

Globethics Repository



Cuando el cuerpo nos habla [When the body speaks]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Levit, Deborah
Publisher	Departamento de Trabajo Social de la Universidad Católica Silva Henríquez
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-10-26 05:43:16
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/216881

ESTUDIO

CUANDO EL CUERPO NOS HABLA

Deborah Levit ¹

El Centro de Estudios y Acción Familiar es una institución dependiente de la Universidad Católica Blas Cañas, destinada al desarrollo de programas e investigaciones sobre la familia chilena. Dentro de sus objetivos encontramos, proporcionar servicios de atención y orientación a parejas, familias e individuos con dificultades. Al mismo tiempo, se busca generar y mantener un espacio de reflexión académica interdisciplinaria² en torno al tema de la familia. Este artículo da cuenta del caso de una paciente con problemas psicosomáticos, tratada por profesionales de este centro. A través de este relato³ queremos mostrar el procedimiento empleado en el tratamiento, y además, presentar el análisis realizado por el equipo respecto a las variables involucradas en su evolución.

CONSIDERACIONES
GENERALES

El referente que sirve de marco general al desarrollo de nuestra intervención es el paradigma sistémico⁴, y en particular, el enfoque interaccional estratégico. Estimamos que dicha aproximación constituye una herramienta útil para abordar este tipo de problemáticas. El planteamiento en cuestión pretende ayudar a la gente a "mejorarse" a través de la reconciliación con su síntoma.

De ningún modo creemos haber encontrado la "formula mágica" para casos como el que describiremos a continuación. Se trata de una primera aproximación al tema mediante el relato de una experiencia en que se logra algún grado de satisfac-

ción tanto por parte del paciente como del terapeuta. Por satisfacción nos referimos al nivel de mejoría alcanzado, definido a posteriori con la paciente a través de una escala confeccionada con el fin de visualizar los avances logrados desde el inicio del tratamiento hasta su fin. En ningún momento se define como criterio de éxito la ausencia total de síntomas, si bien hubo una disminución considerable de éstos, tanto en intensidad como en cantidad en el transcurso del proceso y en los controles posteriores. En este sentido conviene aclarar que satisfacción se asocia a la disminución del "problema", es decir a la disminución de la percepción del síntoma como problema.

Existe bastante discusión acerca de la génesis, desarrollo y mantención de este tipo de trastornos, ¿tendrá que ver con algo físico-constitucional o

1. Psicóloga Clínica, Centro de Estudios y Acción Familiar (CEAF).

2. El equipo del CEAF al momento del tratamiento de este caso se encontraba integrado por Psicólogos, un Asistente Social y un Psiquiatra.

3. Queremos llamar la atención que este artículo se realizó en conocimiento y con autorización de la paciente aludida.

4. Este paradigma se caracteriza por poseer una visión holista de la realidad y un modelo explicativo basado en la causalidad circular.

será más bien de naturaleza psicológica?, ¿podría ser una buena "mezcla" de ambos?. Roberto Opazo, señala que muchos estudios aportan evidencias del rol co-causal de los afectos en el origen de úlceras, espasmos y colon irritable. Pareciera ser que los factores psicológicos y biológicos cooperan armónicamente para generar estos desajustes. Tanto el stress como la ansiedad estarían a la base de lo psicossomático (Kernberg et al, 1958 citado por Opazo).

Desde el modelo integrativo multicausal que este autor propone, el stress estaría generando problemas psicofísicos y éste, a su vez, se originaría por una multicausalidad de variables: ambientales, biológicas, cognitivas, afectivas e inclusive inconscientes (R. Opazo,). Desde un punto de vista dinámico, la problemática pareciera tener su génesis en la incapacidad de simbolización de algunos sujetos, entendiendo por ello la imposibilidad de atribuir significado a lo que les ocurre, transformándose en pacientes sobreadaptados que somatizan (Silvia Neborak de Dimati).

