



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

**El silencio familiar en la enfermedad crónica: una mirada
comprensiva desde *lo no dicho* y *lo sagrado***

Artículo para optar al título de Psicólogo

Autor

Roberto Sosa Román

Profesor patrocinante

Claudio Zamorano Díaz

Santiago de Chile, 2018

El silencio familiar en la enfermedad crónica: una mirada comprensiva desde *lo no dicho* y *lo sagrado*

Roberto Sosa Román

Resumen

El presente artículo ofrece una comprensión teórico-clínica en relación al fenómeno de la evitación comunicacional en familias que conviven con la enfermedad crónica de uno de sus integrantes. Se desarrolla una revisión bibliográfica dentro de un marco sistémico relacional en torno a la relación entre enfermedad crónica y sistema familiar, abordando los problemas comunicacionales que pueden generarse en este contexto y profundizando en el fenómeno del silencio. Posteriormente, a través de los conceptos de *lo no dicho* – desde Derrida– y *lo sagrado* –desde Bateson & Bateson– se desarrolla una propuesta teórico-clínica que sirve de marco comprensivo para la presentación de un caso clínico que es analizado a través de la propuesta planteada.

Palabras claves: *Enfermedad crónica, familia, silencio familiar, terapia sistémica, lo no dicho, lo sagrado.*

Abstract

The present article offers a theoretical-clinical understanding in relation to phenomenon of communicational avoidance in families that coexist with the chronic disease of one of its members. A bibliographic review is developed within a systemic relational framework around the relationship between chronic disease and family system, addressing the communication problems that may arise in this context and deepening in the phenomenon of silence. Subsequently, through the concepts of *the unsaid* –from Derrida– and *the sacred* –from Bateson & Bateson– a theoretical-clinical proposal is developed that serves as a comprehensive framework for the presentation of a clinical case that is analyzed through the proposed proposal.

Key words: *Chronic disease, family, family silence, systemic therapy, the unsaid, the sacred.*

La enfermedad crónica en la familia

La enfermedad crónica es definida como una enfermedad de duración prolongada en el tiempo, que no suele resolverse de manera espontánea y que rara vez puede ser curada completamente (Dowrick, Dixon-Woods, Holman & Weinman, 2005). Es comúnmente descrita como una situación donde el cuerpo se experimenta como vulnerable, debilitado o impredecible, que además implica una lucha de la persona contra la amenaza a la identidad y la autoestima, y que podría conllevar a experimentar cambios en el desempeño social del individuo, significando una realidad desafiante para éste (Markle, Attell & Treiber, 2015; Röing & Sanner, 2015).

Además de las repercusiones físicas, la mayoría de las enfermedades crónicas están acompañadas de consecuencias negativas para la salud mental de las personas y sus familias, incluyendo también cargas económicas y sociales (Shapiro, 2002). Según Martire & Schulz (2007) esta condición médica corresponde a una situación estresante que puede dañar el bienestar psicológico y físico de los miembros de la familia y afectar en su capacidad de apoyo para la persona enferma, sobre todo cuando la enfermedad se torna de carácter grave o dificulta las actividades diarias del paciente. Se señala además que el desarrollo de la enfermedad crónica produce experiencias traumáticas, no solamente para la persona enferma, sino que también para los demás miembros del sistema familiar; lo que significaría un *trauma relacional* (Penn, 2001).

Debido a que la enfermedad crónica altera el funcionamiento familiar y los patrones relacionales de interacción entre los miembros de ésta, las familias que viven con enfermedades crónicas crean tanto un contexto para vivir como nuevos patrones en su vida cotidiana (Årestedt, Persson & Benzein, 2014; Crespo et al., 2013).

Respecto a las intervenciones dentro del área de la salud destinadas a las personas diagnosticadas con enfermedad crónica, anteriormente se consideraba a la familia sólo como una fuente periférica de apoyo social. Sin embargo, a partir de la década de 1990 se comenzó a incluir al grupo familiar en los tratamientos, en los cuales se puso énfasis en las necesidades educativas, relacionales y personales de todos los miembros del sistema familiar (Fisher & Weihs, 2000).

Shapiro (2002) propone que las intervenciones familiares que son apropiadas para la psicoterapia con enfermos crónicos incluyen: trabajar con la familia para crear una

narrativa coherente y flexible sobre la trayectoria de la enfermedad, su impacto y significado; mejorar la comunicación familiar para favorecer la comprensión y el apoyo mutuo; y explorar los recursos individuales, familiares y culturales para propiciar un contexto más favorable. Agrega que tanto las respuestas individuales como las compartidas respecto a las enfermedades crónicas que afectan a la persona pueden comprenderse de mejor manera si en la intervención se incluye un enfoque de desarrollo del ciclo de vida que reconozca los problemas que las familias están intentando resolver en su vida cotidiana y los recursos que logren aportar para enfrentar los desafíos y elementos estresores. Al respecto, algunos estudios también sostienen que la diversidad de enfermedades crónicas requieren diferentes habilidades del paciente y de su grupo familiar para lograr una gestión eficaz en la intervención (Fisher & Weihs, 2000).

Así entonces, en la literatura relacionada con la salud –tanto en la psicología como en la enfermería– existen variadas publicaciones donde se plantea la relación entre enfermedad crónica y contexto familiar, tanto a nivel de las repercusiones que provocan las interacciones y el funcionamiento de la familia en el paciente crónico (Ferro & Boyle, 2015; Lewis & Vitulano, 2003; Rosland, Heisler & Piette, 2012; Santos, Crespo, Silva & Canavarro, 2012) como en el impacto y los efectos de este tipo de enfermedad en el sistema familiar (Årestedt et al., 2014; Crespo et al., 2013; Fiese & Wamboldt, 2003; Gabriel, Figueiredo, Jácome, Cruz & Marques, 2014; Popp, Robinson, Britner & Blank, 2014; Reyes, Garrido, Torres & Ortega, 2010; Zhang & Siminoff, 2003). También se han propuesto diferentes modelos de intervención para el contexto de enfermedad crónica desde un enfoque familiar (Abdalla & Novis, 2014; Distelberg, Williams-Reade, Tapanes, Montgomery & Pandit, 2014; Shapiro, 2002; Steinglass, 1998). Los diversos trabajos han logrado obtener gran evidencia del impacto relacional que implica atravesar por esta situación, lo cual afecta fuertemente los procesos de comunicación familiar.

