Interacciones, 2016, Vol 2, N° 2, Julio-Diciembre, 99-108
ISSN 2411-5940 (impreso) / ISSN 2413-4465 (virtual)
©Copyright 2016: Instituto Peruano de Orientación Psicológica - IPOPS
http://revistainteracciones.com

TERAPIA SISTÉMICA LATINOAMERICANA: ¿ES SOLAMENTE UNA ILUSIÓN?

LATIN AMERICAN SYSTEMIC THERAPY: IS IT ONLY AN ILLUSION?

Marcelo R. Ceberio *
Universidad de Flores, Argentina
Escuela Sistémica Argentina, Argentina

Recibido: 07 de noviembre de 2015 *Aceptado:* 23 de noviembre de 2016

Como citarlo: Ceberio, M. (2016). Terapia sistémica latinoamericana: ¿es solamente una ilusión? *Interacciones, 2*(2), 99-108

RESUMEN
El artículo presenta una visión crítica pero alentadora de la terapia sistémica en Latinoamérica. Observa desde la historia de las primeras investigaciones sistémicas y sus protagonistas, hasta definir qué es la psicoterapia desde esta perspectiva. Recoge una serie de impresiones que se adentran en la terapia misma y en el rol del psicólogo sistémico, pero el análisis no queda reducido allí: se contextualiza en las diferentes realidades problemáticas que afectan a los países latinos.
Entiende que la actuación del psicólogo como una figura activa en distintos escenarios sociales, culturales, económicos, de salud, entre otros y que representa un catalizador en la resolución de problemas psicosociales, un agente corrector de crisis, es decir, ángulos de desvío en términos cibernéticos.

Palabras claves: *sistémico, Latinoamérica, psicoterapia, responsabilidad.*

ABSTRACT
This article presents a critical but encouraging vision of systemic therapy in Latin America. Seen from the history of the first systemic investigations and its protagonists, to define what is psychotherapy from this perspective. Collect a series of impressions that enter in the therapy itself and the role of systemic psychologist, but the analysis is not reduced there: it is contextualized in different problems that affecting Latin countries.
Understands that the role of psychologist as an active figure in different context, social, cultural, economic, health, among others and represents a catalyst in solving psychosocial problems, a corrective agent crisis, that is tos ay, angles detour in cybernetic terms.

Key words: *systemic, Latin América, psychoterapy, responsability.*

* *Correspondencia: ceberio@escuelasistemica.com.ar*

Introducción: del doble vínculo a la psicoterapia

La terapia sistémica ha alcanzado una gran difusión en la mayoría de los países del mundo. Ha pasado más de 50 años desde aquellas primeras investigaciones realizadas por el equipo liderado por G. Bateson: J. Haley, J. Weakland, W. Fry, con la colaboración de D. Jackson donde se trasladaron las ideas de la Cibernética (Wiener 1975) y de la Teoría de Sistemas (von Bertalanffy 1968) a las Ciencias sociales y crearon una nueva comunicación. Estudios que se plasmaron principalmente en una serie de textos como *Step to an Ecology Mind* ("Pasos hacia una ecología de la mente") (Bateson, 1972) y otros del mismo autor (Bateson, 1979; Bateson y Ruesch, 1984; Bateson, 1991); *Pragmatic of Human Comunication* ("Teoría de la comunicación Humana") (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) y *Tactic of Change* ("La tçactica del cambio") (Fish, Weakland & Segal, 1982).

Los resultados primigenios e iniciáticos en la investigación del modelo sistémico fueron plasmados en el célebre artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" (Bateson et al, 1956), cuyos autores construyeron en la teoría del "Doble vínculo", una hipótesis comunicacional acerca de la etiología de la psicosis, que tuvo diferentes repercusiones en el mundo clasificatorio psiquiátrico. No solo porque, si bien los autores no renegaron de los factores neuroquímicos –aunque los fervorosos seguidores se encargaron de negarlos- construyeron una teoría que plantaba territorio en las interacciones pero que a la vez descentralizaba el protagonismo del enfermo psiquiátrico para mostrar como la familia en su núcleo duro disfuncionaba cobrando víctimas y enfermándolas.

Estos resultados generaron una revuelta en aquellos círculos psiquiátricos que no se encontraban de acuerdo con la forma en que se trataba a los pacientes mentales y con los tratamientos asilares. La repercusiones llegaron a Inglaterra a oídos de Cooper (1981, 1985) y Laing (1961, 1971, 1976, 1980); en Italia G. Jervis (1978, 1979, 1981) y el célebre F. Basaglia (1971, 1972, 1977, 1978); Guatari (1977), Castell (1980) y Gentis (1970, 1980) en Francia; el Húngaro Szasz (1961, 1963) y el sociólogo Goffman (1961) en Estados Unidos, entre otros, que propugnaron movimientos como la "Antipsiquiatría" en Inglaterra, desarrollando experiencias alternativas a la manicomial o la "Desinstitucionalización" psiquiátrica que creó un nuevo sistema de salud en Italia que aún perdura, dado que se reglamentó en una ley que prohíbe la construcción de manicomios y el uso del sistema manicomial.