Estas personas por diversas razones que no entraremos a profundizar en este artículo, adoptan roles y/o funciones que no corresponden a su edad cronológica, se han ido "saltando etapas", lo que los lleva a una pseudomadurez y a un quiebre importante de la relación mente-cuerpo. Ello les impide un adecuado proceso de simbolización, generándose así una desconexión con sus necesidades y emociones tanto para reconocerlas como para nominarlas. De este modo, el síntoma orgánico funciona como una señal que avisa acerca de la exagerada sobreadaptación "psicótica" a la realidad, forzando la capacidad emocional más allá de sus posibilidades.

Por su parte, la perspectiva humanista sostiene que los problemas psicossomáticos se producen a partir de la incapacidad del individuo para conciliar las propias necesidades con las de su entorno, generándose constantes autointerferencias en los procesos de desarrollo propios del ser humano. También destacan la desconexión existente entre el cuerpo y la mente o mejor dicho, entre el cuerpo y las emociones.

Numerosos autores concuerdan con la existencia de ambientes o contextos familiares que generan y mantienen estos síntomas, favoreciendo el

"guardarse" lo que uno piensa y siente, en lugar de manifestarlo abiertamente. Incluso, algunos terapeutas sistémicos dirán que el síntoma se mantiene gracias a que éste posee cierto grado de funcionalidad dentro de un sistema, aportando a la homeostasis del mismo.

Lo cierto es que esta clase de pacientes sufre mucho al destacarse como personas; más bien dependientes, ansiosas, constreñidas, inseguras, muy exigentes consigo mismas y con los demás y con alguna tendencia depresiva a la base; todo lo cual dificulta el proceso terapéutico.

DESCRIPCION DEL PROCESO

A continuación describiremos las características del tratamiento, comenzando por la presentación de los antecedentes personales de la paciente, su "queja", por qué consulta "ahora", los intentos de solución emprendidos y por último, el motivo de consulta, que fue lo que finalmente se trabajó.

Los elementos anteriormente mencionados forman parte, junto a otros no explicitados aquí, de una pauta para realizar las primeras entrevistas (Hirsh y Casabianca, Centro de Terapia Breve, Buenos Aires, Argentina):

IDENTIFICACION

- * Paciente sexo femenino.
- * 28 años
- * Funcionaria administrativa
- * Ingreso: Marzo 1994.
- * Numero de sesiones realizadas: 14

QUEJA

Por queja se entiende la narración que hace el paciente de sus síntomas o preocupaciones. Estos son: "dolores fuertísimos al estómago", "gastritis", "vómitos" y "mareos".

POR QUE CONSULTA "AHORA"

Se refiere a la situación específica que gatilla la consulta. Muchas veces los síntomas o dificulta-

des llevan un tiempo en la vida del consultante, (poseen historia), pero sucede que sólo en un determinado momento la persona decide consultar. Respecto a ello, la paciente refiere: "Llevaba mucho tiempo en exámenes médicos". Los médicos me dijeron que no tenía nada orgánico y que probablemente era de "cabeza", el doctor me dijo, "yo no la atiende más".



SOLUCIONES INTENTADAS

Son las acciones que ha realizado la persona para superar el problema hasta el momento de la consulta. En este caso particular, la paciente había intentado eliminar (tapar) los síntomas de distintas formas, por ejemplo: comer menos grasas, no tomar café ni en general alimentos que le produjeran acidez, ir a médicos, tomarse exámenes y consumir medicamentos.

MOTIVO DE CONSULTA CONSTRUIDO

Al hablar de motivo de consulta "construido" apuntamos a lo que finalmente se trató como acuerdo explícito con la paciente. Nos referimos a la construcción conjunta de un problema trabajable a partir de la queja de la paciente. Por trabajable entendemos algo factible de resolver, ya que desde este enfoque muchas veces el problema reside en intentar solucionar lo insoluble. En el caso puntual que nos ocupa, se trataba de poder ir re-conociendo e identificando sus procesos corporales, ponerles nombre y eventualmente ir expresando sus sentimientos y emociones. En tal sentido, la estrategia principal tuvo que ver con "acercar" los síntomas, con escucharlos, con la utilización del síntoma como aliado y no como enemigo.

