

Clásicos



Diálogos: Gerald Zuk Dialogues: Gerald Zuk

Comentario: Roberto Pereira Tercero

Una iniciativa excelente la de Alfredo Canevaro y la revista *Redes Digital* de recuperar estos diálogos con pioneros de la *Terapia Familiar* (en adelante, TF), que se publicaron en la también pionera revista de ese nombre que fundó Alfredo Canevaro en marzo de 1978 y que editó 21 números hasta finales de 1991. Durante esos intensos 14 años, Terapia Familiar publicó artículos de muchos de los pioneros de la TF, además de dar voz, por primera vez en la gran mayoría de los casos, a terapeutas familiares de habla hispana. Ahora, esta sección de *Clásicos* recoge las entrevistas que hizo su director y fundador a varios de esos pioneros, todos grandes terapeutas, prestigiosos autores muy conocidos en su momento, aunque algunos de ellos se quedaron olvidados en los libros que relatan la historia de la TF, sin que su obra haya trascendido más allá de la época en que desarrollaron su trabajo. Uno de ellos es Gerald Zuk que, por cierto, fue uno de los autores que publicó en el N° 1° de Terapia Familiar.

Gerald Zuk, nacido en 1929, se incorporó al campo de la Terapia Familiar a finales de la década de los 50 del pasado siglo. Tras graduarse en psicología en la universidad de Chicago en 1955, comenzó a trabajar con discapacidad mental, área en la que tomó contacto con el nuevo modelo de psicoterapia que se estaba desarrollando en Estados Unidos, a raíz de su interés por las relaciones familiares y sus pacientes. Pero su principal y notorio trabajo se desarrolló a partir de 1961, año en el que se incorporó a uno de los centros más importantes en el desarrollo de la Terapia Familiar en sus primeras décadas, el *Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute* de Filadelfia, donde coincidió con David Rubinstein, protagonista del anterior diálogo publicado en el n° 40, con James Framo y con Ivan Boszormenyi-Nagy.

Recordemos que, en la misma época y en la misma ciudad, trabajaron en el *Child Guidance Clinic Minuchin*, Haley y Montalvo, con lo que durante unos años Filadelfia disputó a Nueva York y a Palo Alto la bandera de “centro” de la TF. Allí organizó Gerald Zuk el primer *Congreso estadounidense de profesionales de la TF* en 1964, y fundó la revista *International Journal of Family Therapy* en 1979, que sigue publicándose en la actualidad con el nombre de *Contemporary Family Therapy*. Así mismo Zuk formó parte del primer consejo editorial de Family Process, en el que figuraban la flor y nata de los fundadores de la TF.

Todo esto nos muestra que fue una figura relevante, pero ¿quién se acuerda ahora de Gerald H. Zuk?

Hace muchos años que en mi biblioteca tengo un libro de Zuk que publicó Fondo de Cultura Económica en México en 1982, tras su publicación original en 1971, y revisada (de la que hace la traducción FCE) en Nueva York en 1981. El libro titulado *Psicoterapia familiar, un enfoque triádico* recoge una serie de artículos publicados en diversas revistas en la segunda mitad de los 60 y en la década de los 70, en los que describe su modelo de intervención con familias. Es interesante señalar que el “enfoque triádico” se refiere a la inclusión de tres miembros de la familia en las sesiones, referido como un avance al modelo de TF aún imperante por ejemplo en el EPPI que, proveniente del psicoanálisis -como la práctica totalidad del “*establishment*” psiquiátrico estadounidense- había dado el paso a la diada (especialmente madre-hijo), pero aún no había avanzado para incluir al tercero -usualmente el padre-

Curiosamente, en el citado libro dedica unas páginas a “las tres crisis de la Terapia Familiar”, lo que le pareció muy chocante al que entonces era un reciente terapeuta familiar (lo debí leer hacia 1985-86): “vaya, tan corta historia y tantas crisis ya”, pensé. Pero justamente de eso se habla en buena parte de la interesante entrevista que le hace Alfredo Canevaro (imagino que en la gira que hizo

para conocer los avances en el desarrollo de la TF junto a sus colegas de la clínica donde trabajaban en Buenos Aires), de cómo la TF se iba adaptando a los grandes cambios que se estaban produciendo en el campo de la Salud Mental.