El modelo comunicacional cobró vida de manera paulatina: en principio por las investigaciones antes mencionadas del equipo Bateson, mientras que en el año 1959 Donald Jackson fundó el Mental Research Institute, Instituto que más tarde se incorporaron Haley, Weakland, Satir, Watzlawick, Fisch y Sluzki. A posteriori, los niveles de aplicabilidad se centraron en la psicoterapia con lo cual cobró cuerpo la "terapia breve" (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974; Fish, Weakland & Segal, 1982; Weakland, Fisch, Watzlawick, Bodin, 1974), que recibió los aportes de la hipnoterapia de Milton Erickson. Una sofisticación conjugada entre el arte de los conocimientos técnicos y la dureza epistemológica.

Este universo epistemológico cibernético y sistémico se afincó como modelo de las ciencias postmodernas y sostiene la complejidad (Morin, 1984), entendiendo que la objetividad se halla subordinada a la subjetividad. Es decir, no hay polaridad subjetivo-objetivo: hay diferentes grados de distancia objetivable por sobre un objeto o sujeto, pero siempre enmarcado en la subjetividad de los aspectos relacionales del sistema (Ceberio, 2013). Esta frase no debe leerse de manera sentenciosa, puesto que una persona en un sistema puede ser mas objetiva que otra en relación a un foco determinado, pero dentro de su propia subjetividad puede ser más objetivo que otro integrante. A la vez, el contexto en el que se halla tiene sus particularidades, como tales subjetivas comparándolo con otros contextos, aunque operan intrasistémicamente como objetivas, como un marco referencial.

Esta organización es un desarrollo interactivo entre subjetividades y objetividades que se entrelazan enmarcadas en la subjetividad. Este proceso complejo, abuele la verdad, la realidad externa a los ojos, y entiende la realidad como un proceso constructivista (Maturana y Varela, 1984; Watzlawick, 1988; Glaserfeld, 1988, 1994; Foerster, 1994; Ceberio y Celis, 2016).

Esta complejidad del modelo también se

radicó en diferentes modelos sistémicos de psicoterapia, desde el Breve de Palo Alto (P. Watzlawick. J. Weakland y D. Fisch, 1974), el Estratégico (Madanes y Haley 1973, 1980), El Estructural (S. Minuchin, 1982), el modelo de Milán (M. Selvini Pallassoli, 1975, 1988), los centrados en soluciones (I. Kim Berg, De Shazer, 1992) y los narrativistas (M. White, 1989, 1993). Pero más allá de la aplicación a la psicoterapia, la labor de un psicólogo o psiquiatra emparentado con esta epistemología trasciende los muros del consultorio o, más claramente debería trasuntar la psicoterapia. Es decir, el universo sistémico no debe reducirse a la atención clínica sino incorporarse a los planes de salud en general, a la educación, a las organizaciones laborales, al trabajo con profesionales de diferentes disciplinas, a estructurar planes sociales, a la economía, entre otras áreas. Imbuirse en el diseño de planes de prevención en cualquiera de las áreas señaladas, es parte de la pericia sistémica, porque uno de los baluartes del pensamiento sistémico es la capacidad no solo de establecer diagnósticos complejos sino de pronosticar.

La capacidad sistémica de construir procesos articulados, anticipar reacciones en cadena o efectos dominó, analizar polivariables en sinergia hacen del experto "un visionario" que sostiene sus hipótesis pronósticas sobre una base epistemológica sistémica y cibernética de alta complejidad, contemplando la variable "incertidumbre" como un elemento que puede hacer zozobrar la construcción.

Desde esta perspectiva, entonces, la aplicación del modelo a la terapia familiar resulta un reduccionismo, ya que la aplicación de los conocimientos cibernéticos a las ciencias sociales, desde unidades en micro (microsistemas: pareja, familia, individuos, grupos sociales) a unidades en macro (macrosistemas: sociales, territoriales, países, continentes), o sea, desde la célula hasta el universo, hay una multiplicidad de recursos teóricos que permiten discernir el objeto de estudio concatenando argumentalmente variables productoras del fenómeno.

La filosofía y la dinámica de la psicoterapia

Si la psicoterapia es una ciencia (y ciencia postmoderna), no puede sostenerse la creencia de que la explicación y el darse cuenta de lo que le sucede a las personas, puede ser el único recurso al que debe apelar un terapeuta para lograr el cambio en su paciente. Esta es una convicción de los modelos tradicionalistas, casi sustentados por la filosofía clásica, que dan *per se* que el devolver una interpretación de los sucesos es el camino unívoco para modificar los problemas. Aunque es una construcción –y como tal subjetiva- comprender claramente "qué es lo que sucede", en principio, es uno de los primeros pasos para lograr redefinir, o movilizar mediante provocaciones emocionales, o pautar acciones que desestructuren la cibernética desarrollada al momento. Sea la vía que se escoja (o todas), tanto cognitiva, emocional, pragmática, como neurobiológica, todas operan en sinergia e interinfluencia y promueven resultados.

