AUTORREFERENCIA Y CAMBIO EN LA TERAPIA SISTÉMICA: UNA MIRADA AUTOPOIÉTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Margarita María Giraldo Tabares[1] y Julio Abel Niño Rojas[2]

RESUMEN

La presente investigación / intervención se implementó en el Hospital Psiquiátrico en Filandia–Quindío, tomando un caso para observar los procesos autorreferenciales, el cambio y la autopoiesis de los sistemas, con una persona que se encuentra interna en una unidad de atención integral a conductas adictivas, al igual se interviene a los profesionales tratantes y la familia. Mediante la aplicación de un protocolo diseñado por los autores se da cuenta de la emergencia del cambio visto desde autores como Watzlawick, Marutana y Varela, Boscolo, Bateson, entre otros, del paradigma sistémico en la psicología clínica. En la intervención se responde a las preguntas ¿Qué tipo de cambios emergen en los sistemas consultantes en un proceso terapéutico autorreferencial con las intervenciones desde la autopoiesis en psicología clínica? y en la investigación ¿Cuál es el aporte de la articulación de la autorreferencia y el cambio en un contexto relacional de la terapia sistémica, explicado desde la autopoiesis? Como resultados, se identifica que los procesos autorreferenciales de los profesionales, la familia y el paciente identificado, configuran una red de conversaciones y articulan sus mitos y necesidades, en los cuales, la definición del cambio es definido como exitoso, siempre y cuando el síntoma desaparezca; desde esta investigación-intervención, el Hospital es un sistema abierto al articularse con las familias y las redes, configurando el contexto como una ecología autopoiética.

Palabras Clave. Terapia sistémica, autorreferencia, cambio, autopoiesis, psicología clínica.

---

[1] Estudiante de Maestría en Psicología Clínica Universidad de Manizales - Colombia mmgiraldo37914@umanizales.edu.co

[2] Asesor externo de la Universidad de Manizales. Director de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás de Bogotá Colombia. julioabelnino@contesis.org

SELF-REFERENCE AND CHANGE IN SYSTEMIC THERAPY: AN AUTOPOIETIC VIEW OF CLINICAL PSYCHOLOGY.

ABSTRACT

The present research/intervention was implemented in the Psychiatric Hospital in Filandia-Quindío, taking a case to observe the self-referential processes, the change and autopoiesis of the systems, with a person who is interned in a unit of comprehensive care for addictive behaviors, as well as the treating professionals and the family. Through the application of a protocol designed by the authors, the emergence of change seen from authors such as Watzlawick, Marutana and Varela, Boscolo, Bateson, among others, through the paradigm systemic intervention in clinical psychology is realized. The intervention answers the following questions: What kind of changes emerge in the consulting systems in a self-referential therapeutic process with interventions from autopoiesis in clinical psychology? and in the research, what is the contribution of the articulation of self-reference and change in a relational context of systemic therapy, explained from autopoiesis? As results, it is identified that the self-referential processes of the professionals, the family and the identified patient, configure a network of conversations and articulate their myths and needs, in which the definition of the change is defined as successful, as long as the symptom disappears;from this research-intervention, the Hospital is an open system by articulating with families and networks, configuring the context as an autopoietic ecology.

Keywords: Systemic therapy, self-reference, change, autopoiesis, clinical psychology.

INTRODUCCIÓN

La terapia sistémica, fundamentada en los principios del pensamiento posmoderno y el pragmatismo, ha cuestionado profundamente los enfoques tradicionales de la psicoterapia, que con frecuencia privilegian una lógica de causa y efecto y se basan en diagnósticos individualistas. Esta perspectiva sistémica pone énfasis en la interdependencia de las relaciones humanas y en la importancia de un contexto relacional para comprender y abordar los dilemas clínicos[3]. A través del concepto de autopoiesis, desarrollado por Humberto Maturana (1969), esta corriente reconoce que los sistemas vivos, incluyendo el sistema terapéutico, se organizan y regeneran de manera autónoma, creando una red de interacciones que les permite mantenerse y adaptarse. Este concepto no sólo ha enriquecido la comprensión de los organismos vivos, sino también la manera en que los individuos y sus relaciones se estructuran y transforman en un contexto terapéutico.

Además, la cibernética de segundo orden de Heinz von Foerster propone que el observador es parte integral del sistema que observa, desafiando la objetividad tradicional en la psicología clínica. En un contexto terapéutico, esta postura implica que el terapeuta, lejos de ser un agente externo, se convierte en parte del sistema en el que el consultante se observa y redefine a sí mismo. Así, la relación entre el terapeuta y el consultante se convierte en una co-evolución continua, donde ambos participan en el proceso de transformación. Desde esta perspectiva, el cambio no se percibe como una simple modificación de síntomas o comportamientos, sino como un proceso de autorreferencia y autopoiesis en el que los elementos del sistema terapéutico desarrollan nuevas formas de comprensión y de ser en el mundo.

De tal manera, este artículo responde al siguiente objetivo de investigación: Comprender la autorreferencia y el cambio en el sistema consultante, articulado al contexto relacional de una terapia sistémica, con una mirada autopoiética desde la psicología clínica. Desarrollando como objetivo específico de investigación: Reconocer la autorreferencia y el cambio relacional en un contexto terapéutico de

[3] Conversaciones académicas con María Hilda Sánchez-Jiménez, octubre, 2021.

la terapia sistémica, explicado desde la autopoiesis; y como objetivo interventivo: Develar los cambios que emergen en un proceso terapéutico, como parte del proceso autorreferencial y la acción desde la autopoiesis.

Esta búsqueda pretende actualizar la práctica del terapeuta sistémico, en particular en el desarrollo de una intervención reflexiva y ética en un contexto clínico, evitando más de lo mismo (Watzlawick, et al, 1992), interpretaciones reduccionistas o diagnósticos deficitarios. Con el propósito de explorar estas dinámicas, la investigación plantea preguntas orientadoras: Investigativa: ¿Cuál es el aporte de la articulación de la autorreferencia y el cambio en un contexto relacional de la terapia sistémica, explicado desde la autopoiesis? e Interventiva: ¿Qué tipo de cambios emergen en los sistemas consultantes en un proceso terapéutico autorreferencial con las intervenciones desde la autopoiesis en psicología clínica? Estas preguntas guían el análisis de los conceptos centrales de la terapia sistémica y su valor en la práctica clínica contemporánea.

Se tuvieron en cuenta referencias relacionadas con los autores que sustentan el corpus teórico de la terapia sistémica amplificando los conceptos de interés como lo son: la autorreferencia y la autopoiesis; además se buscan artículos desde el año 2008 al 2024 que se aproximen a los objetivos de la investigación, intervalo de tiempo que muestra la complejidad a profundizar. Según Hoffman (1992), el siglo XIX estuvo influido por la corriente psicodinámica, de lo intrapsíquico, analítico e interpretativo con teorías sobre el trauma durante las primeras etapas de la vida y un modelo médico que buscaba causas biológicas y fisiológicas respecto al síntoma. Este autor agrega que lo hospitalario y el consultorio eran el lugar predilecto para la intervención. (Hoffman, 1992)

En la posguerra (1939 - 1945) hubo un incremento de solicitudes alrededor de problemáticas sobre la pareja o la familia, consecuente con los cambios sociales experimentados, a las nuevas dinámicas familiares. Una época que induce a los investigadores / científicos / terapeutas a tener otras perspectivas sobre el síntoma en contexto, donde el ambiente relacional debía ser considerado como parte del problema. Es decir, cambian los focos de observación, la

percepción sobre las relaciones, la comunicación y los comportamientos de los otros en la interacción. (Hoffman,1992)

Teoría de los sistemas.