La primera crisis la sitúa Zuk a final de la década de los 50, durante la que la TF creó unas enormes expectativas sobre el tratamiento de la esquizofrenia, expectativas que como sabemos no se cumplieron, aunque los trabajos desarrollados por sus pioneros supusieron un gran avance en el conocimiento de ese trastorno. Por cierto, me llama la atención, en respuesta a una de las preguntas de Alfredo, su visión tan actual de la complejidad del origen de la esquizofrenia, tantos años antes de que se aceptara la confluencia de lo biológico y lo ambiental en su génesis.

Ciertamente, fue una crisis importante y recurrente. Podemos decir que, en buena parte, la esquizofrenia creó la TF, se desarrolló en la Costa Este y Oeste de EEUU buscando un tratamiento para el trastorno que llenaba los hospitales psiquiátricos. Zuk explica en la entrevista esta hipótesis, y describe el desencanto que supuso, no sólo el incumplimiento de las expectativas creadas, sino también el hecho de que el tratamiento que permitió la reducción de la población psiquiátrica y el nacimiento de la psiquiatría comunitaria fueron los fármacos antipsicóticos. Pero la TF se adaptó bien y rápido a esa situación, partiendo en busca de nuevos campos de intervención, que encontró precisamente en la atención comunitaria. Con su desarrollo y la creación de los Centros de Salud Mental al atención psiquiátrica y psicológica se orientó hacia lo social, hacia la comunidad. Y ahí había mucha tarea. Zuk la señala en la entrevista: problemas de pareja, adolescencia, abuso de tóxicos, y todo el campo de las familias multiproblemáticas y desestructuradas, que se abrió entonces y aún no se ha cerrado.

Cuenta Zuk las dificultades con se encontraron en esos comienzos para atender a esas familias, que, al parecer, no estaban tan motivadas para acudir a una terapia, al menos no de la manera de las clases medias con formación universitaria, que era la principal clientela a la que estaban acostumbrados los psicoterapeutas en su país.

La tercera crisis que señala, la de la década de los 70, es más interesante. Zuk teme que la TF pueda morir de éxito. Cree que la rápida difusión que la TF está viviendo por entonces puede ir en detrimento de una buena base teórica y una suficiente evaluación de sus resultados. Dice concretamente:

Estamos rezagados en evaluaciones profundas de las teorías prominentes existentes. Esto es la más seria deficiencia, porque hay demasiadas teorías y demasiadas técnicas, que gozan de popularidad y no han sido vigorosamente chequeadas... la necesidad más apremiante es la de aplicar standards precisos de evaluación.

No podemos estar más de acuerdo con esa carencia, porque la TF siguió creciendo muchísimo, centrándose más en las técnicas que en preocuparse una buena base teórica o una sólida evaluación de resultados: ambas cosas son de rabiosa actualidad. E inmediatamente después añade algo que creo explica en parte por qué un pionero como él, que jugó un papel destacado en su época, ha quedado en el olvido:

Hay cierto peligro también en la proliferación de los institutos y asociaciones de entrenamiento en TF, los cuales están creciendo rápidamente ahora, ya que eso tiende a distraer la atención de la necesidad apremiante de una mayor y más adecuada evaluación e investigación. Los centros de entrenamiento, en general, no hacen investigación ni evaluación.

No olvidemos que estamos en la “década de la expansión” de la TF en EEUU y en algunos países europeos, las escuelas de TF proliferan y compiten por vender su producto, los alumnos acuden en tropel, los centros famosos multiplican sus sedes, y sus profesores más representativos inician las giras docentes que adquirirán en pocos años una dimensión mundial y un éxito extraordinario. Los congresos se multiplican, al igual que las publicaciones, aparecen nuevas revistas, muchísimos

libros, y las asociaciones de TF crecen como la espuma.

Las críticas de Zuk no debieron ser muy bienvenidas: el clásico aguafiestas.

Zuk no se une a ninguna “escuela”. Ni a la de Boszormenyi-Nagy, colega en el EPPI, ni a la de los vecinos Minuchin o Haley. A pesar de que diversos autores le califican de “terapeuta estratégico”, siempre rechazó ser etiquetado. Esto no facilitó que sus propuestas, algunas de ellas interesantes, fueran divulgadas. Propuso un proceso terapéutico de “mediación” o “intermediación” (según traducciones), que merece un repaso. No se refiere a lo que conocemos ahora comúnmente como “mediación”, sino a un modelo terapéutico del trabajo con familias (aunque en realidad parece más útil su utilización con parejas) para llegar a acuerdos partiendo de puntos de vista diferentes. También propone “trabajar con las intenciones positivas y los valores positivos y constructivos”: un adelantado a su tiempo.