Es indiscutible hoy que lo que el terapeuta le puede devolver al paciente no es la verdad absoluta -entendiendo que ésta no existe-, sino solamente una versión, otra historia diferente a la historia que cuente el paciente. En este sentido, la narración de lo que le sucede es tan solo un cuento de los hechos, la labor terapéutica consiste en contar otro cuento que pueda calzar con la cognición del paciente. En este sentido, la finalidad de la psicoterapia es una reestructuración de significados, en este sentido el *reframe* puede considerarse una metatécnica.

Tampoco puede pensarse el cambio solamente mediante la reflexión, cuando se tiene en cuenta las reverberancias del problema en el sistema. Si el problema se halla severamente fijado al circuito, quiere decir que no sólo se halla el problema sino también el problema de su rigidez, perpetuación en el tiempo, frecuencia de aparición, intensidad, cantidad de síntomas del síntoma, el estrés que genera del problema, la baja autoestima, entre otros factores/problema del problema original (Ceberio 2013). Razón por la que una explicación, por más sólida que parezca, resulta ineficiente para semejante peso en el sistema.

Tampoco es posible aceptar que las únicas vías de acceso son las intervenciones verbales. Actuar una nueva psicoterapia, implica no apelar solamente a los recursos de la palabra: los canales de introducción de información que posibilita el cuerpo, hacen que el psicodrama o cualquier técnica corporal, sea la puesta en marcha del lenguaje analógico (Ekman, 1982; Matsumoto, Willingham & Olide, 2009; Ceberio, 2009). El

acercarse o alejarse en el espacio físico en determinados momentos de la sesión, la mirada, un gesto frente a un relato, etc., son intervenciones en sí mismas que influencian a través de datos que se intentan transmitir, reflexiones, afectos, en síntesis, mensajes que reformulen la perspectiva que se tiene acerca del problema (Ceberio, 2009).

La terapia fue concebida y todavía lo es, como una relación en donde se transita por un flujo de palabras que se intercambian, donde la asimetría relacional que caracteriza al vínculo terapéutico, otorga cierto peso a aquel que se halla jerárquicamente por arriba del otro, en este caso, el profesional (Ceberio y Watzlawick. 2008, 2009). En tal complementariedad, un interlocutor (el terapeuta) hipotetiza y explicita como certeza y el otro acepta sin cuestionamientos o, al lo menos, con mayor o menor grado de "resistencias". Lamentablemente esta asimetría se traduce en un poder que no admite cuestionamientos: no está en juego que el terapeuta pueda equivocarse en su apreciación, entonces si el paciente no cambia se debe a que "inconscientemente" se resiste y se defiende.

Tal asimetría de la relación terapéutica, no es mala ni buena, solamente es una característica de la interacción, y puede capitalizarse en función de reforzar el efecto de las intervenciones. O sea, influenciar de una manera positiva revistiendo el discurso del profesional de un tenor de importancia, cuestión de accionar de manera rápida y eficaz. Lejos, entonces, se halla esta asimetría en la relación terapeuta-paciente, de la creencia de que el terapeuta es el portador de la verdad, el *one up* solamente opera un uso estratégico en pos del cambio.

Desde esta perspectiva, invitar a una mayor horizontalidad en el vínculo, raya en lo ideológico: si el terapeuta observa que su intervención no arrojó los resultados que esperaba, deberá rebajar sus niveles de omnipotencia y narcisismo, aceptando que a veces su devolución está fuera de *timing*, que su estrategia no fue la adecuada o que su interpretación no calzó, etc., antes de ajustar la hipótesis de que el "paciente resiste". Que, por otra parte, también es factible que la suya pudo resultar una intervención adecuada y el sistema resistirse al cambio.

La psicoterapia se define como una relación de dos: terapeuta y paciente (el paciente puede ser una familia, una pareja, una fratría, etc.), en donde alguien viene a plantear su problema a un experto con el objetivo de solución. Es una relación asimétrica ayudador (up) y ayudado (down), que intercambia múltiples lenguajes verbales propiamente dichos, metafóricos y digitales y paraverbales, en un momento único e irrepetible. No solamente es el paciente el que tiene un problema, sino que el terapeuta, ha construido el problema que le intentó trasmitir su paciente, y puede constituirse en su problema ayudar a resolver el problema de su paciente. Ambos resuelven algo cuando el problema original que fue el móvil para la consulta, se ha resuelto, ya que el terapeuta resolvió su problema de ayudar a resolver el problema de su paciente (Keeney. 1983). Todo es una ficción que construye realidades en la vida.

Pero también la psicoterapia, puede ser entendida -en términos cibernéticos- como un agente estabilizador del caos. Es un instrumento técnico que opera negentrópicamente. O sea, opera como un núcleo corrector de las amplificaciones o fugas que el sistema genera mediante el problema. Más precisamente, y no solo eso, la consulta desestructura la estabilidad homeostática que genera el fracaso de los intentos de solución fallidos en pos del problema. Esas fugas (o arcos secuenciales de entropía) son las crisis.

