

Terapia Sistémica – una deriva particular entre teoría de sistemas y psicoterapia ¹

Kurt Ludewig ²

Resumen

Como ciencia aplicada, la psicoterapia ha fundado sus conceptos y métodos en gran parte basándose en los entendimientos contemporáneos que prevalecen sobre el ser humano y la naturaleza en las ciencias básicas. Durante las últimas décadas ha incorporado en su repertorio conceptual también los conceptos de auto-organización, cibernéticas y teoría de sistemas como, asimismo, sus consecuencias epistemológicas y ontológicas. Este artículo da cuenta, de manera sucinta, del desarrollo histórico de los paradigmas en psicoterapia reconstruyendo paso a paso la introducción del pensamiento sistémico en el campo. Luego, esboza un esquema para una teoría clínica que intenta interrelacionar los diferentes aspectos propios del trabajo clínico (psicoterapéutico) en un todo abarcante que sea, a su vez, lo suficientemente preciso como para permitir su practicabilidad. El artículo termina presentando brevemente los resultados de primeros estudios basados en esta perspectiva conceptual que sugieren su eficiencia.

1. Observaciones históricas: la deriva convergente entre la práctica psicoterapéutica y los conceptos de auto-organización.

Los comienzos de la psicoterapia como una disciplina autónoma, derivan tanto de la medicina como de la psicología y se remontan al último cuarto del siglo XIX. Siguiendo los pasos de su mayor fuente, la medicina, como una ciencia natural aplicada en el *Zeitgeist* del siglo XIX, el sufrimiento personal fue concebido como una manifestación sintomática de un desorden psíquico interno, como un emerger a la superficie de energías psíquicas mal balanceadas. Se asumía que si el proceso intra-psíquico de integrar las energías innatas no tenía éxito al interconectarse adecuadamente con el entorno inmediato, tal proceso dejaría efectos traumáticos en la personalidad, los cuales interferirían entonces inconscientemente con la realización de objetivos conscientes en la vida adulta y, por lo tanto, provocaría sufrimiento. La tarea del terapeuta era concebida correspondientemente como un proveer de un *set* relacional en el cual estos “defectos” podrían ser analíticamente abiertos y trabajados.

¹ **Original publicado en inglés en:** Krohn, W., G. Küppers, H. Nowotny (eds.), *Self-organisation - Portrait of a Scientific Revolution*. Sociology of the Sciences. Yearbook **1990**, Vol 14. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publ, pp. 128-142.

² Traducido del inglés al castellano por **Ernesto E. Guerra**, Temuco, Chile. Traducción corregida y autorizada por el autor, Dr. Kurt Ludewig, en 2008.

El psicoanálisis y su correspondiente psicopatología, se modelaron dentro del paradigma mecanicista. Su mayor preocupación era el funcionamiento interno del aparato psíquico (psicodinámica); su mayor propósito era encontrar vías de entrada y de acabar con su resistencia a la apertura, en función de hacerlo analizable.

Durante el primer cuarto del siglo XX un cambio parcial de orientación tomó lugar. La aproximación experimental al aprendizaje había dado una visión mecanicista del comportamiento (condicionamiento) en términos de *inputs* y *outputs*, mediados por un mecanismo aún-no-explicable (el organismo). La preocupación por los procesos psíquicos fue considerada como mentalística y de ningún interés para estudios científicos. Todo lo que importaba era lo observable, es decir, estímulo y reacción (= comportamientos). La aplicación de principios del aprendizaje a la terapia comenzó, sin embargo, recién después de la Segunda Guerra Mundial, cuando grandes grupos de veteranos con necesidad de tratamiento psicológico excedieron las capacidades existentes de tratamiento. Este nuevo enfoque a la psicoterapia, la terapia conductual, clamaba que en comparación con el psicoanálisis, podría reducir el tiempo de tratamiento considerablemente y probar su efectividad científicamente. Esencialmente, el supuesto psicopatológico de este enfoque era que el sufrimiento proviene de aprender comportamientos maladaptativos o de no aprender comportamientos adaptativos (1). El comportamiento problemático ya no era considerado como un síntoma de un aparato anormal, sino que como la enfermedad en sí misma; la aplicación del modelo médico a fenómenos del comportamiento podría, por lo tanto, ser abandonado. La meta de esta orientación terapéutica es, básicamente, el promover el aprendizaje de lo faltante, y el desaprendizaje de lo inadecuado.