Ludwing Von Bertalanffy (1991-1972) padre de la teoría general de los sistemas (TGS), representa una aproximación a una realidad científica integradora entre las ciencias naturales y las ciencias sociales que da importancia a las relaciones, a la totalidad orgánica y artificial (máquinas), es una teoría multidisciplinar, estudiando a los sistemas humanos, máquinas, organizaciones sociales y los sistemas culturales.

Bertalanffy (1998) plantea que “es un sistema abierto en estado (cuasi)uniforme, mantenido constante en sus relaciones de masas en un intercambio continuo de material componente y energías: entra continuamente material del medio circundante, y sale hacia él” (p. 125). La Teoría de los sistemas hace diferencias físicas entre sistemas abiertos y sistemas cerrados respecto al equilibrio químico que en el sistema cerrado se da, el cual es de reacción reversible y tiene un mínimo de energía libre, logrando un estado de equilibrio por entropía, por el contrario, en los sistemas abiertos “el estado uniforme no es reversible, ni en conjunto ni en muchas reacciones”. (p. 129)

Cibernética de segundo orden.

Para Foester (1991) la cibernética de primer a segundo orden pasa de la física a la información, a la circularidad, retroalimentación, con nociones de regulación, orden, ruido, meta, para investigar no sólo las máquinas sino todo sistema autoorganizadores en lo biológico y lo social, cambiando el lenguaje a autonomía, autorreferencia, operaciones lógicas, como lo es él lenguaje, la conciencia de la conciencia o el pensar que se piensa.

Con la cibernética de segundo orden se realiza un marco conceptual del observar, una teoría que se ocupa no solo de lo observado con dos pilares, el cálculo de las recursiones infinitas y el cálculo de la autorreferencia. Foester (1991) realiza dos distinciones valiosas “Yo digo que podemos considerar a la cibernética de los sistemas observados como una cibernética de primer orden,

mientras que la cibernética de segundo orden es la cibernética de los sistemas observantes”. (p. 92)

Sus planteamientos fueron la base del constructivismo y empieza a ser un lenguaje común para la terapia familiar sistémica. Epistemológicamente, esta teoría relativiza el concepto de objetividad en la observación de los sistemas, al puntuar la interacción entre el sistema observado y el sistema observador, como también en el reconocimiento de un observador como un observador que lo hace con sus propiedades autorreferenciales.

Para darle preponderancia a la autonomía organizativa de los sistemas vivientes, teoría que permite reflexionar sobre la inviabilidad de llegar a un cambio por una vía instructiva, considerando que, según la teoría de la autopoiesis, el sistema respondería a su organización (a su historia). La realidad emerge del lenguaje en consenso, existiendo múltiples realidades, como conversaciones pueden existir, destacando las subjetividades e intersubjetividades que mira al individuo no desde una mirada reduccionista, si no en coevolución. (Maturana y Varela, 2003)

Autorreferencia.

El fenómeno del conocer, de la actividad de la observación tiene una influencia molecular, biológica y social, y se le llama a la primera actividad cognoscente cibernética de primer orden (cibernética de los sistemas observados) y a nuestra actividad descriptiva como observadores se le llama cibernética de segundo orden (cibernética de los sistemas observadores) como se ha venido explicando. Donde la autoconciencia opera en el lenguaje y en la autonomía individual del ser vivo, en la organización del sistema nervioso, en la comunicación, en el aprendizaje, clausura operacional. (Marutana y Varela, 2003, pp. XXI-XXII)

Al hablar de referencia la distinción y la unidad tienen un lugar importante al volverse un acto de señalar lo que decimos, explicando propiedades de entidad u objeto señalado (Maturana & Varela, 2003, p. II 24). La recursividad dice de nuestra inmersión culturalmente e interaccional, el tejido de historia, en una circularidad de interacciones que se convierten en la recursividad cognoscente

que se da mediante la reflexión lingüística, allí también existen los “puntos ciegos” cognoscitivos, donde no vemos, no nos damos cuenta, salvo que, exista un cambio de espacio, un cambio cultural que nos posibilite hacer reflexiones y relaciones. (Maturana y Varela, 2003, p. X161)

Autopoiesis.

Maturana y Varela (2003) se hicieron preguntas sobre la organización de los seres vivos, el sistema nervioso y los sistemas sociales, el surgimiento de la propiedad de la autodescripción, auto-observación y autoconsciencia de los humanos, es decir, la percepción, y para 1968 la autopoiesis da explicación del operar del sistema nervioso. Maturana y Varela (2003) lo describen como una “red circular cerrada de correlaciones internas, y simultáneamente entendía que la organización del ser vivo se explicaba a sí misma al verla como un operar circular cerrado de producción de componentes que producían la misma red de relaciones de componentes que los generaba" (p. XXI). Por otra parte, Ortiz (2017) plantea la autopoiesis:

> La autopoiesis explica la singularidad de los seres vivos como sistemas cerrados y a la vez abiertos. Son sistemas cerrados por cuanto configuran configuraciones complejas de redes circulares de producciones moleculares que configuran en sus interacciones la misma red que las creó y determinan sus límites. Son sistemas abiertos al intercambio de materia y energía con el entorno. Los seres vivos son sistemas capaces de auto-producirse y auto-configurarse. Desde esta época Maturana asentó los cimientos y comenzó a desarrollar la Biología del Conocimiento, área científica que explica la dinámica de los seres vivos como sistemas cerrados determinados por su estructura. (p. 5)

Maturana y Porksen (citado en Ortiz, 2017) postulan a la autopoiesis como premisa universal que simboliza la autonomía de los seres vivos y donde se clarifica las características de un ser humano desde su inicio, en su autoconfiguración teniendo en cuenta lo filogenético, ontogenético acorde a su proceso de epigénesis.

Procesos de cambio.

Gracias al constructivismo, a la cibernética de segundo orden y los proceso autopoiéticos, el escenario terapéutico da un cambio hacia un foco en la interacción de sistemas humanos, sistemas observantes donde el terapeuta es un sistema observante y los consultantes son igualmente sistemas observantes, mentes con su propio sistema organizador, pasando de la observación del comportamiento a las ideas, a las premisas, a las teorías del sistema observante y el foco pasa a ser las sesiones, en un contexto relacional de interacción, co-construcción de realidades en ideas, representaciones, emociones y significados, el sistema de relaciones significativo, el sistema terapéutico (Boscolo y otros, 1987).

White y Epston (como se citó en Boscolo y otros, 1987) miran la terapia como el recuperar resultados únicos e historias alternativas. Una terapia que tiene interés por las historias construidas, el significado, el tiempo, el pasado, el presente, desde donde se elaboran para dar explicación y sentido a la historia presente y al futuro. Watzlawick et al. (1992) al explicar el cambio nombra conceptos de comparación y contraste, persistencia e invariabilidad, la teoría de grupos y la teoría de los tipos lógicos (pp. 21-22). Bateson (como se citó en Watzlawick et al, 1992):

> La forma más sencilla y más familiar de cambio es el movimiento, es decir: un cambio de posición. Pero el movimiento mismo puede estar sujeto a cambio, es decir: a aceleración o deceleración, y ello constituye un cambio del cambio (o metacambio) de posición. En un nivel superior se da el cambio de la aceleración (o de la deceleración) que equivale a un cambio del cambio del cambio (o metametacambio) de posición. (p. 21)

Maturana & Varela, (2003) en este mismo sentido, manifiestan:

> Mientras una unidad no entre en una interacción destructiva con su medio, nosotros como observadores necesariamente veremos que, entre la estructura del medio y la de la unidad, hay una compatibilidad o conmensurabilidad. Mientras esta compatibilidad exista, medio y unidad actúan como fuentes mutuas de perturbaciones y se gatillan mutuamente cambios de estado, proceso continuado que hemos designado con el

> nombre de acoplamiento estructural. Así, por ejemplo, en la historia de acoplamiento estructural entre los linajes de automóviles y las ciudades, hay cambios dramáticos por ambos lados, pero en cada uno se dan como expresión de su propia dinámica estructural bajo interacciones selectivas con el otro. (p. V67)

Según Maturana y Varela (2003) todos los estados del sistema nervioso son internos y se acoplan en la historia de transformaciones internamente determinadas. Y los cambios externos determinados (ambiente) cumplen un efecto que lo perturba. Maturana y Valera (2003) explican el cambio:

> Por esto hemos usado nosotros la expresión gatillar un efecto, con lo que hacemos referencia a que los cambios que resultan de la interacción entre ser vivo y medio son desencadenados por el agente perturbante y determinados por la estructura de lo perturbado. Lo propio vale para el medio: el ser vivo es una fuente de perturbaciones y no de instrucciones. (p. V64)

Terapia sistémica y la concepción de autorreferencia.