Hablar de un "agente de corrección" puede sonar ideológicamente fascista, aunque nada más alejado de la psicoterapia que esas nociones políticas de "ultraderecha". La psicoterapia es un espacio de auto-reflexión que invita a las personas a pensar y pensarse en sus contextos de interacción, a crear una actitud crítica que les permita no colocarse en expectación en las diversas situaciones de vida, en síntesis, un espacio de crecimiento y cambio. No obstante, puede verse en torno a la psicoterapia multiplicidad de opiniones, muchas de ellas involucradas con la política. En Cuba, por ejemplo, se criticaba la aplicación del Psicoanálisis por considerarlo al servicio de sumisión social y adjudicarle al psicoanalista, la función de agente de corrección social como un sinónimo de represor. Al mismo tiempo, en las décadas del ´70 y ´80 en la dictadura militar, en Argentina, se prohibía el Psicoanálisis u otra forma de psicoterapia por emparentarlos con políticas de izquierda (llámese enseñar a pensar y a no someterse pasivamente) (Ceberio y Watzlawick. 2008). Cualquiera de estos extremos, condenaba a la

psicoterapia. Es que cualquier sistema -familiar, pareja, individual, social, etc.- se resiste al cambio y la psicoterapia es un espacio "oficial" de cambio.

Tal vez, la pregunta de cómo será la terapia del futuro y más la latina porque es a la que pertenecemos, nos llene de preguntas y de incertidumbre. Si el cambio por la palabra, si la implementación de estrategias y técnicas y la conversación terapéutica, seguirán siendo parámetros efectivos para el cambio. O si el auge de las más acérrimas posturas organicistas de la mano de los grandes monopolios de la industria farmacéutica, elevarán a los psicofármacos como la única vía de acceso a la solución: "poca palabra y más ingesta" (Ceberio y Watzlawick. 2010). O si se crearán otras formas de psicoterapia, que ni siquiera nuestro hemisferio derecho puede actualmente aventurar o predecir.

Todo, en cierta manera, dependerá del tipo de sociedad en donde se aplique la psicoterapia. Isomórficamente, la aparición de ciertos trastornos poseen una total convergencia con la sociedad en donde surgen (son causa y efecto al mismo tiempo), por ejemplo, cabe hipotetizar que trastornos como los ataques de pánico o las fobias colocan un freno al ritmo estresante de ciertas sociedades o las mismas depresiones son manera poco saludables de poner límites a actitudes invasivas, maníacas, etc. Pero si las patologías no pueden aislarse de atribuciones causales de contextos y de variables socioculturales, políticas y económicas, tampoco la psicoterapia que es producto e influencia al núcleo social de donde nace.

Modelos terapéuticos y contextos sociales

Los grados de efectividad terapéutica y la ingeniería en el diseño de modelos se centra en el "cambio" en psicoterapia. El emergente de estos nuevos diseños en el terreno de la salud mental puede deberse a múltiples factores para explicar su aparición. Basta observar el ritmo de funcionamiento de la sociedad contemporánea, que exige cada vez más -en términos de coherencia con el contexto- cambios concretos y en tiempo breve (Ceberio y Linares. 2005).

El nacimiento de modelos, estrategias y técnicas de psicoterapia siempre es el resultado de investigación y casuística, dentro de una serie de tentativas fallidas o alentadoras, que conllevan una posterior sistematización estructuradora de un diseño final. Pero estos elementos solamente remiten a un aspecto parcial, haciéndose necesario dirigir la mirada hacia el contexto que favorece u obstaculiza la producción de ciertos eventos.

La invención de modelos de psicoterapia -desde los más abarcativos y complejos hasta los más simples- se gesta a partir de determinadas características sociales, crisis políticas o de cierto tenor económico, que inciden sobre los factores socioculturales propios del ámbito en que se desarrollan, generando las condiciones para que un profesional cree lo que deba crear. La construcción de un modelo psicoterapéutico es la pieza de un engranaje que expresa en su origen su carácter de portavoz de una cultura y, en su finalidad, la resolución de problemas que posibiliten la homeodinamia. Diversos contextos históricos en los que se crearon algunas corrientes en psicoterapia, se observará cómo éstas fueron el emergente de la sociedad de ese momento, pero a la vez ejercieron sus efectos sobre la misma sociedad que los produjo. Algunos ejemplos pueden servirnos para sostener esta hipótesis.

La libertad y la igualdad de derechos que constituyeron la expresión de la revolución francesa, cimentaron las ideas para que Pinel y la "abolición de las cadenas" que encarcelaban a los locos se pusieran en acción. Un victorianismo a ultranza fue la escena donde Freud con sus postulados revolucionarios, desafió al organicismo psiquiátrico conservador de la sociedad médica. Las neurosis traumáticas y las secuelas psicológicas del final de la II Guerra Mundial dejó, en el campo de la salud mental, un estado de opinión favorable a la necesidad de intervenir terapéuticamente de forma rápida y eficaz: se colocó el foco en la resolución de problemas y se diseñaron psicoterapias breves individuales, las técnicas grupales y Terapia Familiar. (Ceberio y Linares, 2005). De la misma manera la reacción de Maxwell Jones contra el sistema manicomial, post piramidalismo nazista, llevó a crear la *Comunidad Terapéutica*.