Si volvemos a las "soluciones intentadas" anteriormente descritas, se puede observar cómo se realizó un giro en dirección opuesta a lo que la paciente venía haciendo. Antes evitaba sus síntomas, ahora les ponía oído. Para llegar a esto hubo que redefinirlos, es decir, darles una lectura o sentido distinto, de manera que la paciente tuviera una

percepción "positiva" sobre los mismos. La idea básica que el terapeuta intentó transmitir fue que el cuerpo y los síntomas de la paciente, funcionaban como señal de alarma.

Hugo Hirsh propone un método de aproximación a los problemas vinculados con el cuerpo (Hirsh, 1987). Estos —dice— se pueden dividir en dos. En los primeros, se tiene algún grado de conciencia y aceptación del cambio corporal producido, ligándolo a una situación emocional. En estos casos la intervención principal versa sobre lo que llamamos "prescripción del síntoma". Es decir se le pide al paciente que "aquí y ahora" en el contexto terapéutico o en la vida cotidiana logre ponerse física y/o emocionalmente en aquella situación que provoca su síntoma. Obviamente este tipo de intervención debe basarse en una máxima confiabilidad del paciente hacia su terapeuta; el primero debe atribuir al segundo un poder suficiente para aceptar esta indicación, o bien, insertarla en un contexto con "sentido" para el paciente.

Generalmente la insistencia en la aparición del síntoma, incluso por familiares involucrados en el problema, suele traducirse en una disminución de la ansiedad por controlar la no aparición, con la consiguiente disminución de éste en otros contextos.

Muchas veces el problema con los síntomas corporales tiene que ver con lo controlable-incontrolable y con sentir que se padece algo fuera de nuestro manejo. Por lo tanto, con ésta intervención de tipo paradójica⁵, se encierra al paciente en una situación

5. El carácter paradójico de esta clase de intervención está dado por el hecho que frente a la demanda de la paciente para que el terapeuta le ayude a "eliminar" el síntoma, éste le pide que lo "produzca".

en la cual de igual forma mejora si hace caso al terapeuta, es decir "trae el síntoma". Ello significa que existe cierto grado de control sobre aquél, o si no logra traerlo, disminuye la ansiedad por la no aparición, y por lo tanto disminuye el síntoma.

En los segundos, distinguimos los llamados cuadros psicósomáticos propiamente tales. Ahí existe un cambio corporal, pero sin ninguna conexión entre el factor psicológico y el orgánico. Es decir, la persona no ve la relación entre sus reacciones corporales y él o los factores psicológicos a la base.

En estos casos el motivo de consulta debe centrarse en la situación psicológica desencadenante y de ninguna manera en el síntoma, es decir, en ir descubriendo junto al paciente aquellas situaciones que hacen se desencadene el problema.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO

Durante las primeras sesiones fuimos conociendo y aproximándonos al mundo del paciente, intentando comprender su síntoma y al mismo tiempo, explicándole cómo funcionan los procesos psicósomáticos. Ella, hasta ese momento sólo sabía que su problema no era algo puramente orgánico, por lo que consideramos importante mostrar cómo operan los síntomas. La intervención del terapeuta se encaminó entonces a transmitir a la paciente información sobre la existencia de personas cuyo cuerpo u organismo es muy susceptible, por lo que reacciona rápidamente a estímulos tanto externos como internos. Es así como a veces la psiquis capta ciertas situaciones y necesita buscar un canal de expresión centrándose en alguna parte del cuerpo, frente a lo cuál éste reacciona.

Luego, nos fuimos centrando en la manera en que este proceso se daba en ella. Para ello se le pidió como tarea la realización de un registro detallado de las situaciones en que aparecía el síntoma: dónde, cuándo, cómo, con qué intensidad, cómo disminuía, etc. Con lo anterior, logramos acceder a los contenidos específicos, a fin de trabajarlos en sesión. Eso trajo como consecuencia la disminución del síntoma en las situaciones donde se le pidió registrar la información relativa a la aparición del mismo. Esto puede ser explicado por el hecho que su atención se

focalizó en la descripción y no en el intento por CONTROLAR la situación, lo que trajo como resultado una disminución de la ansiedad y por lo tanto, del síntoma.