Como podemos ver la historia muestra un corpus teórico sólido de varios exponentes y disciplinas que convergen en la mirada sistémica, hacia una epistemología retadora donde la investigación y la terapia tiene una visión de los sistemas observantes para que hoy podamos realizar una observación autopoiética de la psicología clínica sistémica, la autorreferencia y el cambio en un contexto relacional terapéutico (Maturana & Varela, 2003).

En la actualidad los psicólogos, los clínicos y los terapeutas sistémicos se están preguntando sobre la articulación de la autopoiesis en el escenario de la psicoterapia. En Montoya y Rendón (2018) respecto a una revisión documental construida con tres categorías, autopoiesis, terapia familiar sistémica y la relación entre ellas, encuentran que la autopoiesis en la intervención se da de manera implícita en la capacidad de la familia para reproducir sus recursos y resolver conflictos propios de la triada terapéutica en la construcción de objetivos y se subraya que en ninguna teoría se profundiza en la autopoiesis y en su aplicabilidad en el contexto de la intervención.

Para Garzón (2008) la autorreferencia es abordada en los terapeutas sistémicos en un programa de maestría en psicología clínica que involucra al estilo terapéutico, profundizando en la dimensión intersubjetiva del sí mismo del estudiante, llevado a cabo mediante procesos de meta-observación, conversaciones y reflexiones. Aquí se proporcionan escenarios de consciencia respecto a la labor del terapeuta como agente de cambio, posicionando al estudiante desde una mirada ética mediante un ejercicio epistemológico desde la lógica de la cibernética de segundo orden de Von Foerster, donde emerge la identidad, reflexiones personales, valores, la autoridad conferida al terapeuta, la construcción conjunta hacia el cambio, la objetividad, neutralidad y autocuidado.

La autorreferencia también es representada como subjetividad. Según Mojica, Hernández y Serna (2017):

> El proceso terapéutico se rige por los principios de reflexividad, contextualidad y autorreferencia, los cuales en cuanto tienen que ver con procesos cognitivos se apartan de la perspectiva representacional. Esto tiene importantes implicaciones en cuanto a los dispositivos del cambio, porque no se trata de modificar las representaciones archivadas sino por el contrario de poner en el juego de la conversación reflexiva esas representaciones, para adscribirse nuevos sentidos desde su condición como experiencia encargada en la vivencia, en la comunicación y en la acción. (p. 89)

Celis y Ceberio (2016) reflexionan sobre la terapia sistémica en Latinoamérica, puntuando la complejidad teórica y ratificando la realidad como un proceso constructivista, una organización de objetividades y subjetividades que se entrelazan en la subjetividad, donde el terapeuta sistémico se posiciona desde múltiples realidades para leer las complejidades de los diversos contextos, con multiplicidad de recursos teóricos, para postular al terapeuta como un visionario capaz de moverse en diversos escenarios, que en la psicoterapia no indica (devuelve) una verdad (al no existir) sino la reestructuración de significados, para devolver historias diferentes acordes a la cognición del consultante; así mismo el autor en el texto concluye la importancia que tiene la solidaridad y la generosidad

entre colegas para trabajar entre países de Latinoamérica manteniendo viva la investigación clínica sistémica, midiendo variables multiculturales.

Finalmente, el análisis subraya el cambio en la mirada terapéutica hacia una concepción relacional, circular y contextual, que incorpora las subjetividades y las múltiples realidades de los individuos. Se concluye que, aunque la autopoiesis y la autorreferencia son reconocidas en la terapia sistémica, aún existen vacíos en su aplicabilidad práctica dentro del contexto terapéutico.

MÉTODO

Estudio de investigación cualitativa de naturaleza hermenéutica (Gadamer, 1998), al analizar e interpretar el contenido de procesos comunicativos en la comprensión de diálogos que se generan mediante un diseño de investigación-intervención a partir de una cibernética de segundo orden donde el investigador actúa y se mira en la intervención con los participantes en diferentes escenarios, enriqueciendo el diálogo por medio de la comprensión de la historia, la cultura, el horizonte del participante y como lo dice Gadamer, (1998) “la apertura a la opinión del otro o del texto implica siempre ponerla en relación con el conjunto de las propias opiniones, o relacionarse con ellas” (p. 66). Observaciones que se encuentran en la construcción conjunta de sentido y de nuevas teorías del conocer (Maturana y Varela, 2003) donde la hermenéutica y la terapia sistémica se encuentran en la autorreferencia de los autores en sus propias narraciones de la experiencia.

A través del Comité de Ético Hospital Mental de Filandia - Quindío se dio el aval de la aplicación, donde se escoge un caso debido al tipo y al diseño de la investigación-intervención que aborda varios sistemas en la lógica de un sistema abierto y complejo, en donde se reconoce la capacidad auto-reguladora y auto-organizadora del caso, para dar cuenta de los proceso y procedimientos micros y ecosistémicos buscados en el trabajo investigativo e interventivo.

Los participantes de la investigación son un sistema que se nombran como “paciente índice” con diagnóstico psiquiátrico, sistema familiar del paciente índice (madre y padre), los profesionales de psicología, psiquiatría y trabajo social que intervienen al paciente índice en el la unidad de atención integral de conductas

adictivas Hospital Mental de Filandia - Quindío. Como criterios de inclusión el paciente índice debe encontrarse institucionalizado en el Hospital Mental de Filandia, Quindío, ser un paciente con diagnóstico psiquiátrico que se encuentra en tratamiento médico psiquiátrico, con un sistema familiar de convivencia o relación permanente, paciente con intervención de psicología y de trabajo social. Los criterios de exclusión para el paciente índice se relacionan con dificultades cognitivas que le impida generar una conversación reflexiva, con signos y síntomas presentes de psicosis, con alucinaciones o delirante, con conducta violenta, agresiva y/o hostil presente, paciente que no firme el consentimiento informado de la investigación. Los criterios de inclusión para los profesionales son: contrato con el Hospital Mental de Filandia - Quindío y firmar el consentimiento informado. Los criterios de inclusión para la familia son: relación de parentesco, filiación o convivencia con el paciente índice.

Se construyó un protocolo de investigación e intervención elaborado por los autores, que tiene 10 encuentros, en cada encuentro se aplica una entrevista semiestructurada donde se tiene en cuenta la matriz tomada del árbol del conocimiento (Maturana y Varela, 2003) y la elaboración de preguntas que inviten a la comprensión del mundo del autor-texto (Aguilar, 2013) por medio de una estructura con un orden por categorías de análisis que se va amplificando conforme se comprende la anterior: psicología clínica, terapia sistémica, comprensión del cambio, proceso autorreferencial y sistema autopoiético. Movimiento que genera un proceso autorreferente y una mirada autopoiética de la psicología clínica, suscitando dialogismo y nuevas comprensiones.

Los encuentros se sugieren de una hora a dos horas como máximo, tiempo que determina la interacción por sí misma. Adicional se aplican técnica del grupo focal, notas de campo, ecomapa y genograma para ayudar a comprender las narrativas y observar patrones (Bateson, 1998). Se elabora un protocolo de intervención, diseñado en escenarios, guiones y participantes (Paciente índice, sistema familiar del paciente índice, padre, madre, profesional de psicología, psiquiatría y trabajo social) dividido en momentos de intervención que permita observar el cambio en tres escenarios.