En el *Silicon Valley*, Palo Alto, en plena revolución cibernética donde se estaba poniendo a punto la informática, en el campo de las ciencias sociales se creó una pragmática de la comunicación y la terapia familiar, aunque también años después, se inventó la terapia breve como expresión de la cultura californiana. Casi simultánea-

mente, en las grandes ciudades de la costa este norteamericana, los ghettos negros y latinos invitaban a la creación de otro tipo de modelo que trabajaba con familias violentas, marginales, problemas de adicciones y promiscuidad: la terapia familiar estructural.

Fue el inicio de la superación del individuo para pasar a los sistemas y de la lógica objetivista por la subjetivista. Mientras tanto en Europa se desarrollaban prácticas y teorizaciones que se dirigían a la psiquiatría y al manicomio. El mayo del 68, tuvo un correlato en el campo de la salud mental que produjo movimientos complementarios y convergentes en diversos países: en Francia, la Psicoterapia Institucional; en Inglaterra, Laing, Cooper y Esterson propusieron la Antipsiquiatría (Laing, 1971); Basaglia en Italia con el desinstitucionalismo y la creación de un nuevo sistema de salud mental (Basaglia, 1977)

El Constructivismo en los años ochenta y el Socio-construccionismo en los noventa dominaron la filosofía de esa época y su historia tiende a confundirse con la de la Terapia Familiar, aunque son eventos diferenciados. Por una parte, el Constructivismo está presente desde los inicios del grupo de Palo Alto, como resultado del tardío impacto que la incertidumbre de Heisenberg tuvo sobre la psicoterapia. Por otra, el Socio-construccionismo tiene sus raíces, a través de Foucault, en el marxismo y, de nuevo, en los movimientos críticos de la Europa de los sesenta.

El diálogo entre Europa y América ha sido, en el campo de la salud mental, sumamente fecundo en los últimos tiempos. Si Europa ha deconstruído el modelo manicomial, América ha producido el modelo sistémico, siendo ambos movimientos complementarios y expresivos del surgimiento de un nuevo paradigma, que integra coherentemente incertidumbre y complejidad. En él han dejado su huella numerosas crisis históricas, patentizando que los modelos terapéuticos surgen y se desarrollan impregnados de factores ideológicos, económicos, políticos y culturales (Ceberio y Linares, 2005: 78).

Conclusiones: La ilusión de una terapia sistémica latinoamericana

Si se describe el modelo sistémico como un modelo holístico y analítico (Ceberio en Kerman, 2014), es necesario que sea coherente con su desarrollo pragmático, por lo tanto, es necesario que los terapeutas sistémicos trabajen mancomunados, renunciando a los narcisismos y a la rivalidad entre países. Los aportes de estudios e investigación en los diferentes contextos posibilitaría profundizar los fenómenos de la interacción en las tipologías de familias y parejas u organizaciones, las patologías, disfuncionalidades y síntomas en la búsqueda de isomorfismos, o de las variaciones o ecuaciones diferenciales de acuerdo a la distinción de marcos culturales.

La noción de interdependencia es un concepto esperable y funcional en el universo sistémico. Consiste en mantener las particularidades de cada ambiente y cada sistema en su ambiente y en simultáneo compartir e intercambiar con otros sistemas. Estos desarrollos intrasistemas deben conjugarse con desarrollos intersistémicos en pos de comunicar, recibir y proporcionar información y de esta manera enriquecer la información con que cuenta el sistema y esta información en sistemas humanos se traduce en comportamientos y emociones y su química subsecuente. Estas características de sistemas flexibles y abiertos hacen a la esencia del crecimiento de los sistemas.

Estas ideas teóricas no deben tener solamente un anclaje a nivel teoría, y ser disertadas en workshop y seminarios o clases universitarias, sino que deben llevarse a la práctica: en este aspecto los sistémicos somos responsables de explicar lo que en numerosas oportunidades no hacemos. La "paradogmatización" de las ideas o modelos crean homeostasis en los sistemas con la consecuencia de crear sistemas rígidos y poco abiertos. Debe ser un proyecto o mas que un proyecto, un objetivo, el circular la información. Toda la producción intrasistémica debe "arrojarse" al espacio intersistémico inter países y contribuir al crecimiento de los diferentes sistemas de intercambio. Aquí tamizan unos conceptos no menores: la solidaridad y la generosidad. Estos dos componentes forman parte de una actitud relacional, una tendencia que debe estar preconcebida como una condición del sistema y de sus componentes.

Y no solamente debemos ser solidarios porque poseemos neuronas espejo (Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. y Rizzolatti, G. 1996; Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004) o porque respondemos a nuestra ética relacional primate (F. De Wall. 2014), o porque buscamos figuras de apego (J Bowlby. 2013), o tutores de resiliencia

(Cyrulnik. 2005), sino debemos ejercitar esta vertiente biológica proclive a la solidaridad y la generosidad. Por supuesto que estas condiciones del ser humano son socavadas por la hipertrofia de sentimientos narcisistas como la omnipotencia o la soberbia.