Pero su principal propuesta teórica, “el enfoque triádico”, quedó muy pronto superado. Lo que planteaba como una novedad pasó a ser algo común, con múltiples propuestas diferentes de las distintas escuelas, que condenaron las suyas al olvido. Y ahí se quedó nuestro autor. En 1980 abandonó el EPPI para trabajar en la Universidad de Tulane, en Nueva Orleans, que dejó en 1985 para dedicarse a la práctica privada de la psicoterapia hasta su jubilación.

Diálogos: Gerald Zuk¹

Entrevistador: Dr. Alfredo Canevaro²

Entrevistado: Dr. Gerald Zuk

A continuación incluimos una entrevista conducida por el Dr. Alfredo Canevaro con el Dr. Gerald Zuk, el 05 de julio de 1978, en la ciudad de Filadelfia (USA) sobre Terapia Familiar: su pasado, presente y futuro.

AC: ¿Qué piensa usted con respecto al campo de la terapia familiar?

GZ: En los Estados Unidos de Norte América, nosotros hemos atravesado diversas fases; tres pienso yo. El campo tiene sólo 25 años. Yo diría que está en su adolescencia. En la década del 50 hubo una concentración en trabajar con esquizofrénicos. Pienso que estaba estrechamente relacionada en el tiempo con el trabajo comenzado en la década del 40 con esquizofrénicos en psicoterapia individual, por ejemplo, el hermoso trabajo de Harry Stack Sullivan. La promesa de terapia familiar en la década del 50 fue, que pudo identificar y tratar la familia esquizofrenizante; pero la promesa no fue cumplida pesar de los marcados conocimientos y algunos éxitos terapéuticos. Personalmente, yo nunca fui entusiasta con respecto a la noción de la familia esquizofrenizante, la cual era una unidad específica de familia que, por presión socio-psicológica podría producir un chico, quien probablemente se volvería esquizofrénico. Yo pensé que más que esto era necesaria la concurrencia de la interacción de muchos hechos –comprendiendo constitución, fisiología, traumas accidentales, más la tensión socio-psicológica. Hubo algunos estudios destacados innovadores en el intento de la década del 50 de probar la existencia de la familia esquizofrenizante; como por ejemplo, aquellos del grupo de Yale de Lidz y Fleck por Bowen y posteriormente Wynne en el Instituto Nacional de Salud Mental, cerca de Washington DC, y el Grupo de Palo Alto en California encabezado por Don Jackson. El grupo de Palo Alto fue responsable de lo que –en mi opinión- fue el concepto más significativo de los años 50: el doble vínculo. Comprensiblemente, pero erróneamente, el Grupo de Palo Alto creyó que el doble vínculo era una completa explicación de la esquizofrenia. Por supuesto no fue así, pero de todas maneras fue una excelente contribución. La gran diferencia en esquizofrenia, fue la introducción de psicotrópicos efectivos en la década del 50. En otras palabras, el mayor avan-

1 Diálogo del Dr. Alfredo Canevaro con el Dr. Gerald Zuk. Publicado originalmente en *Terapia Familiar*, 3 (Buenos Aires, Argentina, Ed. ACE L.R.L., 1979).

2 Escuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”. a.canevaro@liberto.it

ce fue en drogas más que en tecnología psicoterapéutica. Las drogas produjeron un mayor cambio de actitud hacia los esquizofrénicos tanto en las profesionales de la salud mental como en el público en general. Las tendencias hacia la des-institucionalización, la salida de pacientes de los hospitales psiquiátricos y la reducción de la necesidad de hospitalización, ha sido una de los cambios profundos en la salud mental de los EE.UU en la última década y media. Las drogas han hecho posible el manejo de muchos individuos perturbados sin concurrencia al hospital.

AC: Ustedes tienen ahora un gran problema con los llamados *ghettos* de psicóticos...

GZ: Sí, ha habido un clamor de algunas comunidades donde los pacientes hospitalizados fueron dados de alta a lo mejor prematuramente o sin servicios de apoyo para comprenderlos desde los períodos iniciales.

AC: ¿Piensa usted que los familiares de estos pacientes no estaban preparados o a lo mejor ellos no tienen familias que los reciban?