En el primer escenario se realizaron encuentros individuales con cada uno de los participantes para un total de seis (6) encuentros, en el segundo escenario se desarrollaron encuentros grupales con el sistema familiar, un grupo focal con los profesionales que atienden el caso y se efectúa un encuentro individual con el paciente índice, recogiendo reflexiones finales, observaciones de segundo orden y clausuras operacionales, dando lugar a tres (3) encuentros en el segundo momento; en el tercer escenario se hace un (1) último encuentro con el sistema familiar, quienes observan a través de vídeo el encuentro de los profesionales en grupo focal para hacer las reflexiones correspondientes.

Para la sistematización de la información se elaboran fichas divididas por categoría, ubicando las transcripciones de las entrevistas y la información obtenida con los instrumentos de análisis, estableciendo la narrativa en su correspondiente categoría acorde al marco teórico referencial. Proceso que lleva a la elaboración de dos matrices adicionales que reduce complejidades y sintetiza los resultados.

RESULTADOS

Los resultados presentados se realizan desde los escenarios construidos, dado que así se puede evidenciar con mayor claridad la lógica del protocolo diseñado y seguido para el proceso de investigación e intervención descritos de manera explícita para identificar los relatos de los diferentes participantes.

Psicología clínica.

Primer escenario - psicología clínica

Investigación: los profesionales expresan diferentes niveles de intervención, desde el modelo de la institución, protocolos y guías, visión científica, articulación en equipo, observaciones de primer orden del paciente índice, acoplamiento médico, psicológico y familiar, mostrando un contexto de intervención sistémico, cuya clausura operacional delimita la hospitalización como un escenario de cambio. La pauta adicta se encuadra como la punta del iceberg de otras patologías, como los son: cuadros depresivos y cuadros de ansiedad; en el paciente índice son evidentes y se comprende los cambios de un cerebro que ha vivenciado la violencia desde la infancia, y el consumo, desde la adolescencia,

moldeando un sistema neuronal, con cambios en su estructura y en su funcionamiento, generadores de signos y de síntomas en el sistema.

Intervención: identificación de diagnóstico F142 Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína síndrome de dependencia con hospitalización previa en el 2023 donde presentó psicosis tóxica, no ha tenido adherencia al tratamiento y niega enfermedades médicas, actualmente, ingresa de manera voluntaria. Durante la intervención el paciente índice logra diferenciar las dificultades médicas y las psicológicas, integrando el tema de sus emociones a la conversación, inquieto por su postura evitativa ante sucesos críticos y de gran impacto, actuando indiferente ante algunos eventos de su vida.

Segundo escenario - psicología clínica

Investigación: el profesional de psiquiatra puntúa como un factor vital de cambio el tratamiento farmacológico: "…que no lo vaya a abandonar porque de alguna manera si no se sale del proceso médico, eso le aseguraría un poco, no recaer en el consumo porque parte de la recaída de él es la sensación de desespero, de angustia, de desamparo, una cantidad de cosas que se dan cuando los niveles de estado de ánimo se bajan…" y la profesional de psicología hace distinciones respecto a factores estresantes como parte de la psicogénesis de la enfermedad, "si bien hablamos de un consumo problemático, pues también hay unos rasgos muy marcados acerca de la ideación thanática y su sintomatología depresiva".

Intervención: para los profesionales el cambio de segundo orden en la observación del paciente índice se dará en el reconocimiento de las influencias emocionales, que detonan el consumo de SPA, puntuando una postura evasiva que le impide gestionar los factores estresantes, como las pérdidas en su vida. En la sesión individual con el paciente índice se destaca la conciencia como un factor determinante de cambio, ¡su voluntad! en el tratamiento.

Tercer escenario - psicología clínica.

Investigación: se devela la dinámica familiar y emergen los síntomas biológicos (depresión en el paciente índice) y psicológicos (pauta evitativa, no adherencia al tratamiento) que sostienen el dilema.

Intervención: la madre cobra protagonismo al ser quien visibiliza los síntomas del sistema, siendo la persona que motiva y tensiona el cambio, es consciente de la rigurosidad y la importancia del tratamiento médico psiquiátrico: “Yo le insisto mucho... yo le he dicho inclusive usted no quiere reclamar esa medicina ¿qué pasa? que yo necesito saber que, si se está tomando con juicio, o hasta cuando le toca tomarse eso, porque es muy importante, ¡verdad!”.

Terapia sistémica.

Primer escenario - terapia sistémica.

Investigación: observar al Hospital Mental de Filandia-Quindío indica observar una organización que funciona como un sistema abierto en sus interacciones, entre el grupo de profesionales y en la relación con las redes (familias) y los pacientes; por otro lado, la estandarización de procedimientos es coherente con un sistema de políticas gubernamentales que se deben ejecutar a nivel de país, manteniendo un flujo constante de entradas y de salidas en sus dinámicas. El programa establecido de deshabituación posterior a la desintoxicación, da lugar a las intervenciones de trabajo social quien hace distinciones sistémicas, evidente en la pauta que delimita la profesional en el siguiente relato: “La mamá tiende a ser como hipervigilante aún cuando ella durante la semana no estaba con él, siempre trataba como de supervisarlo, de llamarlo…”.

Intervención: según las pautas que se entretejen en las entrevistas individuales con los participantes (familia y profesionales), se suscitan observaciones de primer orden donde la figura de la madre emerge como un miembro interlocutor del sistema y de sus tensiones, puntuando frustraciones familiares por un pasado con antecedentes de consumo de alcohol del padre y ausencias en el ejercicio de la crianza, así mismo, la madre devela la interiorización de un rol de cuidado que el padre refuerza desde la culpa. El padre es narrador de la vida del campesino con diversos cambios en la construcción de dos familias creadas por él y la observación de una: “vida bonita en el campo” para su hijo. El paciente índice se sitúa como una persona “sujeta” a una red amplia, con cuidadores desde la familia extensa y su narración se dirige especialmente

hacia la relación de queja que sostiene con su madre respecto a la "sobreprotección", dice: "mi mamá y él no viven… [ ] son novios, porque… no viven por mi…[ ] porque mi mamá no es capaz de soltarme". El paciente índice igualmente se relaciona desde la sobreprotección con su hermano menor, asociado a experiencia de violencia y con su madre al recordar: "Yo no quería que nadie tocara a mi hermano, ni a mi mamá, ¡y si! yo tenía que hacerme de un nombre allá".

Segundo escenario - terapia sistémica.

Investigación: emergen preguntas en la investigadora al articular las historias autorreferentes y la mirada puesta en el cambio de dichos relatos para construir una hipótesis relacional que actualice al sistema, en las relación de los padres con el paciente índice de sobreprotección e hipervigilancia que infantiliza y la relación del paciente índice con sus padres de ambivalencia, debatiéndose entre demandas de un adulto vs demandas de un infante, sostenidos por una dinámica de una historia familiar de separación de padres que generan entre ellos sentimiento de culpa que sostienen la ambivalencia y una postura evitativa

Intervención: con preguntas que mueven el cambio sobre el darse cuenta y las nuevas posturas, aparece el escenario. La madre exhibe las tensiones del sistema, en especial las acciones de cambio que requiere el paciente índice, ejerciendo su papel de interlocutora, la madre expresa: "usted debe responder por usted, es una ayuda mutua entre todos (el paciente índice habla por encima de su madre) [ ] ¡es un adulto!". Aflora en la escena a un padre callando la voz de la madre junto a su hijo (paciente índice) y se evidencia el sostén de síntomas con una relación marcadamente infantilizada del padre con el hijo. El padre dice: "Si no es conmigo que esté con la mamá". El paciente índice plantea como posibilidad de cambio: "sería no vivir con ellos, pero también me queda muy difícil porque yo intento estar pendiente también de ella y de mi hermano".