En este sentido, es importante estimular la investigación clínica como de otras áreas de análisis sistémico. La tradición, al menos en la Argentina, de la homologación de la Psicología con la psicoterapia, opera en desmedro del desarrollo de la psicología en otras áreas, por ejemplo la investigación. Este es un fenómeno que no es bueno ni malo y no se trata de elaborar un juicio de valor al respecto sino que se debe, entonces, avanzar en las investigaciones clínicas: hacer estadísticas, medir niveles de efectividad en los tratamientos, en las intervenciones, en los resultados. Generar investigaciones y producir un intercambio de las mismas replicando una investigación en distintos contextos, midiendo las variables socioculturales. Si bien el modelo sistémico nació con la investigación en psicosis, como ya hemos señalado, los terapeutas sistémicos se abocaron al trabajo clínico y han descollado en efectividad y en ser pioneros en mostrar su trabajo mediante transcripciones de sesiones y video de las mismas. Siempre fueron los psicólogos cognitivos los que estuvieron a la cabeza de la investigación cualitativa y cuantitativa:

> "Esto es coherente con lo que se podría esperar, ya que a pesar de que la investigación en psicoterapia encuentra a Rogers como uno de sus precursores, pareciera que los adherentes al enfoque cognitivo son los más entusiastas en realizar investigación en psicoterapia. Probablemente esto guarde relación en parte con la metodicidad de las técnicas cognitivo conductuales, las cuales pueden ser fácilmente aprehendidas y por lo mismo estandarizables y medibles. (Moncada & Kühne, 2003: 199)

No obstante, se han desarrollado investigaciones sistémicas en clínica, educación y organizaciones, entre otros campos. Por ejemplo, en trastornos de alimentación específicamente en anorexia y bulimia Palazzoli & Boscolo (1994); en técnicas sistémicas (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980; Selvini, 1978) como también los avances en el tratamiento de pánico y fobias de G. Nardone (2010) y de M. R. Ceberio (2014), en la enseñanza de las ciencias y epistemología (Porlán Ariza & Cañal de León (1988); Schommer-Aikins (2004); López, García & González (2007) en lo que respecta al cambio en psicoterapia (Olabarría & Vázquez (2007), o las resistencias al cambio (Ceberio, 2013); discapacidad y familia (Cadavid, 2011; Ceberio & Gutierrez, 2016), en educación (Arruda, 2003). García-Pérez, F. F. (2000), Mara Selvini & Cirillo (1990) en las organizaciones (King & Jiggins, J. (2002).

Ser sistémico en la psicoterapia no implica atender pacientes y construir una hipótesis de dinámica cibernética y constructivista e intervenir en consecuencia mediante el glosario de técnicas comunicacionales. También hay que ser sistémico en el trabajo en equipo. Contemplar la interdisciplinariedad, escuchar diferentes puntos de vista, intercambiar, derivar, trabajar con espejo unidireccional, es someter a juicio crítico y enriquecedor a nuestras propias construcciones.

Una concepción de la psicoterapia latinoamericana es relevante que contemple el vínculo afectivo entre el profesional y el paciente. El entender que la comunicación es afecto o al menos un canal donde se establece el territorio de los afectivo, es desestructurar un tabú del riesgo de expresar el afecto con los pacientes y romper con la "cara de póker" de inmovilidad y a-gestual como expresión de la toma de distancia en la relación con el paciente (Ceberio. 2009). Resulta obvio que como en todas las relaciones humanas, con algunos pacientes puede haber mayor predilección que con otros.

La cuestión afectiva, tan relegada por los modelos de psicoterapia, es un campo que también no excede a lo sistémico. La Teoría General de los sistemas y la Cibernética, tan racionales como teorías, llevaron a que se relegue desde los comienzos la puesta en marcha del trato afectivo en la interacción terapéutica, de la cual Virginia Satir es su bastión (1972, 1980). El afecto en el vínculo terapéutico, es un posibilitador de intervenciones y de cambio. El afecto es el que marca la pauta de sensibilidad, plasticidad, el que imprime el sentimiento y el tenor emocional en ciertas partes de los mensajes, el que contacta con el cuerpo y maneja los espacios de acercamiento y alejamiento, etc. Pero además, se ofrece como un modelo relacional, principalmente en aquellos pacientes rígidos y con dificultades en

expresar sus emociones.

Entender que el espacio terapéutico es un espacio amoroso, de que el afecto en la comunicación es un elemento clave en las intervenciones implica de una manera global a una terapia sistémica latinoamericana, puesto que una de las características más elocuentes del estilo relacional latino es la expresión afectiva. (Ceberio 1998, Ceberio y Linares 2005). Es una forma de "hablar el lenguaje del paciente" (Haley, 1973; Ceberio y Watzlawick. 2008), más bien "hablar el lenguaje de la sociocultura". Una psicoterapia latina que integre elementos emocionales, cognitivos, interaccionales y neurocientíficos y neuroinmunoendocrinos (Damasio, 1994; Ledoux, 1999) y de Neurociencia social (Grande-Gracia, 2009) que no funcionen como compartimientos estancos, sino pensarlos en sinergia, articularlos diacrónica y sincrónicamente, variables que permitan romper con la dicotomía cartesiana. Y de manera espontánea, puesto que todavía en el fragor dela observación del objeto de estudio, nuestros hemisferios cerebrales, el izquierdo absolutamente, y el positivismo sociocultural, no hace leer el objetivo bajo *pattern* lineales, objetivistas y dicotómicos: mente y cuerpo, cada uno por su lado.