Al respecto, Fiese & Wamboldt (2003) examinaron la relación entre los relatos del impacto del asma pediátrico en la vida familiar y las medidas de auto-reporte de funcionamiento de la familia. En el estudio se arrojó que aunque en algunas familias las enfermedades crónicas pueden acercar a los miembros y fomentar sentimientos de seguridad, en otras pueden provocar conflictos y/o evitar relaciones personales cercanas. Estos conflictos se relacionaron con una escasa coherencia respecto a los relatos que rodeaban la enfermedad, lo que afectaba de manera negativa la resolución eficaz de problemas y dificultaba la comunicación familiar. Al respecto, Zhang & Siminoff (2003)

examinaron el fenómeno de la evitación de la comunicación familiar en pacientes con cáncer en una muestra de 26 familias, donde se demostró que el 65% de ellas experimentaron este problema. La evitación comunicacional se asoció con tres procesos de pensamiento subyacentes: evitar la angustia psicológica, deseo de protección mutua hacia los demás miembros de la familia respecto a no exponerlos a situaciones emocionalmente dañinas, y creencia en el pensamiento positivo.

Por su parte Popp et al. (2014) evaluaron la experiencia de los padres que viven con un niño diagnosticado con enfermedad crónica –específicamente diabetes tipo 1 y asma– y si las narrativas de los niños reflejaban dichas experiencias; los resultados indicaron que en familias donde los padres no han logrado realizar un proceso de integración respecto a la información y los componentes emocionales de la enfermedad de sus hijos, se reportó un mayor conflicto y una menor cohesión familiar, además de modos de comunicación menos saludables.

Cuando la enfermedad silencia las voces

El silencio es un fenómeno comunicacional relevante en los sistemas familiares en el contexto de enfermedad crónica (Penn, 2001), lo que se relaciona con la evitación comunicacional en torno a aspectos que tienen relación con las expresiones subjetivas de los integrantes de la familia respecto a la condición médica que afecta al sistema. Al respecto, Charmaz (2002) menciona que los silencios ocurren dentro de un contexto social de lenguaje y significado, y que luego éstos –al igual que las narrativas– manifiestan patrones de interacción antes y durante la enfermedad. Carter (2006) –refiriendo a Bernard Dauenhauer– menciona que el silencio no es equivalente a la mudez, sino que corresponde simplemente a la ausencia de habla, sonido, texto u otro signo, por lo que el silencio a su vez implica también una voz –sin embargo, no hablada–.

Penn (2001) señala que el acto de hablar y comunicar las emociones apoya y a menudo mejora la conexión relacional en las familias que viven en contexto de enfermedad crónica, incluso cuando se incluye la desesperanza, el miedo o la ira. Por el contrario, la autora menciona que la experiencia de no comunicar las emociones es traumatizante para las relaciones entre los miembros de la familia, agregando que la elección de adoptar el silencio por parte de la persona que padece una enfermedad crónica proviene de la intención de proteger a los otros de las luchas que, según el enfermo, debe enfrentar solo. Al respecto, Zhang & Siminoff (2003) observaron que ante

el silencio familiar los pacientes con cáncer se sentían más solos y sin esperanza, mientras que en los otros miembros de la familia las preocupaciones y la ansiedad aumentaban debido a que no podían conocer las necesidades de sus seres queridos. También la resolución de problemas en el contexto de enfermedad crónica se imposibilitaría cuando la familia no puede discutir acerca de temas críticos, ya sea sobre la condición médica u otros temas cruciales (Imber-Black, 2014). La evidencia además sostiene que la comunicación y discusión abierta en torno a la enfermedad se relacionan con mejores resultados en la salud del paciente crónico (Rosland et al., 2012).

Årestedt et al. (2014) señalan que la comunicación basada en los sentimientos y pensamientos de los miembros de la familia respecto a la enfermedad crónica parece ser importante para su bienestar, ya que el hecho de poder hablar acerca de sus experiencias aumenta la comprensión de las perspectivas de cada uno y de la situación en conjunto. Sin embargo, por otro lado, también pareciera ser importante para el sistema familiar abstenerse a la hora de comunicar aspectos relacionados con la condición médica crónica, ya que el hecho de referirse a dicho ámbito podría significar *mantenerse* en la enfermedad. En familias que viven en contexto de enfermedad crónica se produce una incertidumbre sobre el cómo manejar las expresiones familiares que rodean la condición médica, y debido a esto se posibilitaría un esfuerzo por vivir lo más normal posible; evitando pensar y hablar de la enfermedad (Årestedt, Benzein & Persson, 2015).

En este sentido, el presente artículo busca aportar en la comprensión del fenómeno del silencio familiar en la enfermedad crónica desde una perspectiva sistémico relacional desde los conceptos de *lo no dicho* y *lo sagrado*, ampliando así la perspectiva teórica desde la cual se ha pensado dicho fenómeno.

Lo no dicho y lo sagrado

Desde el asentamiento del pensamiento posmoderno y el construccionismo social en la década de 1990 –desde donde se impulsaron los modelos narrativos y conversacionales (White & Epston, 1993; Anderson & Goolishian, 1988)– la psicoterapia sistémica se abrió a nuevos aportes teóricos, distintos a los conceptos cibernéticos de la primera generación (Jutorán, 1994) y a las consideraciones biológicas y evolutivas de la segunda etapa del enfoque sistémico relacional (Hoffman, 1985). Dichas contribuciones se encuentran fuertemente relacionadas con ideas pertenecientes al campo de la filosofía (Boston, 2000). Es así como en el ámbito psicoterapéutico sistémico se comienzan a

desarrollar diferentes propuestas basadas en ideas de autores como Jacques Derrida (Larner, 1995; White, 2000), Mikhail Bajtin (Rober, 2005; Seikkula, Laitila, & Rober, 2012), Michel Foucault (Flaskas & Humphreys, 1993; White & Epston, 1993) y Gilles Deleuze (Winslade, 2009), entre otros. En dicho contexto, el concepto de *lo no dicho* ha cobrado relevancia en el nuevo marco teórico de la psicoterapia sistémico relacional, aunque con distintas maneras de pensarlo.