Tercer escenario - terapia sistémica.

Investigación: la observación sobre la problemática de la red social que suministra el consumo, sumado al prejuicio social que enfrenta el paciente índice al ser etiquetado como un adicto, acerca al investigador-interventor a la realidad

de la persona que recae, sumado a las comprensiones de su dinámica familiar y a la comprensión de su postura evitativa, que a su vez lo aísla de un tratamiento.

Intervención: emerge la problemática entre el holón madre e hijo y se muestra la tensión entre la ansiedad de la madre respecto a un cambio y toma de conciencia de su hijo, sumado a las presiones que siente el paciente índice, debido a una reciente recaída, por lo cual, el padre no se presenta, amplificando la frustración del sistema, el paciente índice dice: “Que porque yo tuve una recaída hace como una semana y media”.

Comprensión de cambio.

Primer escenario - comprensión de cambio

Investigación: en la narrativa del psiquiatra se habla de un cambio en el modelo de tratamiento, del coercitivo a uno basado en la voluntariedad, siendo vital la aceptación voluntaria del tratamiento, en este caso, observado en el paciente índice como primer elemento de cambio. La psicóloga menciona que el paciente se encuentra en un estadio contemplativo, lo cual indica que está en una fase de apertura hacia el cambio, aunque aún presenta ambivalencias: “En estos momentos, se encuentra en un estadio (contemplativo), lo que indica que el paciente, sigue una apertura para su proceso de cambio; quiere movilizarse” y plantea la importancia de fortalecer la autoeficacia en caso de reincidencia, factor clave en el mantenimiento del cambio.

Intervención: emerge un cambio de segundo orden en la observación de la dinámica relacional de la madre con el padre y la incidencia que tiene en la pauta de sobreprotección con su hijo, dice: “Sí, porque la verdad el papá cree que uno tiene que estar ahí encima, pues, lo que pasa que uno teme, que Dios no lo quiera por culpa de eso el hijo vaya a la calle, ¿si me entiende?, eso es lo que a uno le da miedo, perderlo ahí si ya, de pronto uno cree que si uno no está al pie de ellos, de pronto va mejorar, pero mire” Continúa: “Claro, el día de mañana Dios no lo quiera todos nos vamos a morir, se muere el papá o me muero yo, ¿y ahí él qué? Toca meterle el compromiso en la cabeza.” concluye con la idea del compromiso como acción de cambio para el paciente índice. La madre transita de un rol sobreprotector a uno que fomenta la independencia, estableciendo límites y

promoviendo el compromiso del hijo en su vida adulta. A nivel de los tipos lógicos con la visión de los profesionales el paciente índice tiene elementos de cambio de un nivel inferior, no obstante, el paciente índice requiere de cambios de un nivel superior en su sistema familiar al mostrarse claramente las paradojas relacionales. Contrastada por una identidad construida por el paciente índice en una subcultura de violencia y microtráfico donde según su relato es respetado y es “grande”, con poder.

Segundo escenario - comprensión de cambio

Investigación: psiquiatría observa la experiencia del desplazamiento como una vivencia ambivalente en la percepción de poder de un niño, viéndolo tanto como amenazante como deseable: “En la mente de un niño, el poder es atemorizante, pero también deseable... se debe propender a la liberación, de ese poder materno... desde el punto de vista dinámico, de alguna manera eso se llama matar a la madre, en lo figurativo”. Entre los profesionales se reflexiona sobre el lugar que tiene el espacio de la hospitalización como la figura transicional y simbólica hacia la independencia del paciente, como un ritual donde él empieza a expresar un deseo genuino de ser autónomo y de asumir sus responsabilidades como adulto, el psiquiatra expresa: “Si, porque en la hospitalización es que nos damos cuenta de que él trata de sacudirse dice... es que yo quiero, ¡ya! ser independiente realmente”.

Intervención: la honestidad consigo mismo y con los demás se presenta como un cambio clave para el paciente índice, quien busca eliminar la necesidad de mentir y desarrollar una mayor transparencia en sus relaciones: "Tener más decisión... ser más transparente, o sea si tengo un problema decírselo, no es intentar convencer... ser honesto conmigo y con ellos". Observación e intención de cambio en los padres donde buscan dejar de sobreproteger al hijo y comenzar a verlo como un adulto responsable de sus decisiones, como expresa el padre: "De qué me tengo que responsabilizar de tratarlo como a un adulto, de que es un adulto y ya... no sobreprotegerlo tanto". Comprensiones de segundo orden de la investigadora en torno al proceso de los padres de adquirir confianza y trabajar sus angustias para potenciar el desarrollo de un hijo adulto con capacidad de

autocuidado y autonomía, relativo al acompañamiento que se requiere por la adicción, para reencuadrar la relación y posicionar a la familia en otro lugar de su curso de vida individual y familiar teniendo en cuenta los antecedentes de la pauta adicta.

Tercer escenario - comprensión de cambio.

Investigación: observar ampliamente el fenómeno encuadrado en sesiones sucesivas y en escenarios permite articular la necesidad de dar continuidad a los procesos de terapia psicológica donde es determinante el tiempo, ya que la reflexividad y los cambios en un orden superior requieren de este factor “el tiempo” comprendiendo que los procesos son graduales. Por tal razón, la investigadora recalca la importancia de activar el apoyo psicológico para la madre, quien también enfrenta angustia y estrés en el proceso y además reconocer la necesidad de terapia y apoyo como un paso clave para que ambos (madre e hijo) reciban el soporte adecuado en este proceso de cambio, aprendiendo a acompañar en una relación desde el afecto para construir un vínculo basada en la confianza y no en el control, análisis que destaca los múltiples niveles de transformación que se requieren para mejorar las dinámicas familiares y facilitar la recuperación del paciente, promoviendo su autonomía, y equilibrando el apoyo familiar con su independencia personal.

Intervención: La relación entre el paciente y su madre se caracteriza por un conflicto entre el cuidado y el control, donde la madre percibe que su presencia constante y supervisión son necesarias. Este proceso refleja la necesidad de redefinir los límites para que el paciente asuma su autonomía sin la presión del monitoreo constante: “Ella simplemente dice ‘no está haciendo nada entonces hay que llamarlo’ y estar encima, encima y encima”. La madre muestra su preocupación y expresa cómo asume la responsabilidad de los problemas de su hijo debido a la ausencia del padre. Esto revela un conflicto de roles que debe trabajarse para que la madre se permita soltar el control sin sentir culpa o responsabilidad absoluta, como manifiesta: “Quiero saber, no que el día de mañana ‘no a esos muchachos les pasó algo por culpa de la mamá’, porque siempre es la mamá”.

Proceso autorreferencial.

Primer escenario - proceso autorreferencial.

Investigación: la investigación revela diferencias en los niveles de observación de los profesionales según el contexto de la intervención, destacando que la atención pública tiende a estandarizar procesos y enfocarse en atenciones masivas, limitando perspectivas individualizadas. Como señala el psiquiatra: “uno sí lo hace, pero lo hace de una forma privada, en un consultorio privado”. En el plano personal, los profesionales evidencian diversas estrategias frente al impacto emocional del trabajo. El psiquiatra enfatiza la necesidad de mantener distancia emocional: “a mí cuando me enseñaron para atender pacientes, me dijeron: usted es un espejo, nada más que un espejo”, lo que refleja dificultad para abordar puntos ciegos. Por su parte, la trabajadora social reconoce sus límites y la importancia de la catarsis, “a veces es necesario hacer catarsis”, mostrando conciencia del impacto emocional y la necesidad de autorregulación. La psicóloga aborda la complejidad del dilema del paciente, señalando la influencia de la familia: “las dificultades que tiene con su familia, su experiencia traumática”, señalando su estado de ambivalencia. La autorreferencia subraya la interacción entre las emociones del paciente, el sistema familiar y las reacciones de los profesionales.