Es importante que en un futuro cercano, los terapeutas latinoamericanos se coloquen en un lugar de simetría académica e intelectual con respecto a los colegas de países líderes como USA y los europeos, no por renegar de los avances de conocimientos y la sabiduría de sus investigaciones, sino con la humildad ecológica de creer en su propio conocimiento y hacérselo creer al mundo. Aunque no puede negarse (y estas características dependen del contexto de cada país), las paupérrimas condiciones ambientales (entre las que las económicas no son menores) en que desarrollan su labor los académicos, investigadores y los mismos terapeutas que trabajan en la salud pública. Son todos elementos bloquedadores de procesos y lejos de estimular entorpecen y deprimen la creatividad. Son claramente contextos descalificadores. Tal vez esa sea una de las razones por la que muchos profesionales viajan a los países europeos o a USA en busca de contextos que propicien su tarea, los estimulen y valoricen sus iniciativas.

No obstante, la ilusión de trabajar en contextos propiciatorios para el desarrollo no se debe perder. Cabe destacar que estos profesionales aventuran investigaciones, estudian, crean y se forman en los países líderes y trasladan lo aprendido a sus países de origen. A pesar de que trabajan en contextos donde es "estable la inestabilidad", intentan resilientemente contra la adversidad

Algunos de los focos en la que estos terapeutas sistémicos desarrollan su trabajo, implican a clases sociales bajas con las que se asocia la disfuncionalidad familiar, la marginalidad y la locura. Esta asociación nos hace doblemente responsables en nuestro trabajo, si entendemos a la psicoterapia como un espacio de corrección de desvíos, como ya la hemos definido. La violencia es uno de los factores de riesgo. Violencia en la que se asocian robos, criminalidad, abuso, maltrato y muerte, que en Latinoamérica están en incremento.

El problema de las adicciones, principalmente a las drogas desde la pasta base hasta la sofisticación de las pastillas, que se observan que ya no distingue grupos sociales. La adicción ya ha excedido las clases sociales desposeídas: el problema de la droga es un problema en el mundo pero que constituye un gran estigma para Latinoamérica.

Tales focos no son ni mas ni menos que síntomas sociales que expresan las incompatibilidades y disfuncionalidades de las diversas sociedades latinas. Esto muestra que las problemáticas que se encuentran en los consultorios redundan en una mayor complejidad dada la complejidad del contexto en donde se desenvuelven los conflictos. Un claro sistema de retroalimentación: la complejidad de la complejidad implica complicación, en una estructura social en la que la estabilidad de lo inestable proporciona un paso más cercano a la irresolución. Y allí están los terapeutas sistémicos, ampliando sistemas invitando a los familiares a participar de las sesiones, a sugerir a la pareja a que discuta en la sesión, a mandar prescripciones de conductas para realizar fuera del consultorio. A desarrollar aún más la creatividad en contextos que obligan a usar el hemisferio derecho para obtener medianamente resultados favorables en pos de lograr la felicidad en la vida.

REFERENCIAS

Arruda, J. R. C. (2003). A didactic model for the physics teaching-learning. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, *25*(1), 86-104.

Basaglia, F. y Ongaro Basaglia, F. (1971). *La maggioranza deviante*. Italia: Ed. Einaudi, Turin.

Basaglia, F., Langer, M., Caruso, I., Szasz, T., Verón, E., Suárez, A. y Barrientos, G. (1978). *Razón, Locura y Sociedad*. México: Ed. Siglo XXI.

Basaglia, F. (1977). *Qué es la Psiquiatría*. España: Ed. Guadarrama.

Basaglia F. y García R. (1972). *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* España: Ed. Anagrama.

Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a theory of Schizophrenia. *Behavioral Science, 1*(4), 251-254

Bateson, G. (1972). *Step to an ecology of mind*. USA: Ballantines Books.

Bateson, G. (1979). *Mind and Nature. A Necessary Unity*. New York: E. P. Dutton.

Bateson, G y Ruesch, J. (1984). *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. Nueva York: Norton & Company.

Bateson, G. (1991). *A sacred Unity. Further steps to an Ecology of mind*. New York: Edit. Donaldson.

Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.

Bowlby, J. (2013). *Vínculos afectivos*. Barcelona: Ed. Morata.

Castell, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: Ed. La Piqueta.

Ceberio, R. M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.

Ceberio M. R. y Linares J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica.* Barcelona: Paidós.

Ceberio, R. M. y Watzlawick P. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana.* Barcelona: Paidós.

Ceberio R. M. y Watzlawick P. (2009). *Si quieres ver aprende a actuar. Prescripciones de tareas en psicoterapia*. Buenos Aires: Psicolibro.