Boscolo & Bertrando (2000) se refieren a *lo no dicho* como aquella parte de la experiencia del terapeuta que se encuentra fuera de su conciencia inmediata al llevar a cabo la terapia, la cual involucraría conocimientos teóricos propios de su modelo junto con otros conocimientos y experiencias personales previas que se escapan de éste. Los autores lo relacionan directamente con la *expertise* del terapeuta, proponiendo además la idea de que el purismo teórico no es más que un mito: "un terapeuta de cierta experiencia revela, en la práctica, mucho más de lo prescrito o permitido por su teoría." (Bertrando, 2000, p. 84)

Por otra parte, Anderson & Goolishian (1988) abordan *lo no dicho* en base a lo planteado por el filósofo Hans-Georg Gadamer, para quien cualquier relato lingüístico lleva consigo un *círculo de lo inexpressado*:

(...) ningún relato comunicativo, ninguna palabra, es completa, clara y unívoca. Todos llevan significados no expresados y posibles nuevas interpretaciones que requieren expresión y articulación. Esto no quiere decir que el relato lingüístico original fuera deficiente, sino que todas las acciones comunicativas son una fuente infinita de posible expresión y significado nuevos. (p. 379)

Considerando el trabajo del filósofo alemán, Anderson & Goolishian (1988) proponen el concepto de *lo aún no dicho* para referirse a aquellos recursos infinitos que se encuentran en el *círculo de lo inexpressado*, es decir, aquello que aún no ha sido narrado a través del lenguaje. Mencionan que el conocimiento avanza a través del proceso de búsqueda de *lo aún no dicho* a través del diálogo; por lo que este proceso dialógico tendría la capacidad de desarrollar la creación de nuevas narrativas e historias. Debido a esta concepción respecto a aquello que no ha sido expresado es que los autores proponen que la terapia debería basarse también en dicho ejercicio.

Desde la terapia narrativa, White (2000) –si bien no plantea el concepto de *lo no dicho*– desarrolla el concepto de *lo ausente pero implícito* basándose en el trabajo de Derrida (1989) referido al método deconstructivo de la lectura de los textos. La noción de *lo ausente pero implícito* se basa en el entendimiento de que las expresiones de la vida y sus significados se entienden en relación o en contraste con los significados o descripciones de otras cosas:

(...) sólo podemos dar sentido a lo que las cosas son por contraste a lo que no son: sólo se puede distinguir el aislamiento si ya tenemos una comprensión de la conexión, y sólo podemos distinguir la desesperación si ya tenemos algún conocimiento acerca de la esperanza. (Carey, Walther & Russell, 2009, p. 321)

Al respecto, White (2000) propone la existencia de una dualidad en todas las expresiones y descripciones –por un lado aquello presente y explícito y por otro lado su contraste o diferencia–, las cuales en el contexto terapéutico deben abordarse desde una práctica de *doble escucha* por parte del terapeuta. Para White, la identificación y la rica descripción de aquello que está *ausente pero implícito* en las expresiones de la vida es una vía que posibilitaría la capacidad del terapeuta de acompañar a las personas en los reencuentros con sus historias.

Derrida (1989) desarrolla la noción de *lo no dicho* dada su atención a todo aquello que queda marginado, excluido y reprimido por los discursos que presumen una *centralidad* en la cultura occidental. El autor propone la idea de pensar en la imposibilidad de un hablar puro en el ejercicio de referirse a un fenómeno, ya que a la hora de llevar a cabo esta práctica se produciría previamente un proceso metafórico de edición –como en los textos– en el cual operaría una selección de aquello que se dirá, dejando a la vez de lado otras formas de decir las y otros relatos lingüísticos que no son expresados. Estos elementos borrados o censurados en el proceso de edición finalmente quedan excluidas del habla y de la historia contada. Derrida (1989) propone llevar la atención hacia estos residuos que son excluidos del relato privilegiado, a aquellas fisuras del texto y del discurso, a lo otro: a *lo no dicho*.

De acuerdo a Derrida (1989), todo aquello que es borrado durante el proceso de edición –y que por lo tanto, no tiene lugar en el terreno de *lo dicho*– no queda finalmente eliminado, desterrado ni condenado al olvido, sino que por el contrario, continúa *existiendo silenciosamente*. De esta manera, *lo no dicho* basaría su existencia a través del

asedio constante hacia la consistencia del discurso o relato seleccionado –*lo dicho*–, amenazando su continuidad e integridad. Este asedio permanente de *lo no dicho* permitiría a su vez la continuidad y la vigencia del sentido del relato, debido a que éste – con el fin de conservar su coherencia– se encargaría de mantener excluido o *silenciado* aquello que se encuentra en el plano de lo indecible, logrando sobrellevar dicha amenaza. El hecho de que la historia contada resista incesantemente al asedio de *lo no dicho* supondría también una tensión entre ambos polos, lo que en casos extremos podría generar inestabilidad en las bases del relato. Por lo tanto, el posible movimiento de aquello perteneciente al ámbito de *lo no dicho* hacia el plano de lo decible significaría el riesgo del sin-sentido –o la *no continuidad* del sentido–.

Para que el relato logre conservar su coherencia e identidad, *lo no dicho* debe mantenerse fuera de la historia relatada, ya que de esta forma lo indecible es conservado de manera silenciosa, evitando la posibilidad de ser comunicado. Este planteamiento muestra coincidencia con lo desarrollado por Bateson & Bateson (1994) quienes señalan que la no comunicación permite el mantenimiento y la conservación de dimensiones sagradas en la vida de las personas:

(...) la *no comunicación* de cierta clase se necesita si pretendemos mantener lo *sagrado* (...) hay muchos asuntos y muchas circunstancias en que la *conciencia* es indeseable y en que el silencio es oro, de suerte que el secreto puede utilizarse como un indicador que nos dice que nos estamos aproximando a terreno santo. (pp. 88-89)

En este sentido, Bateson & Bateson (1994) señalan que las personas generamos ámbitos de silencio que nos permite mantener aspectos *sagrados* –los cuales cuidan dimensiones de nuestra historia y nuestras relaciones–, y así proteger los propios sentimientos y los de los demás.