Aproximadamente en la cuarta sesión, comenzamos a trabajar con los contenidos que emergían, llevando a la paciente a que fuera conectando los hechos y situaciones de manera de relacionarlos entre sí, para llegar al "circuito" que *mantenía* el problema. Cada vez que evadía alguna situación, cada vez que no decía algo que pensaba o sentía, cada vez que se sentía "pasada a llevar", aparecían los dolores. Es así como lentamente sólo le pedimos que observara, que identificara las situaciones, que les fuera poniendo nombre y que fuese percibiendo como su cuerpo "la ayudaba". El dolor funcionaba como señal de alarma.

A partir de la sexta sesión la paciente relata un hecho que la hizo pensar que de una forma u otra ella pedía atención y cariño a través de sus síntomas. Esto nos permitió procesar algunas ideas; por ejemplo, la imagen de mujer resuelta, fuerte, independiente que ella pensaba "debía ser", no le permitía pedir y reclamar sus derechos sin enfermarse.

Comenzamos a rescatar su lado inseguro, dependiente, frágil. Debía aprender a vivir de un modo más sano y por lo tanto, menos dañino y destructivo para ella, siendo capaz de demandar en relación con sus necesidades sin tener que enfermarse. Ello significó también, aceptar que no siempre le dirían que sí. Las sesiones siguientes fueron básicamente de mantención del cambio y control. Al principio se espaciaron cada 15 días, luego a un mes, y finalmente a 3 meses.

Para lograr una aproximación lo más fiel posible al proceso y reproducir algunas partes sin que pierdan su contenido y su valor, iremos describiendo con las propias palabras de la paciente algunos hitos importantes para ella, basándonos en una técnica utilizada por M. Mahoney al final de sus terapias, donde pide a sus pacientes que realicen un resumen de su evolución (Mahoney, 1991).

Creemos en la utilidad de esta herramienta, ya que le permite al paciente desarrollar un mejor nivel de abstracción y de control de los cambios experimentados. Los propios pacientes son quienes van comprendiendo y procesando la información al tener que ordenar y luego jerarquizar algunas ideas

para ponerlas luego en el papel. Además sirve como una información a la cual se puede recurrir en momentos difíciles. Es algo así como su pequeño "tesoro". Sus "recetas" van quedando plasmadas.

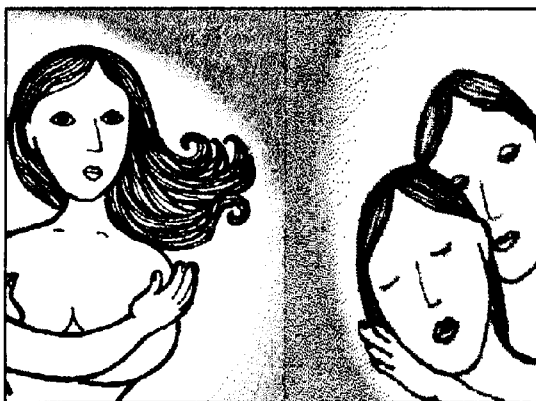
RELATOS DE LA PACIENTE AL FINAL DEL PROCESO