Intervención: la intervención destaca narrativas autorreferenciales de los participantes, reflejando dinámicas complejas familiares y personales. La madre enfatiza su sacrificio y dedicación a sus hijos: “Yo toda mi vida se la dediqué a ellos”, mostrando cómo esta decisión define su identidad y genera frustración al percibir que su hijo no sigue el camino que ella considera adecuado. Esto genera tensión en el diálogo entre la investigadora y la madre, quien es invitada a reflexionar sobre sus propios límites y la libertad personal. El padre, por su parte, autorreferencia sus experiencias de vida, incluyendo rupturas afectivas y su compromiso como padre, destacando el vínculo de apoyo y frustración hacia su hijo por las recaídas, subrayando la centralidad del paciente en su vida como primer hijo de su segundo matrimonio. El paciente índice se describe en términos de poder durante su adolescencia, señalando: “Por el poder, tú no sabes que es [ ]

uno con diez, catorce, trece años, ya puede, entrar a una discoteca…", retratándose como alguien influyente y seguro. Finalmente, realiza distinciones sobre la transición del poder al empoderamiento, mostrando un proceso de reflexión personal.

Segundo escenario - proceso autorreferencial.

Investigación: la investigadora expresa al grupo focal la identificación de un cambio de segundo orden en la observación por parte del paciente índice durante una sesión, respecto a su identidad, quien transita de una construcción basada en el "poder" hacia el empoderamiento, adoptando una postura adulta que le permite gestionar emociones y factores estresantes. Asimismo, se enfatiza la necesidad de transformación de las dinámicas familiares, que mantienen posturas infantiles y refuerzan la dependencia. Los profesionales invitan a través de filmación (encuentro grabado), tanto al paciente como a su sistema familiar a reflexionar sobre sus roles en la perpetuación de estas dinámicas. La trabajadora social señala: "Por experiencia de otros pacientes, el deseo de consumo en algún momento disminuye y hasta puede llegar como a desaparecer", destacando la posibilidad de cambio y la importancia de fomentar la autonomía. Estas reflexiones facilitan la metacomunicación, la corresponsabilidad y la visibilización de puntos ciegos, promoviendo una realidad construida colectivamente.

Intervención: El paciente índice identifica recursos personales al expresar: "[ ] quiero estudiar, es que desde muy niño siempre mi idea era estudiar, filosofía y psicología", y muestra su inclinación por la escritura al compartir un texto nocturno, "tómame querida noche y hazme parte de tu soledad…". También refiere reflexividades transmitidas por un profesor de filosofía que lo admiraba por su capacidad de análisis. En un segundo escenario, distingue entre poder y madurez, señalando: "Es muy diferente al poder de ese tipo de cosas, que uno se siente imponente... yo creo que la madurez es la que te va dando la respuesta para decir, está embarrandola". Durante la sesión familiar, las autorreferencias de primer orden (quejas, expectativas y frustraciones) limitan distinciones de segundo orden y dificultan la escucha mutua. Sin embargo, emerge una naciente metacomunicación que evidencia la coreografía del sistema familiar.

Tercer escenario - proceso autorreferencial.

Investigación: a partir de una cibernética de segundo orden se prepara el escenario autorreferencial de la intervención de los profesionales (grupo focal) registrado en vídeo y se muestra al sistema familiar lo que conlleva a articular las voces de todos los participantes en diferentes niveles de observación. La investigadora da cuenta de un encuentro con una gran intensidad emocional por parte del sistema familiar (madre y paciente índice) con la ausencia del padre, observa la coreografía del sistema, la investigadora se autorreferencia respecto al reconocimiento de las paradojas que atrapa a la madre y al paciente índice, con una pauta que se muestra en la última escena (sobreprotección e hipervigilancia) con un cambio en la ausencia del padre debido a la recaída del paciente índice. La investigadora al articular las autorreferencias percibe a una madre atrapada en su rol de protectora con un hijo adicto y un paciente índice que minimiza su estado actual desviando las quejas hacia la madre, sosteniendo su postura evitativa.

Intervención: el paciente índice muestra frustración frente a las expectativas de su madre, expresando: “no tengo cabeza para estar… me está doliendo la cabeza”, en un contexto marcado por su recaída reciente y resistencias. Esto se suma a las quejas mutuas y a la ausencia del padre, generando tensiones en la dinámica familiar. La madre manifiesta desilusión y ruptura de confianza: "yo nunca tuve un mal pensamiento de él, cuando me enteré de eso mejor dicho se me rompió el corazón", lo que muestra el patrón de sobreprotección. La investigadora enfatiza la importancia del tratamiento farmacológico y promueve la responsabilidad personal del paciente, afirmando: “Tú eres el único que va a tomar las decisiones”. Esta intervención busca devolverle agencia al paciente, subrayando que su recuperación depende de su propia capacidad de acción y decisión.

Sistema autopoiético.

Primer escenario - sistema autopoiético.

Investigación: la teoría autopoiética define a los seres vivos como sistemas autónomos que mantienen su organización mediante procesos internos. El psiquiatra ejemplifica: “Él ya trae eso, su propio modelo motivacional... nosotros

le damos más herramientas, nuevas perspectivas…". Así, la intervención profesional refuerza y reorganiza recursos internos, sin introducir elementos nuevos, promoviendo cambios desde el propio sistema del paciente. La psicóloga resalta la singularidad de cada caso: "Cada uno es un mundo diferente, cada uno tiene su historia de vida", y señala que las recaídas son parte de la reorganización interna: "Esa recaída hace parte de los estadios de cambio... los pacientes constantemente recaen, manifestando desesperanza, tristeza, culpa". En síntesis, el cambio terapéutico depende de la capacidad del paciente para reorganizarse desde su estructura interna, destacando la naturaleza autorreferente y circular de su sistema.

Intervención: la madre señala la necesidad de cambios estructurales en el paciente índice: "Yo quiero es que se comprometa", reflejando su expectativa de que reorganice su estructura interna. Sin embargo, también debe reconfigurar su propio rol, dejando de operar desde la culpa, elemento que interfiere en el paciente. El padre identifica un patrón de mentira, dice: "La mentira [ ] se la está creyendo porque incluso usted mismo se la inventa", señalando un hábito que limita la capacidad del paciente índice para reorganizar su estructura. El paciente índice utiliza la escritura como herramienta de autocomunicación y estabilización, narra uno de sus escritos: "Mis días no van bien, el insomnio me pega de tal forma que mis noches duran años... cada pensamiento me desnuda a una realidad distinta". La escritura actúa como un mecanismo autopoiético, ayudándolo a procesar emociones, organizar experiencias y fortalecer su autonomía, en un contexto percibido como perturbador para su sistema.

Segundo escenario - sistema autopoiético.

Investigación: la investigadora señala cómo el paciente podría estar replicando dinámicas de dependencia (con la droga o con la familia) dentro de su proceso de independencia. Este análisis resalta una clausura operacional, el paciente procesa su relación con la droga y la familia desde un sistema interno de significados, donde ambas representan figuras de cuidado, pero también de control. La relación entre el paciente y su entorno (droga y familia) se organiza desde su propia estructura, reflejando una auto-producción de significados que

guían su proceso de independencia. Como lo expresa el médico psiquiatra: “de hecho todavía lo está mostrando ahora y ya que es adulto, esa gran dependencia que tiene no solamente de su mamá, si no de las sustancias”. Se concluye la importancia de los rituales de transición, continua las expresiones del psiquiatra: “...cuando hacíamos las fiestas de quince años... se le decía ‘ya es adulto’. Esos rituales de transición realmente los hace el grupo... ideal sería que hubiera vivido algo de transición, pero es que no se ve, se diluye”.