En este aspecto, *lo no dicho* y su exclusión del relato privilegiado contribuye a mantener dimensiones *sagradas* en la vida de las personas, protegiendo una unidad mayor: la coherencia de la historia y con ello la conservación de la identidad. De esta manera, el silenciamiento también se encargaría de resguardar los sentimientos de las personas, evitando además el riesgo de caer en el sin-sentido.

Lo no dicho y lo sagrado en la enfermedad crónica

Vivir como familia cuando uno de sus miembros experimenta una enfermedad crónica es descrita como una situación difícil donde el funcionamiento familiar, los patrones relacionales, la comunicación y los roles se alteran. Frente a esta situación, las familias se movilizan hacia el bienestar, donde sus miembros cooperan e influyen entre sí para posibilitar un contexto relacional más favorable (Årestedt et al., 2014; Rosland et al., 2012). Los miembros de la familia, por lo tanto, tienden a co-construir narrativas que fomentan un pensamiento positivo frente a la enfermedad crónica –con el objetivo de *desplazar* las perspectivas emocionales percibidas como negativas dentro del significado familiar– promoviendo diferentes voces que expresan, por ejemplo, protección, cuidado, optimismo o esperanza, constituyendo así una narrativa familiar, y con ella, su identidad familiar (Fiese & Sameroff, 1999). En este tipo de narrativas, las familias limitarían su comunicación en torno a la enfermedad solamente a aspectos que tienen que ver con el ámbito médico y los procesos corporales (Penn, 2001), planteándose preguntas del tipo *¿cómo te sientes?, ¿cuándo tienes cita con la doctora? o ¿qué remedios debe tomar?*

Para que la narrativa construida por la familia en la enfermedad crónica continúe escribiéndose es necesario que se conserve la continuidad y la coherencia de la historia. Para lograr esta continuidad, los miembros de la familia a través de su constante interacción se encargan –deliberadamente o no– de excluir todo aquello que escapa del relato construido, y que por lo tanto no mantiene coherencia con la narrativa familiar.

En otras palabras, con el fin de conservar el pensamiento positivo en la familia y sus voces de protección y esperanza, es necesario que se mantengan silenciadas las voces que expresan temor, sufrimiento o inseguridad, siendo estas marginadas al terreno de *lo no dicho*. La posibilidad de que estos relatos que atentan contra la consistencia de la identidad familiar sean hablados podría provocar el riesgo de desestabilizar el sentido de la unidad familiar.

Aunque las voces de la familia que permanecen en territorio de *lo no dicho* sean silenciadas, estas continúan existiendo a pesar de su ausencia en el habla. Estos relatos basan su existencia por medio del asedio a la historia familiar –y por lo tanto, a la experiencia de cada uno de sus miembros–, merodeándola constantemente y amenazando con destituir su estabilidad, contaminándola con aquello que no quiere ser dicho ni escuchado.

En el contexto de enfermedad crónica, el asedio de *lo no dicho* y la lucha por conservar la identidad por parte de la familia pueden hacerse presentes en diversas situaciones, como en el sufrimiento que debe experimentarse y vivirse en soledad, en la angustia causada por ahogar las palabras y no expresar las propias emociones, en la sensación de pérdida de comunicación familiar, en la inseguridad al no conocer los sentimientos de los seres queridos, en la necesidad de recibir el apoyo emocional del otro y no poder pedirlo.

Sin embargo, y a pesar de su silenciamiento, las narrativas de dolor y sufrimiento de las familias que viven con la enfermedad crónica en algunos momentos del proceso fuerzan por ser develadas, lo cual conlleva un acto de valentía y de implicancias éticas, ya que dicha práctica constituye –con Bateson & Bateson (1994)– entrar a un lugar de la vida *donde los ángeles no se atreven a pisar*. Abrir esa fisura conlleva el riesgo de atentar contra procesos relacionales y guiones narrativos que han permitido sobrellevar la historia de la enfermedad.

La desestabilización de la historia construida por la familia supondría la tarea de buscar otras maneras de escribirla, otras formas de narrarlas y agregando nuevos relatos que permitan la entrada de *lo no dicho* al plano de lo decible, abriendo un nuevo lenguaje en la familia donde se abra espacio a otras voces (Penn, 2001). La psicoterapia familiar puede ser un espacio para aventurarse en esta delicada tarea.

Un caso clínico

Felipe¹ es un adolescente de 14 años que sufre una enfermedad reumática crónica hace aproximadamente 3 años, la cual requiere de una serie de precauciones y cuidados físicos. Esta patología afecta su movilidad y algunas veces le provoca dolor corporal.

El adolescente y su familia son derivados a psicoterapia por la institución sanitaria a cargo del tratamiento de la enfermedad crónica debido a que Felipe presentaba problemas respecto de su autocuidado físico, realizando actividades que no correspondían a las indicadas por la doctora tratante (por ejemplo, jugar basquetbol). Estas conductas generaban gran preocupación tanto para la familia como para el equipo médico.

¹Modificación de nombre e información médica restringida con propósito de proteger confidencialidad de los participantes en el caso clínico.

Al comienzo de la terapia, el adolescente se muestra como una persona reservada y poco comunicativa. A menudo desvía su mirada y pierde la concentración frecuentemente, demostrando escasa cooperación hacia la conversación terapéutica. Sin embargo, a medida que avanzan las sesiones, el adolescente logra mostrar una personalidad extrovertida, respondiendo constantemente con bromas y comentarios cargados de ironía. Felipe disfruta de una gran vida social, y es descrito por su familia como una persona amigable y con facilidad para entablar relaciones interpersonales.

La diferencia, sin embargo, se hace presente luego de las primeras sesiones, al preguntarle acerca de su percepción sobre la enfermedad crónica. Al escuchar esto, Felipe cambia su mirada y su tono de voz, y responde lo que seguramente ha respondido muchas veces: "*no me importa mucho, no le presto atención*". Con esta respuesta, Felipe cierra la puerta a la indagación.

Comentarios clínicos:

¿A qué se debe este cambio en Felipe?, ¿De qué manera se podría explicar esta incomodidad y resistencia a hablar sobre su condición médica? Si bien él ha logrado escribir su propia historia de vida al margen de la enfermedad, basta con interrumpir el relato con aquello que ha sido excluido para que emerja la incomodidad.