La historia comienza así... "Yo llego al CEAF con una buena cantidad de pastillas en mi organismo con una depresión terrible, con un sentimiento de soledad y tristeza increíble. Internamente en la búsqueda y necesidad de un equilibrio". "Mi tristeza que me inundaba, mi estado de soledad que me superaba"... "Me sentía un "cacho" y así de fuerte, era una negativa a mi cuerpo o cómo éste se manifestaba, se expresaba, sentía que todo era malo, que todo lo que yo hacía, todo lo que yo proyectaba no correspondía"... "Aprendí desde ponerle un nombre a mi "soma" y que éste funcionaba cada vez que pasaba algo, mi colon, mi guata reaccionaba inmediatamente. Aprendí a ponerle un poquito de atención, y que hoy ya es parte de mí, de lo cotidiano, le pongo atención cuando me duele mi guata, cuando me lleno de ronchitas en la cara, mi primera reacción hoy es de cuidarme, ya no siento que es una lata"... (quisiéramos destacar esta última frase ya que nos habla del cambio, los síntomas o el cuerpo en general ya no son un problema "perse", son una señal de que algo ocurre y que entonces debe prestarles atención y cuidarse).

... "Lo que me movió el piso fue descubrir que yo proyectaba una imagen que no correspondía con mi naturaleza, lo que yo proyectaba era una imagen de mujer resuelta, independiente, simpática, valiente, fuerte, etc... y descubro que no es tan así, que sólo conseguía hacerme daño y desgastarme maratónicamente. Lo que yo logro al tomar conciencia de esto es expresarme transparentemente, no

negarme a mis emociones, a mis alegrías, a mis rabias, mis debilidades a expresar tal cual soy, tal cual siento y pucha que me hizo bien. "Hoy le presto mucha atención a mi soma, cuando éste se expresa, sé de qué se trata, rápidamente descifro que me dice y me cuido y le doy el calorcito que necesita, que me pide"... "Despedirse no es fácil, pero como lo comenté ya puedo emprender el vuelo sola, aunque suene poético, pero así lo sentí. Fue bueno despedirse y saber que puedo volver porque no siempre hay altas en la vida"...

ALGUNOS CONCEPTOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN EL PROCESO



A continuación nos referiremos brevemente a algunas estrategias utilizadas que se derivan del proceso mismo de terapia breve, en la medida que entendemos el enfoque interaccional estratégico como un modelo inscrito en esta perspectiva.

Como ya fue descrito anteriormente, hablamos aquí de "construir un mo-

tivo de consulta" para referirnos al hecho que no se toma la "queja" del paciente tal cual éste la trae, puesto que generalmente es en esa queja, junto con los intentos de solución, donde se haya el problema. La forma en la cuál se intenta dar solución al mismo, lo refuerza y por lo tanto, mantiene.

Además, el cómo se vea o se perciba la situación, desde qué punto de vista se observe el problema, posibilita o no hacer algo distinto. Como se indicó al comienzo, la idea central es poder llegar a construir un motivo de consulta "trabajable". En este caso particular se observó que la paciente traía como queja (problema) sus síntomas, los que no fueron asumidos como tales por el equipo terapéutico, si no más bien como la solución.

Para la paciente, sus síntomas eran un problema en sí. Sin embargo, nunca fueron un impedimen-

to como para dejar de hacer algo. Trabajaba, se relacionaba "idealmente" con los otros, tenía su pareja, seguía funcionando en la vida como si nada ocurriera; y eso *sí* constituía un problema, NADA la hacía parar. Entonces sus síntomas corporales subían en intensidad y en cantidad.

Es en este sentido que para comenzar a trabajar, no se definió con la paciente ni la desaparición, ni la disminución de los síntomas como meta final, sino más bien dilucidar la ligazón de éstos con ciertas situaciones específicas.

Junto a lo anterior, se van estableciendo pequeñas "*metas mínimas*" descritas en términos muy simples, concretos y, frecuentemente, conductuales a través de las cuales el paciente comienza a vislumbrar cambios en la línea deseada, generando así una sensación de autoeficacia. Por ejemplo, en un principio, el sólo hecho de ser capaz de identificar sus dolores, reconocerlos y en ocasiones, relacionarlos con alguna situación específica, constituía un gran avance. Cuando analizábamos en sesión alguna situación en la cuál la paciente había sido capaz de centrarse en su dolor y darse cuenta de que algo le molestó y le dió rabia, relataba que de inmediato el dolor comenzaba a ceder.