Intervención: el padre conceptualiza la adicción como una frontera cerrada que implica a toda la familia, señalando: “En este momento, el problema es de los tres... Pero yo sé que al salir él de acá, el problema tiene que morir”. Esto evidencia su responsabilidad en el cambio necesario para el sistema familiar. El paciente índice describe la droga como un sistema de encapsulamiento: “Ese tipo de droga lo que hace es encerrarlo a uno como dentro de una burbuja…”, mostrando cómo su sistema interno se organiza en torno a la sustancia, desconectándose del entorno externo. Enfatiza esta clausura al expresar: “No me gusta consumir con otras personas, me da desconfianza”, estableciendo una autorregulación independiente de interacciones externas. La madre enfatiza la importancia de un proceso interno de cambio para el paciente, afirmando: “La honestidad es con el mismo, que si él se miente es él quien se está perjudicando”. Esto subraya la necesidad de reorganización estructural dentro del sistema del hijo.

Tercer escenario - sistema autopoiético.

Investigación: la amenaza del sistema autopoiético del paciente índice por las perturbaciones externas (tensiones provenientes de la madre) generan un cierre operacional en el paciente índice, cierre que se encuentra acorde a la organización y estructura del sistema del paciente donde la madre no ha tenido una posición de validación por el padre y por el propio paciente, observado en las dinámicas relacionales del sistema familiar, por lo cual, la madre entra en una paradoja al tener el rol de protectora que interioriza desde su propio sistema autopoiético mediado por sentimientos de culpa que dan significado y clausura operacionalmente. Los sistemas generan un acoplamiento estructural (madre e

hijo) que coevoluciona, mediado por las perturbaciones del padre por su propio sistema autopoiético. La investigadora perturba el sistema y su coevolución encontrando resistencias propias de su estructura interna y cobra relevancia la terapia farmacológica como medida de perturbación neurológica que posibilite los cambios estructurales que requiere el sistema.

Intervención: la madre opera como un sistema autopoiético que regula sus propias emociones y percepciones para protegerse de la vulnerabilidad. Sus respuestas reflejan un mecanismo de clausura operacional al interpretar las acciones de los demás como amenazas a su identidad y rol, reflejadas en el siguiente relato: "Lo que me pareció muy duro es que supuestamente yo le estoy haciendo daño, que para ellos o para él soy la mala del cuento" y se posiciona como una figura que ha hecho "méritos" y demanda reciprocidad para mantener su coherencia interna dice: "Uno tiene que hacer méritos para que la gente vuelva a creer en uno y confiar". El paciente índice observa rigidez en la madre y dificultades para lograr un cambio en la relación que tiene hacia él y a su vez se muestra con dificultad para observarse y dar significado sobre su lugar en el dilema, permaneciendo en la queja acoplándose una estructura rígida que sostiene el problema, tensión que perturba la autonomía del paciente índice encontrándose amenazante para su sistema autopoiético.

DISCUSIÓN

La investigación como metodología llega a alcances de segundo orden en la observación, sin embargo, en la intervención para las personas que sufren el dilema se queda en un primer orden respecto a los cambios que se requieren, es decir, de segundo orden a nivel relacional, debido a la complejidad del fenómeno biológico, el impacto emocional de la familia, el funcionamiento de la misma con su autonomía y organización propia, además de las características de un sistema de salud que no monitorea el cambio de hábitat posterior a la intervención; reflexión que genera una invitación al sistema hospitalario para observarse desde una perspectiva pragmática, es decir con una mirada puesta en el cambio relacional/estructural-autopoiética y no sólo centrados en el síntoma, reflexiones que ya se mueven en otras ciudades de Colombia, con miradas que se dirigen

hacia perspectivas transversales, sociales y de “cambio institucional”, dando lugar al sistema de creencias (Castrillón, et al, 2021) ejercicio que actualiza a la psicología clínica-psiquiátrica.

La autorreferencia y el cambio en un contexto relacional de la terapia sistémica en Colombia muestra a una población consumidora en su mayoría con redes deterioradas y/o fracturadas, es decir, con un sistema familiar o social que no se encuentra presente, comprometiendo a la terapia sistémica con retos para su intervención, llevándola a pensarse en una actuación con un sistema diverso, problémico en diversas zonas, por desplazamiento, violencia y con dificultades socioeconómicas complejas, comprendiendo que la problemática de la adicción como lo dice Gómez y Arce (2024) es un tema de actores y autorías, no solo una cuestión de personas aisladas, necesitando acercamientos a las subjetividades, donde el adicto tenga capacidad de agencia y fortalecimiento de su identidad, con una estructura cultural, social e individual que se lo permita. En Gutiérrez y Morales (2024) se muestra la recopilación del concepto de familia como institución social a quien se le atribuye la responsabilidad del comportamiento de sus miembros, destacan autores que hablan de los límites, las fronteras internas, la dependencia que se instaura en la relación con la madre (cuidar, vigilar, proteger), las jerarquías, las lealtades familiares, consumo en la adolescencia, depresión como antecedente familiar, establecimiento de redes de apoyo, que juegan un papel circunstancial en las adicciones, datos que se ven reflejados en los resultados de la presente investigación.

Desde la pregunta de intervención ¿Cuál es el aporte de la articulación de la autorreferencia y el cambio en un contexto relacional de la terapia sistémica, explicado desde la autopoiesis? El aporte de la articulación de la autorreferencia y el cambio en un contexto relacional de la terapia sistémica, desde la perspectiva de la autopoiesis, permite espacios de observación de las historias legítimas de cada observador. Estos momentos facilitan la vivencia del presente, en la que el individuo se observa a sí mismo y es escuchado por otro, promoviendo una aceptación de sus experiencias emocionales, a menudo no confrontadas o no asumidas, como expresa Pacheco et al (2021) sobre la resignificación de las

historias en el espacio terapéutico de los hablantes, moviendo el mundo interior y exterior mediante la escucha para que el sistema sea reconocido (p. 111).

Tanto los pacientes como los profesionales están en procesos constantes de auto-observación y reorganización, reflejando su sistema autopoiético, en tanto se realimentan en sus comprensiones y experiencias traídas desde lo profesional y la vivencia humana de los problemas siendo aprovechables para el sistema de salud y para la intervención si se logran observar. Este análisis subraya cómo la interacción entre la estructura interna del individuo y su entorno, crea su capacidad de adaptación y autorregulación, siendo un ejemplo claro del funcionamiento autopoiético en los contextos clínicos. Osorio et al (2017) recalca los aportes de Humberto Maturana para la terapia sistémica, al ampliar la visión que tenemos frente al lenguaje, un espacio de subjetividades, de emociones y de realidades diversas, necesarias para mirar autopoieticamente la psicología clínica.

Desde la pregunta de investigación ¿Qué tipo de cambios emergen en los sistemas consultantes en un proceso terapéutico autorreferencial con las intervenciones desde la autopoiesis en psicología clínica? Las intervenciones externas (motivación, psicoeducación y evaluaciones) buscan respetar y promover la autonomía del sistema del paciente, lo cual, es una apuesta de los sistemas de ayuda a que se de un proceso más integrador de lo interno y de lo externo, a las experiencias de los pacientes donde el tiempo es determinante para generar cambios de primer y de segundo orden acorde a cada estructura y a cada identidad autopoiética. En esta investigación, se enfatizó el cambio dentro de las narraciones, resaltando transformaciones en el pasado y presente que actualizan al participante. Además, la articulación de los profesionales con sus propias historias contribuye a mitigar los puntos ciegos cognoscitivos, reafirmando distinciones que amplían las posibilidades de cambio del paciente y fomentan un enfoque relacional que favorece cambios estructurales de segundo orden. Según Watzlawick ,1992, en Pacheco, et al, 2021, el cambio 2 es provocado con lo simple, construido con en el otro en el lenguaje a partir de las experiencias que han generado cambio. A diferencia del cambio 1 que no incide en la estructura del sistema, aunque se den pequeños cambios al interior de sus miembros (Pacheco,

2021, p. 107), aquí, en la investigación, la persistencia en el cambio y más de lo mismo, las soluciones intentadas no permiten un cambio 2, según teorías sistémicas y la teoría de la comunicación humana. (Watzlawick, 1992).