GZ: Ambas cosas. Había falta de preparación de las familias a las cuales los pacientes iban a volver. Los pacientes sin familias accesibles eran trasladados a pensiones rápidamente. Esto fue fatalmente lo que produjo un alto porcentaje de reincidencia: los pacientes regresaron y fueron devueltos a la institución. Recientemente, en un estado, California, yo tengo entendido que hay un movimiento de funcionarios para restablecer algunas de las facilidades del hospital de salud mental estatal. California fue el líder de la desinstitucionalización, pero descubrió que había que aflojar el paso.

AC: ¿Usted piensa que los hospitales de salud mental están bien preparados para trabajar con familias?

GZ: El hospital estatal no es particularmente un buen ambiente porque el sistema hospitalario (incluyendo el emplazamiento), no es conducente a la participación de la familia. La receptividad de familias de parte del *staff* del hospital de salud mental, no es alta. La mejor manera para las familias de ser involucradas, es en la comunidad.

AC: ¿En el centro comunitario de salud mental?

GZ: Sí, pero no justamente en el centro comunitario de salud mental. Nosotros deberíamos tener otra clase de facilidades accesibles a las familias, también otra clase de trabajo social, las cuales brindan servicios familiares, y muchos de los llamados centros de crisis (un mayor desarrollo en los servicios de salud mental en USA en la década pasada) brindan importantes servicios familiares. El sistema del hospital estatal, pero la estructura (física y administrativa) será diferente.

Yo pienso que las plantas enormes y físicamente impersonales desaparecerán para ser reemplazadas por unidades más pequeñas, interconectadas, algo así como nuestros complejos suburbanos.

AC: ¿Estructuras multifamiliares?

GZ: Sí. En estos suburbios las casas de departamentos son generalmente de dos o tres pisos y las unidades están interconectadas. Yo sospecho que los hospitales psiquiátricos estatales en el futuro serán semejantes y no de 20 pisos como ahora.

AC: Usted sabe que nuestra clínica en Buenos Aires funciona como una estructura multifamiliar y los resultados son muy buenos.

GZ: La arquitectura afecta a la gente, a lo mejor más de lo que ellos creen. Toma tiempo recuperarse de la inmediata reacción de impersonalidad que la gente experimenta al encontrarse en la mayoría de los edificios públicos.

GZ: ¿Piensa usted que este hospital del futuro será capaz de hacerse cargo del grupo familiar?

GZ: Sí; pero volvamos al problema de la historia de la terapia familiar, del cual nos hemos desviado. Yo mencioné que en la década del 50 el énfasis fue la esquizofrenia. A principio y a mediados de la década del 60, nosotros tuvimos el desarrollo del concepto de comunidad de salud mental, y la terapia familiar se adaptó fácilmente a este concepto. El *staff* de los centros tuvo que ocuparse de problemas no típicamente asociados con la destreza psiquiátrica. Los problemas maritales, por ejemplo, y la fuga de adolescentes, así como los chicos que trabajan poco en el colegio; y la juventud y los adultos que abusan del alcohol y otras drogas. Muchos de estos casos desafían a la nomenclatu-

ra tradicional para las enfermedades psiquiátricas. Estos casos fueron observados por terapeutas de familia, quienes también empezaron a admitir mayor experiencia, con un campo mucho más amplio de tipos familiares. Yo quiero significar que nosotros empezamos a ver familias de diversos orígenes étnicos (en ESA, por supuesto, hay un enorme campo), y todas las formas religiosas, los factores socioculturales que afectan profundamente el curso y el resultado de la terapia familiar.

AC: ¿Usted quiere decir que la terapia familiar se abre a la comunidad?

GZ: ¡La comunidad entera, sí! Nosotros tuvimos que aprender a comprometer familias recalcitrantes, porque encontramos que había un alto porcentaje de abandonos prematuros de tratamiento. Algunas veces, esto se debía a la técnica terapéutica deficiente, pero también a que muchas familias dan pocas oportunidades para facilitar un compromiso emocional profundo con el terapeuta.

AC: ¿Menos que con las familias psicóticas hospitalizadas?