Luego de ocurridas las primeras modificaciones, trabajamos en la "*mantención del cambio*". Con ello nos referimos a que no se impulsa al paciente a realizar más avances, si no más bien, se retiene lo logrado e incluso se le desaconseja efectuar nuevas transformaciones. Se le previene sobre futuras recaídas y trabajamos las "*desventajas del cambio*". Esto tiene que ver con que todo cambio posee costos, por lo tanto es necesario que éstos estén bien asentados antes de seguir adelante: "lento pero seguro". Por ejemplo, desde el punto de vista relacional hubo que trabajar con ella el hecho que los "otros" no fácilmente aceptarían su "nueva" postura, y que como se señaló, ella tendría que aprender a pedir y a "reclamar" sus derechos de una manera más sana, aceptando que no siempre le darán lo que ella requiere.

Por otra parte, a lo largo del proceso, el equipo terapéutico realizó un esfuerzo por hacer de

este tratamiento una aproximación lo más global e integral posible, en el sentido de ir rescatando las diferentes técnicas y aportes que diversos enfoques plantean para abordar este tipo de problemas.

Por ejemplo, asumiendo la hipótesis de la existencia del inconsciente, tomamos la idea de mecanismos inconscientes automáticos, que expulsan de la conciencia ciertos elementos y/o procesos rechazados por ésta. Además, se incluyeron elementos conductuales/cognitivos, tales como tablas de registro para una mayor identificación y comprensión del síntoma. Del mismo modo, se utilizaron elementos de *reestructuración cognitiva*⁶ (redefinición).

A su vez, incluimos ideas propias a la Programación Neuro-Lingüística (PNL)⁷. Según Bandler y Grindler la terapia efectiva pretende cambiar las formas en que el individuo experimenta y representa su mundo y este cambio implica una transformación en su lenguaje.

En cuanto a la actitud general que adoptó el terapeuta, diríamos que ésta se basó principalmente en creer y confiar en los recursos del paciente, basándose en elementos de la psicología humanista y de psicoterapia orientada a las soluciones. Respecto a ello podemos indicar que se utilizó *lenguaje proposicional, búsqueda de excepciones a la regla, técnicas de maximización y amplificación*. Con esto no nos referimos a un optimismo "blando", si no a la utilización de lo que ya se encuentra en el repertorio del paciente como recurso más accesible.

COMENTARIOS Y REFLEXIONES

Al reflexionar como equipo acerca de cuáles fueron los elementos que intervinieron para producir cambios en este proceso, quisiéramos subrayar lo siguiente. Al interrogarse sobre cómo cambia la gente, pareciera ser que uno de los elementos más importantes son los relacionados con las denominadas "variables inespecíficas". Estas variables son independientes de los enfoques terapéuticos. Se

6. Entendiendo por ello el proceso a través del cual es posible darle un significado distinto del original a un hecho o situación particular.

7. En el sentido de ir identificando y "poniéndole nombre" a las cosas.

trata de variables del paciente, del terapeuta y de la relación (Opazo, 1992).

En este caso particular no se puede dejar de mencionar que la motivación de la paciente hizo que el proceso funcionara. "Nadie cambia sino siente la necesidad de cambiar". Esto nos gustaría destacarlo, puesto que fue justamente la "necesidad" de la paciente lo que la impulsó a buscar ayuda y a hacer algo distinto de lo que venía haciendo. Dicha necesidad surge, en parte, a raíz de la actitud del médico tratante que le dice que sus dolencias no tienen origen orgánico sino más bien psicológico ("de cabeza"). Este simple hecho permitió que la paciente se planteara la posibilidad de pedir ayuda, ya no desde la postura de negar o "tapar" sus síntomas, si no más bien, abierta a la posibilidad de algo psicológico a la base. Desde un punto de vista conceptual lo que gatilla la consulta, el por qué "ahora", hizo que la paciente tomara "conciencia" de su malestar. Es decir, gracias a que el médico no la atendió más, ella se ve enfrentada a un problema en relación con su cuerpo.