En los años 50, cuando la terapia conductual comenzó a expandirse, aparecieron también otras dos orientaciones importantes de la psicoterapia basadas en la práctica. La primera, el así llamado enfoque humanista o fenomenológico, ganó importancia durante los años 60; la segunda, la terapia familiar, durante los 70. En el trabajo de Carl Rogers (2), un exponente principal del enfoque humanista, se le da una consideración central a la persona del cliente en su totalidad. Los problemas psicopatológicos con los que se lidia en terapia son considerados como resultado de experiencias perturbadoras que retienen a la personalidad de un desarrollo normal (despliegue de sus posibilidades). El trabajo del terapeuta consiste en proveer de un *setting* interpersonal el cual le permita al cliente experienciarse más completamente y así ser liberado de trabas. Para que esto ocurra, el terapeuta necesita centrarse en el cliente, evitando diagnósticos alienantes como, así también, actitudes y comportamientos intervencionistas. Ayudar a convertirse en personas completamente auto-actualizadas, es el objetivo de la terapia.

Como puede ser inferido de lo anterior, la corta historia de la psicoterapia se mueve lentamente desde las analogías de la medicina y la física (mecánicas) hacia modelos fundamentados psicológicamente. Mientras que con respecto a la psicopatología el lugar de sus orígenes cambió desde la psiquis interior a lo interpersonal (aprendizajes, experiencias), con respecto a la terapia sus conceptos cambiaron desde la noción de un analista socialmente apartado a la de un participante activo en una relación social. El siguiente paso en este curso expande su foco de atención a la red social de la cual la persona es parte. Este paso fue dado por la terapia familiar.

Esta nueva práctica de la psicoterapia emerge simultáneamente en diferentes lugares de los Estados Unidos y Europa. Ella responde a las dificultades pragmáticas que aparecían, especialmente, en el tratamiento de jóvenes esquizofrénicos y delincuentes juveniles. Como aprendimos de Harry Goolishian, uno de los innovadores de estos tiempos, los equipos que experimentaban en lo que luego se convertiría en “terapia familiar”, empezaron a transgredir los límites de los estándares vigentes, es decir, del tratamiento individual sin tener apoyo ni de sus instituciones ni de otros grupos (3). Estos prácticos habían observado que la mayoría de los jóvenes llamados esquizofrénicos se recuperaban durante su tratamiento hospitalario, pero que muchos de ellos volvían con serias recaídas después de ser devueltos a sus familias. Más en términos de tratar de entender la dinámica involucradas en estas recaídas, que de pretender expandir la terapia hacia la familia, ellos notaron regularidades en el comportamiento intrafamiliar, las que si pudiesen ser re-dirigidas podrían resultar en un incremento de las probabilidades de recuperación duradera. Este resultado que en gran parte fue un subproducto pragmático de los estudios efectuados en la práctica, llevó a un incremento en el repertorio de nuevas técnicas terapéuticas que, al principio, no estaban respaldadas por conceptos teóricos consistentes. Fue Gregory Bateson quien, junto a Jay Haley, Donald D. Jackson y otros, tratando de entender la comunicación esquizofrénica en el Veterans Administration Hospital en Palo Alto, California, comenzó a influenciar teóricamente el campo, al incluir métodos de la cibernética para describir y explicar el funcionamiento de las familias, en términos de complejos patrones de comportamiento organizados circularmente. La noción de retroalimentación circular autorreguladora, que mantiene la constancia homeostática en las familias se hizo central. Este trabajo fue continuado en el Mental Research Institute en Palo Alto por Paul Watzlawick y sus colegas (4).