GZ: Sí. Con un miembro psiquiátrico en el hospital, el terapeuta tenía una especial ventaja para fortalecer la cooperación familiar. Con el “paciente identificado” ambulatorio, no había tal control. Nosotros tuvimos que desarrollar formas de comprometer familias, y mucho de mi trabajo hasta hace tres o cuatro años, se concentró en cómo conseguir que las familias vuelvan al consultorio cuando tienen poco interés en sentarse y hablar durante una hora. Yo me sentí mal al principio, pensando que tal vez por mi culpa yo estaba perdiendo un gran número de familias de pacientes externos, y que realmente mi torpeza era un factor. Pero más tarde comprendí que una parte muy significativa del problema pertenece a la estructura familiar. Más precisamente, el problema tiene que ver con los valores familiares. Algunas familias tienen por ejemplo, poca confianza en el valor de la charla. Sentarse y hablar con alguien completamente hábil en el lenguaje durante una hora, es una exigencia difícil. Nosotros tenemos que desarrollar mejores métodos para manejar familias que no están articuladas. E incidentalmente, no todas esas familias provienen de la clase baja; hay familias de la clase media que no son muy articuladas, aunque de manera distinta.

AC: ¿Utiliza usted otras técnicas que descansen menos en el lenguaje?

GZ: Bien; yo pienso que puedo, pero no de la misma manera que otros colegas. Por ejemplo, yo no uso psicodrama o baile o música, aunque esto tiene un lugar en terapia familiar como en otras terapias. Personalmente me sentiría incómodo aunque pienso que yo uso mucho más la *comunicación no verbal* para influenciar familias. Lo que nosotros aprendimos en la década del 60 es que la terapia familiar para la mayoría de nuestras familias, es básicamente un método a corto plazo. Corto plazo significaría que la mayoría de las familias terminarían después de seis meses o menos de encuentros semanales. La terapia a corto plazo ha probado ser exitosa, especialmente con familias pobres, pero también muchas familias de clase media la toleran muy bien y obtienen beneficios de ella. La década del 60 mostró también la importancia de la intervención de la crisis. Los defensores del trabajo a largo plazo sufrieron un revés en esta década, aunque ellos continuaron haciendo interesantes contribuciones en el campo de la teoría con casos seleccionados. El cambio de personalidad no es un objetivo para la mayoría de los terapeutas de familia que trabajan hoy. Nosotros aceptamos objetivos más modestos, tales como: perfeccionamiento del funcionamiento, deducción de los síntomas, disminución de la tensión. Por supuesto, a nosotros nos complace cuando un miembro adquiere conocimiento y lo usa constructivamente. En cuanto a lo que a la década del 70 le concierne, yo veo aparecer un nuevo problema y pienso que esto tiene que ver con el éxito de esta disciplina. Lo que pasó en los últimos años es que un gran número de profesionales de la salud mental y paraprofesionales están interesados en adquirir competencia en terapia familiar.

AC: Tengo entendido que hay alrededor de cuarenta mil en USA.

GZ: Yo no sé el número exacto. Eso debería ser una aproximación del número seriamente interesado en el campo, eso es, siguiendo seriamente la literatura y persiguiendo algún nivel de instrucción. Yo diría que el número de ellos completamente preparados para la práctica independiente es substancialmente menor, pero igual serían unos cuantos.

AC: ¿Varios miles?

GZ: Varios miles, a lo mejor unos cinco. Ahora nosotros tenemos conferencias a cada momento del año en USA y en el extranjero, y mesas de trabajo. Los primeros textos están apareciendo en el campo (no completamente satisfactorios porque nosotros somos todavía jóvenes para un mejor tipo de texto). Estamos rezagados en evaluaciones profundas de las teorías prominentes existentes. Esto es la más seria deficiencia, porque hay demasiadas teorías y demasiadas técnicas, que gozan de popularidad pero no han sido vigorosamente chequeadas. Y es por eso que la persona joven que ingresa en el campo, tiende a estar un poco confundido. La necesidad más apremiante es la de aplicar *standards* precisos de evaluación. Hay cierto peligro también en la proliferación de los instintos y asociaciones de entrenamiento en terapia familiar, los cuales están creciendo rápidamente ahora, ya que eso tiende a distraer la atención de la necesidad apremiante de una mayor y más adecuada evaluación e investigación. Los centros de entrenamiento, en general, no hacen investigación ni evaluación. Sobre aquellos individuos que han hecho los más grandes aportes en este campo, hay una responsabilidad especial para evaluar tan objetivamente como sea posible sus criterios, pero ha habido un desgano para hacer esto exhaustivamente. Tal vez esto es natural. Yo no estoy en contra de la producción de terapeutas de familia en gran cantidad, pero sí estoy en contra de la desproporción con los que están interesados en ensayar hipótesis, teorías, conceptos y técnicas. Si mis colegas terapeutas de grupo de USA me perdonaran, yo les diría que espero que la terapia familiar pueda evitar el dilema del grupo terapéutico debido, en mi opinión, principalmente a la rápida producción de terapeutas de grupo sin un crecimiento concomitante en la teoría, técnica, investigación y evaluación.