En esta misma línea, la relación establecida con el terapeuta fue distinta a lo experimentado anteriormente, en el sentido que aquí no aparece un "otro" omnipotente que va a aliviar sus síntomas, no existe la magia de la "pildorita" que soluciona por un rato las dolencias. Encontramos un compromiso donde la paciente realiza y se "hace cargo" de los cambios, en un contexto tal donde el otro (terapeuta) guía el proceso, pero el principal actor es ella misma. Se despierta así una sensación de mayor control de la situación.

Por otro lado, desde el punto de vista de la estrategia principal, al manejar el síntoma como un "aliado" y no como un "enemigo" —es decir trabajando en dirección opuesta a las soluciones ya

ensayadas— accedimos a otra realidad, pudimos empezar a escuchar lo que el cuerpo decía y pedía. Además, no intentamos en ningún momento "erradicar" el síntoma por completo sino que éste oscile con la posibilidad que la paciente haga "algo" que le ayude, por ejemplo: cuidarse. Sería interesante destacar, que en general los pacientes psicosomáticos poseen un cuerpo, una biología que reacciona fácilmente a los estímulos y es por esta razón que deben aprender a vivir con él. Estamos hablando aquí de "connotar positivamente el síntoma".

Un último elemento a considerar tendría que ver con la actitud de respeto y flexibilidad del equipo terapéutico que en todo momento aportó ideas para orientar el caso⁸, priorizando así al paciente en lugar de la necesidad de avalar una teoría con un "objeto" al frente. Con esto tratamos de acercarnos en alguna medida a lo que R. Opazo postula, en el sentido de la integración en psicoterapia como respuesta a la crisis que surge por la postura rígida y fanática de algunos terapeutas que olvidan que frente a ellos hay un ser humano en problemas pidiendo ayuda. Dicho autor propone una síntesis, donde las diferentes entidades, aunque antagónicas, aporten en pro del individuo como fuerzas de cambio para un desarrollo integral.

Por último, quisiéramos terminar con una referencia a G. Bateson quien sostiene que más allá de la técnica, está la sabiduría, que vendría siendo el conocimiento de la conexión que une las cosas entre sí. Habla de un conocimiento de hechos que atañen a los circuitos, un conocimiento consciente pero con raíz tanto en la experiencia afectiva como intelectual. Es así, dice él, que cuando las técnicas se guían por esta sabiduría la terapia se convierte en el arte de curar •

8. El tratamiento fue el resultado de un trabajo de reflexión conjunta entre profesionales con diferentes orientaciones.

BIBLIOGRAFIA

- BANDLER Y J. GRINDER
—
M. CASABIANCA Y H. HIRSH
CONTRERAS, KUSMANIC Y MIRANDA
STEVE DESHAZER
FISH-WEAKLEAND Y SEGAL
H. HIRSH
J. JACKSON
G. NORDONE, P. WATZLAWICK
S. MINUCHIN
R. OPAZO
REVISTA ARGENTINA DE
CLINICA PSICOLOGICA
WATZLAWICK ET AL
- La Estructura de la Magia*, Ed. Cuatro Vientos, 1980.
De Sapos a Principes, Real People Press, 1979.
Cómo Equivocarse Menos en Terapia, Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral, Argentina, 1992.
El Enfoque Sistémico Cibernético en Psicología, Apunte de Trabajo Interno, Carrera de Trabajo Social, CEAf, U. Católica Blas Cañas.
Pautas de Terapia Breve. Edit. Paidós, 1989.
Tácticas del Cambio, 1982, Edit. Herder, 1982.
Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales, Edit. Nahir, 1987.
"Therapys, Communication and Change", en *Science and Behaviour Books*, 1968.
El Arte del Cambio, Edit. Herder, 1992.
Técnicas de Terapia Familiar, Edit. Paidós, 1992.
Integración en Psicoterapia, CECIDEP, Edit. R. Opazo, Abril, 1982.
Vol. Nº 1, Editado por Aigle-Centro de Estudios Humanos, Abril 1992.
Cambio, Edit. Herder, Barcelona, 1992.

