el proceso de consulta sistémico contextual apela a ella, como facilitadora de tal situacionalidad y sin embargo comprender que está a su vez situada en contextos sociales y culturales en el que diversos sistemas de control la sujetan.

Por ello, el trabajo ecológico apela a no sólo reconocer estos variados contextos y sus interdependencias, sino que los vincula explícitamente al proceso de consulta e intervención, configurando equipos ad hoc que son guiados en la construcción de versiones solubles posibles de realizarse en los diversos ámbitos de vida que convocan.

De esta manera el trabajo del clínico, si bien es realizado en general por científicos humanos y sociales en el campo de la salud, requieren de éste una certera posición de conocimiento amplia, compleja y multidisciplinar para la construcción de conocimientos y habilidades, que se integran y recrean en momentos sociales e históricos particulares, a fin de poner al servicio de otros tales conocimientos, aprender de los solicitantes, de las versiones configuradas por distintos actores en diversidad de contextos y con ello construir versiones solubles sobre los fenómenos humanos que se viven como sufrimiento y malestar. Se trata entonces de un trabajo de indagación y no solo de experticia en su saber particular, sino de uno transdisciplinar y político.

Referencias

- Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la Familia*. Barcelona: Herder.
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (2004). *La terapia familiar en los servicios psiquiátricos*. Barcelona: Paidós.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los Patitos Feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Estupiñán, J., González, O. y Serna, A. (2006). *Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Estupiñán, J., Hernández, A y Bravo, L. F. (2006). *Vínculos, ecología y redes*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Dabas, E. (2001) *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Dowling, E. y Osborne E. (1996) *Familia y Escuela: Una aproximación conjunta y sistémica a los problemas infantiles*. Barcelona: Gedisa.

Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Obras esenciales. Vol. III. Barcelona: Paidós.

Haley, J. (1977). Pour une théorie des systemes pathologiques. En Watzlawick P y Weakland J (comps.). *Sur l'interaction, Palo Alto 1965 - 1974*. Paris: du Seuil.

Hernández, A. (2004). *Psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: Códice.

Maturana, H y Varela, F. (1996). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Debate.

Méndez, C. L. y Maturana, H. (1996). La enfermedad mental crónica como trastorno epistemológico. En Luzoro J. (comp.). *Humberto Maturana: Desde la biología a la*

psicología. Santiago de Chile: Universitaria.

Minuchin, S. y Elizur, J. (1997). *La locura y las instituciones*. Barcelona: Gedisa.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1991). *Paradoja y contra paradoja*. Barcelona: Paidós.

Sluzki, C. (1996) *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Stierlin, H. (1997) *El individuo en el sistema. Psicoterapia en una sociedad cambiante* Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. (1972). *Una lógica de la comunicación*. Paris: du Seuil.