Felipe no sólo restringe todo lo que tenga que ver con su condición médica a través de la palabra, sino que también por medio de su corporalidad. El esfuerzo de mantener excluida a la enfermedad también es expresado a través de la acción física: igualmente realiza lo que su condición de salud indica que no debe hacer.

Felipe ya había asistido a psicólogos anteriormente en el marco del tratamiento de su enfermedad, por lo cual ya tiene un cierto conocimiento acerca del por qué asiste a psicoterapia: para hablar de aquello que no debe ser hablado. ¿Podría ser ésta la explicación de su poco comunicativo ingreso a terapia? El ejercicio de ingresar a un proceso psicoterapéutico podría ser considerado como un asedio a la historia que Felipe promueve, ya que es en este escenario donde inevitablemente se hablará de lo no dicho en su vida.

Los padres de Felipe se encuentran separados hace 10 años. Vive junto a su madre, la pareja de su madre y su hermano menor –hijo de la relación actual de la madre–. La relación entre Felipe y su padre se enmarca en encuentros cada una o dos semanas, sin embargo, desde hace unos meses han comenzado a discutir frecuentemente, con lo cual los espacios se han distanciado. Asimismo, la relación entre sus padres es problemática, ya que constantemente sus conversaciones respecto al cuidado del adolescente se transforman en tensas discusiones.

La preocupación de sus padres refiere a cómo su hijo se está enfrentando a su condición médica, señalando que –dado que ya no es un niño– les gustaría que Felipe pudiera hacerse responsable del cuidado de su enfermedad, sin tener que estar ellos pendiente de aquello.

Al preguntarles acerca del cómo se dialoga dentro de esta familia acerca de temas que tienen relación con la condición médica, ambos mencionan que "*ya no se habla de la enfermedad*", lo cual se hace evidente en el transcurso de las sesiones, donde se observa cierta resistencia al profundizar en esta temática. La madre señala que su hijo "*a pesar de ser una persona muy expresiva y comunicativa, se retrae mucho cuando se le intenta hablar de la enfermedad, se distrae y no habla del tema*". Felipe responde que la causa de esta evitación es debido a que siente incomodidad al hablar de su condición médica, y porque además siente que sus padres le hablan "*como si fueran doctores*".

Aunque para la familia de Felipe su diagnóstico significó un fuerte golpe emocional, tanto el adolescente como su madre señalan que con el paso del tiempo han podido sobrellevar esta situación de manera positiva. La madre agrega que actualmente en su casa existe un clima de optimismo y esperanza, donde se intenta restar importancia a todo lo que tiene que ver con la enfermedad de su hijo. Incluso señala que "*hay veces que hasta se me olvida que está enfermo*".

Comentarios clínicos:

El evitar hablar de la enfermedad de Felipe ha instalado en su familia un silencio compartido donde casi no se habla de aquello. ¿Qué habrá impulsado a que esta familia adoptara el silencio en torno a la condición médica de Felipe?, ¿qué se quiere proteger?

Es interesante que la entrada a la adolescencia de Felipe inaugura otra dimensión

relacional en torno a la enfermedad: ya no puede ser cuidado como un niño, por lo cual se requiere que él mismo tome conciencia de su enfermedad, tratamiento y autocuidado. Sin embargo, el silenciamiento de los aspectos emocionales vinculados a su enfermedad generan ahora un dilema complejo: Felipe debe hablar de aquello.

Por otro lado, en sesiones junto a Felipe y su padre, se observa en este último una postura distinta a la expresada por la madre. El padre menciona que guarda gran preocupación y temor por Felipe y su futuro, lo cual –señala– no es compartido por el adolescente y su madre. Dice ser "*más realista*" respecto al abordaje de la condición médica de su hijo, sintiéndose a veces como "*el pesimista*" o "*el malo de la película*". Esta postura distinta también es señalada por la madre, quien menciona que "*Felipe vive la enfermedad desde distintos puntos de vista: desde el mío, más esperanzador y con fe; y desde el punto de vista del papá, más negativo*".

Comentarios clínicos:

Al parecer, el optimismo y la esperanza han constituido una narrativa en esta familia, promovida especialmente por la madre de Felipe. Esta narrativa ha permitido desplazar la noción de enfermedad de la cotidianidad familiar.

La voz del padre de Felipe aparece como un habla que incomoda. Involucra aquellos temores o incertidumbres que han tratado de ser silenciados en la historia, y que por lo tanto, son forzados a mantenerse excluidos. La incoherencia que se genera en el relato luego de la introducción de la voz del padre desencadena conflictos familiares en la lucha por la continuidad de la identidad, dando como resultado las constantes discusiones.

En este aspecto, Felipe cumple con desinteresarse de su enfermedad, tal como ha sido promovido por la postura optimista de su madre, en parte por afirmarse en la fe de su mejora, y en parte por mantener una posición de diferencia con el padre. Sin embargo, y dadas las recomendaciones del equipo médico, ninguno de los dos sabe bien cómo hablar con Felipe de los autocuidados que requiere su enfermedad: la madre por el mantenimiento de su discurso de optimismo y el padre por la ilegitimidad de su palabra.

En una sesión junto a Felipe y su madre, ella le solicita abrir el silencio:

M: *"Me gustaría que te explayaras conmigo, que me dijeras con tus palabras qué te pasa, lo que sientes, lo que crees sobre la enfermedad. ¿Por qué es tan difícil para ti hablar conmigo?"*.

F: *"Es que me recuerdas todos los días que tengo que cuidarme"*.

M: *"Me gustaría que tuvieras confianza conmigo y me hablaras. Como cuando me hablas tanto de alguna película que viste y me cuentas detalladamente de qué se trata... ahí encuentras las palabras para contarme todo"*.

F: *"Pero sabes que a mí no me gusta hablar del tema, ¿para qué me pides algo que no voy a hacer?"*.

Comentarios clínicos:

La expresión verbal de la madre sobre la necesidad de abrir la comunicación a aspectos emocionales de la enfermedad de su hijo es algo nuevo en esta familia, algo ajeno a su historia, algo no dicho. La aproximación hacia el territorio de lo no dicho supone acercarse a tocar ámbitos sagrados del discurso familiar –y personal–, los cuales han mantenido la trama narrativa y sostenido el valor de enfrentar la enfermedad, a costo de silenciar el miedo y el sufrimiento, llegando a invisibilizar su condición médica.