Ceberio, R. M. (2009). *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia. El cuerpo del terapeuta como herramienta de intervención*. Buenos Aires: TESEO.

Ceberio (2013). *Más allá de la dicotomía cartesiana.* En Kerman y Ceberio (2013) *En busca de las ciencias de la mente.* Buenos Aires: UFLO

Ceberio M. R. y Kerman B. (2013). *En busca de una ciencia de la mente*. Buenos Aires: UFLO

Ceberio M. R. y Celis, R. (2016). *Constructivismo y construccionismo social en psicoterapia.* Bogotá: El manual moderno.

Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. España: Ed. Paidós.

Cooper, D. (1981). *La muerte de la familia*. España: Ed. Planeta.

Cyrulnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa.

Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.

Ekman, P. (1982). *Emotion in the face.* New York: Cambridge University Press.

Moncada, H., & Kühne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*, *21*(2), 193-201.

Fish, R., Weakland, J. & Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona, España: Herder.

Foerster, H. (1994). *Visión y conocimiento: disfunciones de 2º orden e*n Schnitman, D. (comp.). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. y Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain, 119*, 593-609.

Gentis, R. (1970). *Les murs del'asile*. Fracia: Ed. Maspero.

Gentis, R. (1980). *Curar la vida*. Barcelona: Ed. Grijalbo.

Glasersfeld, E. (1988). *Introducción al constructivismo radical*. en Watzlawick, P. *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

Glasersfeld, E. (1994). *La construcción del conocimiento*. en Schnitman, D. (comp.) *Nuevos paradigmas, cultura y sujetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Goffman, E. (1961) *Assylums.* New York: Ed. Doubleday.

Guatari, F. (1977). *La révolution moléculaire*. París: Editions Recherches.

Grande-García, I. (2009). Neurociencia social: El maridaje entre la psicología social y las neurociencias cognitivas. Revisión e introducción a una nueva disciplina. *Anales de Psicología, 25*(1), 1-20

Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson.* New York: *MD*. Norton.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jervis, G. (1978). *El buen reeducador.* España: Ed. Grijalbo.

Jervis, G. (1979). *El mito de la antipsiquiatría*. Barcelona: Ed. Pequeña Biblioteca Calamus Scriptorius.

Jervis, G. (1981). *Psiquiatría y Sociedad*. España: Ed. Fundamentos.

Keeney, B. (1983). *Aesthetic of Change*. New York: The Guilford Press.

Laing, R. (1971). *El cuestionamiento de la familia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Laing, R. (1976). *The fact of life*. Canada: Ed. Pantheon Books.

Laing, R. (1980). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.

Laing, R. (1961). *The Self and Other. Further Studies in Sanity and Madness*. Londres: Tavistock.

Le Doux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Planeta.

López, M. J. M., García, J. M. M., & González, A. M. (2007). Psicología Social Contemporánea e Intervención Social: Modelo sistémico para orientar la investigación aplicada y la intervención social. *Boletín de psicología*, (91), 55-82.

Maturana, H. y Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: OEA.

Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.

Olabarría, B., & Vázquez, P. (2007). El cambio psicoterapéutico en la investigación clínica desde el modelo sistémico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *27*(1), 7-19

Porlán Ariza, R., & Cañal de León, P. (1988). Bases para un programa de investigación en torno a un modelo didáctico de tipo sistémico e investigativo. *Enseñanza de las ciencias, 6*(l), 54-60

Rizzolatti, G. y Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, *27*, 169-192.

Satir, V. (1972). *Peoplemaking.* USA*:* Ed. Science and Behavior Books.

Satir, V. (1980). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Ed. La Prensa Médica Mexicana.

Selvini Palassoli, M. (1975). *Paradosso e contraparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrénica*. Milán: Feltrinelli.

Selvini Palassoli, M., Cirillo, S., Selvini M. y Sorrentino, A. (1988). *I giocchi psicotici nella famiglia*. Milán: Raffaello Cortina.

Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.

Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing—çcircularity—neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, *19*(1), 3-12.

Selvini Palazzoli, M., & Cirillo, S. (1990). *El mago sin magia*. Barcelona: Piados.

Shazer S. (1992). *Claves en Psicoterapia Breve*. Ed. Gedisa.

Barcelona. España.
Schommer-Aikins, M. (2004). Explaining the epistemological belief system: Introducing the embedded systemic model and coordinated research approach. *Educational psychologist*, *39*(1), 19-29.
Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. USA: Harper & Row.
Szasz, T. (1963). *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. SUP.
Watzlawick, P., Beaving J. & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human comunication*. New York: Norton.
Watzlawick, P., Weakland J. & Fisch R. (1974). *Change - Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Northon.
Watzlawick P. (1988). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa
De Wall, F. (2014). *The Bonobos and the atheist.* USA: Norton & Company.
Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family process, 13*(2), 141-168.
White, M. (1989). *Selected Papers*. Australia: Dulwich Centre Publications.
White, M. & Epton, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona. Paidos.
Wiener, N. (1975). *Cybernetics or Control and Communication in the animal and the machine*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.