Nosotros debemos hacer lo posible por conservar un balance creativo entre las dos fuerzas: el desarrollo de los practicantes competentes, y el desarrollo y comprobación de la teoría y método. Esa es la razón por la cual yo estoy encantado con su nueva revista en Argentina y en el desarrollo de nuevas publicaciones en USA, tales como mi *International Journal of Family Therapy*.

AC: Es una ardua tarea.

GZ: Así es; todos nosotros sabemos lo arduo que es. Pero es algo absolutamente necesario: la expansión de publicaciones que alienten la teoría, la investigación y la evaluación de métodos.

GZ: Yo lo acepto como una realidad en USA. La Terapia familiar es practicada por profesionales de todas las disciplinas de salud mental, pero nosotros también tenemos un gran número de terapeutas muy capaces no entrenados originalmente en salud mental, tales como clérigos y un número substancial de los llamados para-profesionales, algunos de los cuales no deben, incluso, haber ido al colegio secundario ni a la Universidad, pero obviamente tienen buenas aptitudes para el trabajo, que están sumamente motivados y aprenden rápidamente con una supervisión competente motivados y aprenden rápidamente con una supervisión competente en las facilidades de la salud mental.

AC: ¿Usted piensa que estamos asistiendo a una nueva revolución en el mundo psiquiátrico?

GZ: La terapia familiar ha contribuido a una nueva forma de pensamiento sobre la causalidad en las enfermedades psiquiátricas, y es un acercamiento innovador en el tratamiento de problemas que son o deben ser específicamente psiquiátricos. No es revolucionaria en el sentido que quiera destruir la institución de la familia simplemente porque la interacción familiar es a menudo una contribución directa a la enfermedad psiquiátrica, no es anti-familia o anti-psiquiatría. La mayoría de los terapeutas de familia que yo conozco están a favor de la continuación de las familias, matrimonios y así sucesivamente, a pesar del hecho que ellos deben lidiar con familias y matrimonios caóticos y desorganizados. Nuestra orientación general, yo pienso, es la de preservar la familia. Debe haber unos pocos que opinen de manera diferente. Yo diría que básicamente nosotros somos trabajadores relativamente conservadores, que creemos profundamente en la necesidad de la continuidad de la vida familiar. Yo no trato de imponer mis valores sobre las familias que veo, porque sé y reconozco que si tratara de hacerlo, a menudo sería rechazado. Yo realmente trato de trabajar con las intenciones positivas y los valores positivos y constructivos. Creo que para ser un terapeuta eficaz debo trabajar dentro de la estructura de valores de la familia y no tratar de imponer mi propia tendencia.

AC: ¿Qué es lo que ve usted para la terapia familiar en el futuro? ¿Cómo la compararía con la terapia individual?

GZ: Nosotros sabemos que es efectiva en un número substancial de casos. La mayoría de los terapeutas de familia creen que ella es una fuerza poderosa para usar, no justamente cuando la terapia individual ha fracasado o como un aditamento de ella (aunque puede ser usada así). Es un tratamiento de elección cuando la familia puede ser movilizada a participar con el llamado paciente identificado en un tratamiento continuado de fondo. Yo creo que esta clase de “cura” debería ser comparada favorablemente con las otras psicoterapias más conocidas; y digo esto, reconociendo la deficiencia de los estudios comparativos de evaluación.

AC: Muchas gracias, fue muy interesante.

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Julio 2020

www.redesdigital.com.mx

41

Redes se propone convertirse en La Revista Científica de acceso abierto más importante en el mundo hispano y latinoamericano, en el ámbito de la terapia familiar y el modelo relacional-sistémico, así como el narrativo y las intervenciones en familias, organizaciones, comunidades y redes.

Redes es el órgano de discusión y divulgación científicas de la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES), de cuyos objetivos y finalidades quiere hacerse continuo eco.

Se trata de seguir dotando a los colectivos profesionales interesados en el modelo relacional sistémico de un foro de expresión e intercambio de sus trabajos clínicos y de investigación, en nuestro idioma, y a la altura de las revistas internacionales más prestigiosas.



ESCUELA VASCO NAVARRA
DE TERAPIA FAMILIAR
■ USKADI ETA NAFARROAKO
FAMILI TERAPIA ESKOLA