En una sesión individual junto a la madre de Felipe, nos preguntamos: *¿cómo poder hablar en esta familia acerca de lo que no ha podido ser hablado en todo este tiempo?* Luego de considerar las dificultades y los reiterados intentos fallidos de comunicación a través de la palabra hablada, los invitamos a buscar otra vía de expresión: dialogar a través de cartas (Penn y Frankfurt, 1994).

Se decide entonces llevar a cabo el ejercicio de comunicar a través de la escritura los pensamientos y sentimientos que rondan en la familia, y hacer emerger las otras voces que han sido silenciadas. La escritura de cartas aparece además como un posible espacio a través del cual Felipe y su padre puedan reconstruir su relación, al margen de los constantes conflictos.

Comentarios clínicos:

La propuesta de abrir el diálogo a través de cartas surge como una nueva posibilidad en la familia, lo que podría significar un punto de partida para poder comunicar lo no dicho, y a la vez ir reescribiendo una nueva narrativa respecto a la manera en que el sistema familiar se relacionará con la condición médica crónica. Al respecto, White y Epston (1993) señalan que las cartas animan a las personas a generar nuevos significados sobre aspectos propios y/o de sus relaciones que puedan percibir, pero que no se ajustan a las expectativas de la historia dominante. Es debido a esto que a través de la escritura de cartas las personas podrían participar activamente en la redescrición de sus vidas y de sus relaciones a través de la identificación de relatos alternativos.

De este modo, la intención es tocar con cuidado aspectos sagrados de la historia, los cuales se rigen a través de reglas propias que han sido construidas a medida que la narrativa familiar se ha ido escribiendo.

En las sesiones posteriores, a través de la escritura de cartas entre Felipe y su madre se hizo posible un nuevo modo de comunicación. En la primera carta escrita por la madre hacia su hijo se expresaron principalmente palabras de amor y confianza, las cuales reflejaban también sus preocupaciones respecto a Felipe y el convivir con la enfermedad crónica. La voz de la preocupación de la madre se posicionó de una manera más explícita y directa a través de la carta, la cual fue recibida de manera agradecida por su hijo.

Si bien en un comienzo Felipe se mostró reticente a llevar a cabo la actividad debido a su poco manejo con la escritura, decidió finalmente realizar un dibujo para su madre en el cual diseñó un gran corazón acompañado con palabras de cariño. La carta y la imagen representaron medios alternativos que favorecieron la capacidad expresiva de ambos.

Más adelante se invitó al padre al ejercicio de la escritura, lo cual favoreció la expresión y la escucha al margen de la constante discusión. En la carta del padre toman posición voces de amor y apoyo, muy similares a las escritas por la madre. Asimismo,

emergieron otras voces que expresaron preocupación por el futuro, sus propias expectativas al respecto y el recuerdo de una mejor relación entre ambos y la intención de volver a reconstruirla.

Comentarios clínicos:

La carta ocupa un rol importante en el ejercicio de comunicar, por medio de otro registro, lo que requiere ser hablado. En este caso, a través de la escritura se logró evidenciar un posicionamiento desde un ámbito emotivo por parte de los miembros de la familia, sobre todo por los padres de Felipe. Esto impulsó la aparición de otras voces que por algún u otro motivo habían sido silenciadas en la vida personal y familiar. Lo que se comunicó por medio de la carta favoreció un ejercicio dialógico entre los miembros de la familia, lo que impulsó la conversación desde un plano emocional.

Es interesante que cuando la madre cambia su posición desde una preocupación implícita y a veces olvidada sobre la enfermedad de Felipe a una disposición más directa y explícita sobre su condición médica y su autocuidado, se diluye la polaridad con el padre; en este aspecto, el estilo más evitador de conflictos de la madre que el padre ha estado reclamando a través de Felipe, pierde su intensidad. Por otro lado, en tanto el padre pasa del reclamo verbal a una expresión emocional de su preocupación hacia Felipe, logra salir de su posición sancionadora – o, "realista", como él menciona– y lo acerca de un modo más afectivo a su hijo.

¿Cuántos otros reclamos de evitación y de sanción habrán existido en la historia de estos padres? A través de la necesidad de hablar sobre la enfermedad crónica de su hijo es probable que también se revivan otros desencuentros, y es probable que eso sea parte del silenciamiento que Felipe aprendió a tener en relación a su condición médica.

En este aspecto, la reticencia inicial de Felipe para aceptar la invitación a escribirnos muestra que la historia toma su tiempo en reescribirse: ¿será éste el momento adecuado para expresarse de manera más abierta con sus padres sobre sus preocupaciones? En este sentido, el cambio de actitud de los padres es también un desafío para su hijo, quien ahora es demandado a expresar sus preocupaciones, lo cual no fue promovido anteriormente. Sin embargo, su propuesta de cambiar la escritura por

el dibujo nos muestra un camino creativo para comenzar a relacionarse y pensar sobre sus estados afectivos.

Si bien la escritura de cartas favoreció el diálogo y la expresión de emociones entre los miembros de la familia, esta actividad puede concebirse como un primer paso para abrir espacio a lo no dicho y así tocar con cuidado aspectos sagrados de la historia. El espacio psicoterapéutico puede ser pensado como un medio dinámico a través del cual –en conjunto con la familia– se rastreen nuevas posibilidades que aporten hacia una apertura en la comunicación familiar en medio de la enfermedad crónica, y en la manera en cómo éstas continúan escribiendo su propia historia.

Comentarios finales

A partir de nuestro trabajo con familias es de suma importancia el desarrollo de propuestas tanto teóricas como clínicas que nos ayuden a enfrentarnos a los diferentes escenarios y desafíos que dicha práctica conlleva. En este aspecto, si bien la temática del silencio en familias que comparten su vida con la enfermedad crónica ha sido estudiada por algunos autores (Imber-Black, 2014; Penn, 2001; Zhang y Siminoff, 2003), sigue constituyendo una problemática que nos desafía a pensar distintas perspectivas comprensivas y generar alternativas creativas para el trabajo clínico.