CONCLUSIONES

Se encuentra la importancia de hacer énfasis en el tratamiento farmacológico a lo largo del proceso que facilite la contención para generar reflexividad propios de la autorreferencia, más aún al encontrar una pauta evitativa en el paciente índice y ambivalencias en la dinámica relacional con los padres, presentando posturas infantilizadas en sus demandas y paradójicamente solicitudes de autonomía. Diaz y Fernandez (2013) sustentan la importancia de una intervención integrada entre el tratamiento farmacológico y el psicológico, al proporcionarse de forma combinada.

La coreografía del sistema familiar también evidencia paradojas según la historia de vida de los padres y roles asignados que atrapan a la madre y al paciente índice en una homeostasis, común en dicha relación de madre e hijo; según Torres (2007) en las familias existe la codependencia y la necesidad de controlar a la persona con la pauta adicta; sin embargo, la autora Ravazzola (2015) incluye en la intervención la perspectiva de género con la intención de comprender la situación de la mujer, las madres, hermanas, parejas con respecto a la relación con la persona adicta, que permite reflexionar el rótulo de co-adictas.

Encarar una pauta adicta en un consultante adulto con dinámicas de un sistema familiar que aún permanecen con relaciones de sobreprotección y de hipervigilancia de unos padres sin intervención previa, sostiene síntomas que dificulta el cambio en un segundo orden respecto al contexto relacional, requiriendo una intervención mucho más amplia. Debido a la mirada sistémica y a las concepciones de cambio que nace de privilegiar el diálogo, Pacheco, et al (2021) habla del tiempo para precisar el cambio 2 y por ende ni el terapeuta ni el consultante pueden reconocer el cambio ya que se puede dar en diferentes momentos, en consecuencia, como conclusión se asevera la necesidad del tiempo que permita ampliar el protocolo para observar posibles cambios en una intervención relacional haciendo énfasis en la autorreferencia.

En la intervención se evidencia mediante la autorreferencia del paciente índice los recursos escriturales que posee para generar reflexividad y posibilidad de tomar acción mediante dicha herramienta, proceso de cambio que le lleva en la intervención a realizar distinciones sobre la resignificación del poder al empoderamiento en su vida, reflexión que según los investigadores le podría llevar a tomar acción frente al cambio en su realidad, si logra interiorizarlo con el paso del tiempo. Petroni y Glozman (2015) hablan del relato autobiográfico, con un enfoque dialógico profundizando en la apertura de la persona y su interioridad mediante el arte, la dialogización, la psicoterapia y la escritura literaria, cuyos planteamientos resuenan para dar continuidad a la intervención.

En la metacomunicación que se da en la construcción con los profesionales, se logró mostrar la importancia del espacio de hospitalización como un ritual de cambio necesario para los pacientes y los procesos clínicos. Saraceno (2003) por su parte habla de la liberación del paciente psiquiátrico al hacer una crítica sobre los espacios de psiquiatría como un lugar de entretenimiento, más no de desarrollo de habilidades para la reincorporación social, que nos permite en la presente investigación reflexionar sobre la importancia de los espacios de hospitalización al optimizarse desde lo simbólico.

Como conclusión y recomendación se plantea la necesidad de ver a un sistema familiar observado como una unidad autopoiética que requiere apoyo y activación de redes para su tratamiento, fomentando cambios de segundo orden en los pacientes, por lo cual, el sistema de salud necesita afianzar un acompañamiento entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio que permita un seguimiento sobre lo farmacológico, la intervención familiar e individual, en pro de la actualización de un sistema micro y macrosistemico, con posibilidad de cambio.

Tener en cuenta la autorreferencia y el cambio en la terapia sistémica a partir de una mirada autopoiética en psicología clínica, implica una reflexividad amplia que mira un escenario completo, necesario para comprender el dilema y posicionar a todos los actores en las soluciones, producción creativa de cambio, mediado por el tiempo que da lugar a reflexiones y actuaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo Osorio, J. C., García, A., Hincapié Fajardo, S. I., Rodríguez Valencia, G. y Ramírez Torres, P. (2017). Las nociones de lenguaje y amor en Humberto Maturana y su relación con la terapia familiar sistémica. Un estudio documental. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, *1*, 192-221. https://doi.org/10.21501/25907565.2656

Aguilar, F. (2013). *Colección de filosofía de la educación*. *Sophia*, *X*(15), 11-28. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846100001

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

Bertalanffy, L. (1989). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Celis, R. y Ceberio, M. (2016). *Constructivismo y construccionismo social en psicoterapia*. Colombia: Manual Moderno.

Castrillón, M., Sánchez, J., Peralta, M. y Montes, M. (2021). *Enfermedad mental y cambios institucionales en el hospital psiquiátrico San Isidro de Cali (1940 - 1970)*. Cali, Colombia: Colección Ciencias Sociales - Investigación.

Díaz-Morán, S. y Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, *29*(1), 54–65. https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.135131

Foerster, H. V. (1991). *Las semillas de la cibernética*. España: Gedisa.

Gadamer, H. G. (1998). *Verdad y método II*. Salamanca, España: Sígueme.

Garzón, D. I. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología*, *4*(1), 159-171.

Gómez, E. y Arce, C. (2024). *Actores y actorías de la escena adictiva: aportes y reflexiones desde un estado del arte*. Guadalajara: ITESO. https://doi.org/10.31391/QQQO6277

Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Montoya-Vertel, Y. A. y Rendón-Botero, M. L. (2018). Aplicación del concepto de autopoiesis propuesto por Maturana en la terapia familiar sistémica. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, *2*, 106-133. https://doi.org/10.21501/25907565.304

Maturana, H. y Varela, F. (2003). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen.

Mojica, J., Hernández, Á. y Serna, A. (2017). *Transformación de la subjetividad en la psicoterapia sistémica*. Bogotá: USTA.

Ortiz, A. (2017). El pensamiento filosófico de Humberto Maturana: la autopoiesis como fundamento de la ciencia. *Revista Espacios*, *38*(46), 31. Disponible en: a17v38n46p31.pdf (revistaespacios.com)

Pacheco, F. M., Agudelo, P. A., Escobar, S. A. y Ciro, Y. A. (2021). Relación entre la noción de cambio 1 y cambio 2 en la Terapia Familiar Sistémica, según Watzlawick, Weakland y Fisch. *Tempus Psicológico*, *4*(2).

Petroni, P. y Glozman, M. (2015). La construcción dialógica y el relato autobiográfico. En D. F. Schnitman (Ed.), *Diálogos para la transformación de experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica* (pp. 88-105). Chagrin Falls, Ohio, USA: Taos Institute Publications, A Division of the Taos Institute.

Peña, M. y Morales, M. (2024). Familia y adicciones. ¿Lazos protectores o lazos adictivos? En E. Gómez y C. Arce (Eds.), *Actores y actorías de la escena adictiva: aportes y reflexiones desde un estado del arte*. Guadalajara: ITESO. https://doi.org/10.31391/QQQO6277

Ravazzola, M. (2015). Prácticas colaborativas y generativas en la rehabilitación de adicciones. En D. F. Schnitman (Ed.), *Diálogos para la transformación de experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica* (pp. 129-149). Chagrin Falls, Ohio, USA: Taos Institute Publications, A Division de Taos Institute.

Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos, de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Editorial Pax México.

Torres, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. *Anudando*, *(Edición especial)*, 18–20.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.