Por medio de los conceptos de *lo no dicho* y *lo sagrado* hemos intentado ofrecer una comprensión acerca de lo decible y lo silenciado en la historia familiar y personal. En este aspecto, toma presencia una inquietud ética: ¿será siempre favorable desocultar las otras voces que tocan territorios sagrados de la vida de las personas y/o de la historia familiar?, ¿cómo establecer el tiempo adecuado para dicha interpelación?, ¿cómo acompañar ese proceso considerando los tiempos emocionales de cada integrante de la familia? En este sentido, Bateson & Bateson (1994) nos recuerdan que en ciertas ocasiones la comunicación es indeseable porque altera la naturaleza de las ideas; de este modo, el silenciamiento en la enfermedad crónica en parte cuida, porque permite mantener una perspectiva de futuro y rescatar los recursos tanto de quien posee la enfermedad como de los seres significativos que participan en la escritura de la historia. Sin embargo, en otras ocasiones el silencio estanca la evolución, o el desarrollo mismo de la historia desafía a abrir espacio a *lo no dicho*. Ese es el momento en que los terapeutas

–con Bateson y Bateson (1994)– nos aventuramos a ingresar a terrenos donde *hasta los ángeles temerían pisar*.

A través de la revisión de la historia de Felipe y sus padres hemos intentado ilustrar la compleja trama que protege lo sensible en la historia de una enfermedad crónica, y de qué manera el traer al registro de lo decible aquello que duele o amenaza constituye una práctica clínica delicada aunque necesaria en algunos momentos de la historia de las personas. Desarrollar estrategias creativas, como la escritura o el uso de imágenes, constituyen interesantes alternativas para ayudar a nuestros consultantes a nombrar o mostrar lo que ha sido excluido.

Finalmente, agradecer a Felipe y sus padres por confiar en nosotros y enseñarnos a valorar una historia con conflictos, cariños, distancias, afectos y silencios. Una historia humana.

Referencias

- Abdalla, L. H., & Novis, A. L. (2014). Uh Oh! I have Received an Unexpected Visitor: The Visitor's Name is Chronic Disease. A Brazilian family Therapy Approach. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(1), 100-104.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process*, 27(4), 371-393.
- Årestedt, L., Benzein, E., & Persson, C. (2015). Families living with chronic illness: beliefs about illness, family, and health care. *Journal of family nursing*, 21(2), 206-231.
- Årestedt, L., Persson, C., & Benzein, E. (2014). Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 29-37.
- Bateson, G. & Bateson, M.C. (1994). *El temor de los ángeles: epistemología de lo sagrado*. Barcelona: Gedisa.
- Bertrando, P. (2000). Text and context: narrative, postmodernism and cybernetics. *Journal of Family Therapy*, 22(1), 83-103.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Boston, P. (2000). Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(6), 450-457.
- Carey, M., Walther, S., & Russell, S. (2009). The absent but implicit: A map to support therapeutic enquiry. *Family Process*, 48(3), 319-331.
- Carter, R. G. (2006). Of things said and unsaid: power, archival silences, and power in silence. *Archivaria*, 61, 215-233.
- Charmaz, K. (2002). Stories and silences: Disclosures and self in chronic illness. *Qualitative Inquiry*, 8(3), 302-328.
- Crespo, C., Santos, S., Canavarro, M. C., Kielpikowski, M., Pryor, J., & Féres-Carneiro, T. (2013). Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review. *International Journal of Psychology*, 48(5), 729-746.
- Derrida, J. (1989). *La Escritura y la Diferencia*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Distelberg, B., Williams-Reade, J., Tapanes, D., Montgomery, S., & Pandit, M. (2014). Evaluation of a family systems intervention for managing pediatric chronic illness: Mastering Each New Direction (MEND). *Family process*, 53(2), 194-213.
- Dowrick, C., Dixon-Woods, M., Holman, H., & Weinman, J. (2005). What is chronic illness? *Chronic Illness*, 1(1), 1-6.
- Ferro, M. A., & Boyle, M. H. (2015). The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *Journal of abnormal child psychology*, 43(1), 177-187.
- Fiese, B. H., & Sameroff, A. J. (1999). I. The family narrative consortium: A multidimensional approach to narratives. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(2), 1-36.
- Fiese, B. H., & Wamboldt, F. S. (2003). Coherent accounts of coping with a chronic illness: Convergences and divergences in family measurement using a narrative analysis. *Family Process*, 42(4), 439-451.
- Fisher, L., & Weihs, K. L. (2000). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease?. *Journal of Family Practice*, 49(6), 561-561.

- Flaskas, C., & Humphreys, C. (1993). Theorizing about power: Intersecting the ideas of Foucault with the "problem" of power in family therapy. *Family Process*, 32(1), 35-47.
- Gabriel, R., Figueiredo, D., Jácome, C., Cruz, J., & Marques, A. (2014). Day-to-day living with severe chronic obstructive pulmonary disease: towards a family-based approach to the illness impacts. *Psychology & Health*, 29(8), 967-983.
- Hoffman, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second order" family systems therapy. *Family systems medicine*, 3(4), 381-396.
- Imber-Black, E. (2014). Will talking about it make it worse? Facilitating family conversations in the context of chronic and life-shortening illness. *Journal of Family Nursing*, 20(2), 151-163.
- Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Sistemas familiares* 10(1), 9-27.
- Larner, G. (1995). The real as illusion: Deconstructing power in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 17(2), 191-217.
- Lewis, M., & Vitulano, L. A. (2003). Biopsychosocial issues and risk factors in the family when the child has a chronic illness. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 12(3), 389-399.
- Markle, G. L., Attell, B. K., & Treiber, L. A. (2015). Dual, yet dueling illnesses: Multiple chronic illness experience at midlife. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1271-1282.
- Martire, L., & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 90-94.
- Penn, P. (2001). Chronic illness: Trauma, language, and writing: Breaking the silence. *Family process*, 40(1), 33-52.
- Penn, P., & Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family process*, 33(3), 217-231.

- Popp, J. M., Robinson, J. L., Britner, P. A., & Blank, T. O. (2014). Parent adaptation and family functioning in relation to narratives of children with chronic illness. *Journal of pediatric nursing, 29*(1), 58-64.
- Reyes, A., Garrido, A., Torres, L. & Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Revista de Psicología y Salud, 20*(1), 111-117.
- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy: some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation. *Family process, 44*(4), 477-495.
- Röing, M., & Sanner, M. (2015). A meta-ethnographic synthesis on phenomenographic studies of patients' experiences of chronic illness. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 10*(1), 26279.
- Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, J. D. (2012). The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *Journal of behavioral medicine, 35*(2), 221-239.
- Santos, S., Crespo, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2012). Quality of life and adjustment in youths with asthma: The contributions of family rituals and the family environment. *Family Process, 51*(4), 557-569.
- Seikkula, J., Laitila, A., & Rober, P. (2012). Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(4), 667-687.
- Shapiro, E. R. (2002). Chronic illness as a family process: A social-developmental approach to promoting resilience. *Journal of clinical psychology, 58*(11), 1375-1384.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems, & Health, 16*(1-2), 55-70.
- White, M. (2000). Re-engaging with history: The absent but implicit. En M. White (Ed.), *Reflections on narrative practice* (pp. 35–58). Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Winslade, J. (2009). Tracing lines of flight: Implications of the work of Gilles Deleuze for narrative practice. *Family Process*, 48(3), 332-346.

Zhang, A. Y. & Siminoff, L. A. (2003). Silence and cancer: why do families and patients fail to communicate?. *Health communication*, 15(4), 415-429.

Anexo: Formato para la publicación

Revista de Familias y Terapias

Bases para publicación de artículos

La revista De Familias y Terapias es una publicación semestral, abierta a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento sobre la familia, desde la perspectiva teórica, clínica, educacional y social. Los trabajos enviados deberán atenerse a las siguientes condiciones:

Presentación

Los artículos deben ser originales y no haber sido publicados ante ninguna revista nacional ni internacional.

Cada trabajo no deberá exceder de 30 páginas, o 6.000 palabras, incluyendo la página de título, el resumen, el texto, las referencias, tablas y figuras.

Las páginas deberán estar escritas a espacios de 1.5 y por una sola cara.

En vez de subrayar use la fuente cursiva.

Envíe el original y dos copias, más un disco de computador preparado en MS Word.

Todos los informes de casos deberán proteger la confidencialidad del paciente.

Entrega

El trabajo deberá ser remitido a Sergio Bernales, Director de De Familias y Terapias a Av. Alcalde Fernando Castillo Velasco 6925 (ex-Larraín) La Reina, Santiago, Santiago de Chile.

Correo electrónico: revista@ichtf.cl

Título/Página de presentación

Incluya: Título, (el título debe estar en español e inglés) nota del autor, nombre del autor y afiliación institucional.

Se deberá indicar nombres completos de los autores, en orden según su contribución, indicando primero al autor guía.

Los nombres de los autores no deberán ser incluidos en ninguna de las páginas siguientes.

Resumen

Deberá tener un máximo de 150 palabras para informes de estudios empíricos; 120 palabras para reseñas ó artículos teóricos.

El Resumen debe estar escrito en español y en inglés.

Palabras Claves

Se deben señalar al menos 5 palabras claves (castellano e inglés) que sirvan como descriptores de la publicación.

Encabezados

La revista usa un formato de dos columnas, por lo tanto los encabezados deben ser cortos.

En general se usan tres niveles de encabezados dentro del texto. A continuación los ejemplos:

Formato de encabezado principal: Encabezado Centrado en Mayúsculas y Minúsculas.

Formato de sub-encabezado principal: Encabezado Lateral, Alineado a la Izquierda, en Cursiva, en Mayúsculas y Minúsculas.

Formato de sub-encabezado menor: Con sangría, en cursiva, encabezado de párrafo en minúsculas, terminando con un punto.

Tablas

Limite el uso de tablas a datos que tengan correlación específica con el contenido del artículo, o para comunicar grandes cantidades de datos de manera eficiente. Entregue una hoja separada para cada tabla; entregue un título para cada tabla; cite la tabla dentro del texto e indique su ubicación.

Figuras

Se deberán proporcionar impresiones con brillo de alto contraste o copias listas de cámara. Digite el título, pie de impresión y notas a doble espacio en una hoja separada. Cite la figura dentro del texto e indique su ubicación.

Notas al pie

La aparición de una nota al pie deberá estar indicada por un número superior (súper índice) en el lugar apropiado dentro del texto. La lista numerada de notas al pie, digitada a doble espacio, deberá aparecer después de la lista de referencia.

Referencias en el Texto

Cite el autor y la fecha de los trabajos usados. La primera cita puede incluir hasta cuatro autores; en citas siguientes de 3-4 autores, indique el apellido del primer autor, luego et al. y la fecha de publicación, por ejemplo Jones et al. (1994). Múltiples citas deberán listarse en orden alfabético.

Bibliografía

Estas deberán calzar con el trabajo citado en el texto y vice-versa. Liste los autores en orden alfabético. A continuación ejemplos breves; por favor note el estilo de sangría. Para obtener instrucciones completas, vea el APA Publication Manual, (5ª ed., pp. 215–281).

Artículo de revista

Escriba en forma completa los títulos de artículos de revistas. Ejemplo: Sulzki, C & Greaser, D (2004). "Acerca de la violencia: Un credo para terapeutas" *Sistemas Familiares* 20 (1-2), 17-23.

Capítulo en un libro editado

Requiere los nombres del autor y editor, así como las páginas de capítulo. Ejemplo: Erazo, R & Larach, V (2000). Psiquiatría de Enlace el interconsulta en el Hospital general. En Heerlein (Ed) Psiquiatría Clínica (pp. 699-710). Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile.

Libro completo

Ejemplo:

Schön, D (1992). La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Temas de Educación, Paidós.

Reseñas de libros

Los libros así como comentarios de artículos de publicaciones profesionales en el área, deberán ser enviados a Sergio Bernales, Director de De Familias y Terapias, Avda. Larraín 6925, La Reina, Santiago de Chile. Correo electrónico: revista@ichtf.cl

La Revista de Familias y Terapias pone a la venta online a través del portal del Instituto Chileno de Terapia Familiar algunos de los artículos publicados en cada número. Dichos artículos son seleccionados por el editor de la Revista. Si su artículo es publicado podría ser puesto a la venta online. Por tanto, presentar artículos implica la aceptación de que éste pudiera ser puesto a la venta online si la edición de la revista así lo determina.

La revista se reserva el derecho a publicar o no publicar el trabajo, así como a corregir el texto si lo estima necesario. La evaluación del Comité Editorial será comunicada al autor.