Desde esa perspectiva, la familia es vista como un sistema abierto, dedicado a conservar su estructura estable frente a las presiones del ambiente. Los síntomas son conceptualizados como mecanismos de autorregulación que mantienen la homeostasis del sistema que reducen la fluctuación por medio de retroalimentación negativa. Los síntomas, por lo tanto, son implícitamente funcionales. Que ellos, sin embargo, sean considerados como disfuncionales se debe obviamente a su desviación de expectativas normales de como deben operar los miembros de una familia. El sufrimiento proviene de la imposibilidad de terminar tales procesos “disfuncionales”. En correspondencia, la terapia es modelada por la necesidad de re-regular el funcionamiento del sistema a través de intervenciones externas. Dependiendo de la orientación del terapeuta, los objetivos de la terapia varían entre reestructurar la familia, interrumpir sus patrones de comunicación disfuncionales o abordar lógicamente sus visiones de mundo inapropiadas (5). El desarrollo de la terapia familiar llegó a su cúspide en 1978 al ser ampliamente reconocida en su campo cuando el equipo de Milán informó sobre su impresionante efectividad en el trabajo con familias de jóvenes esquizofrénicos (6). Sus conceptos integran en la práctica los pensamientos de cibernéticos y teóricos de la comunicación y de sistemas de forma coherente y efectivamente aplicable. En 1980 el psiquiatra suizo Gottlieb Guntern proclamó finalmente “La Revolución Copernicana en Psicoterapia”, refiriéndose a un cambio radical desde un paradigma analítico basado en la física Newtoniana a uno sistémico basado en la teoría de sistemas moderna y en disciplinas afines (7).

Durante los últimos años de la década de 1970 hubo un incremento importante en el campo del interés por la teoría de sistemas, la auto-organización y sus consecuencias epistemo-

lógicas. Aunque muchos de los principales terapeutas familiares explicaron sus impresionantes éxitos terapéuticos explicaciones en términos *ad hoc* (la mayoría en base a analogías simplistas a la dinámicas de sistemas, e.g. móviles), unos pocos, en búsqueda de explicaciones más coherentes, hicieron un notorio cambio hacia el trabajo de Prigogine, Jantsch, von Foester, Maruyama, y otros científicos involucrados en el estudio de los sistemas auto-organizados (8). El logro histórico de la terapia familiar consiste en haber llamado la atención hacia nociones tales como patrones y procesos en vez de elementos y estados, y hacia complejidad, dinámicas interpersonales y circularidad, en vez de características, dinámicas intrapersonales y causalidad lineal. La terapia sistémica le suma a esto, esencialmente, un cambio en la orientación desde el objetivismo al constructivismo. Esto implica, por lo tanto, un cambio epistemológico.

2. Terapia sistémica

Durante una Conferencia Internacional que se llevó a cabo en 1981 en Zurich, Paul Dell descartó completamente la relevancia teórica de casi todo lo que se había convertido en indispensable como base de la terapia familiar, por ejemplo las nociones de homeostasis, información, sistema abierto, disfuncionalidad, intervención estratégica y paradójica, etc., (9). Un poco más tarde, el volumen de 1982 de la revista *Family Process* incluyó algunos artículos que iniciarían un cambio fundamental en teoría y práctica (10). Las proposiciones avanzadas desafiaban la teoría de la terapia en su misma base. Estas propuestas eran: determinismo estructural y clausura operacional de todo sistema biológico y, por lo tanto, de todo sistema cognitivo y social, con sus consecuencias epistemológicas y ontológicas.

En uno de estos artículos, Paul Dell llama la atención a lo equivocado de una teoría de la terapia basada en homeostasis y estabilidad que falla en explicar su objetivo principal: el cambio. Usando los escritos de Maturana, él propone librarse de la noción de familia como un sistema abierto determinado por sistemas más grandes. En cambio, propone concebir la familia en términos de una entidad estructuralmente determinada que opera en clausura, es decir, sólo con sus propios estados y que, por lo tanto, no puede ser determinado desde el exterior. Desde esta posición, la noción de patología se convierte en obsoleta ya que todos los sistemas funcionan en todo momento lo mejor que pueden. El concepto de clausura operacional pone un tremendo reto a la teoría de la terapia, desde que su derecho a existir se funda precisamente en la posibilidad del cambiar deliberadamente (sanar) individuos y grupos. Bradford Keeney, siguiendo principalmente el pensamiento de Bateson, llama la atención del terapeuta al entendimiento epistemológico de que todo conocimiento y, por lo mismo, todo conocimiento concerniente al funcionamiento tanto de familias como de los terapeutas está ligado a distinciones hechas en el dominio cognitivo de observadores y, por ende, no a una realidad independiente y trascendental. Siendo éste el caso, el terapeuta deja de ser una autoridad objetiva legitimada para tomar decisiones sobre sus clientes. La ética en vez de la objetividad debería constituir la base de la terapia, y la terapia debiera ser entendida como epistemología aplicada. De esto se puede seguir que la terapia no podría ser entendida adecuadamente si es conceptualizada sólo en términos de utilidad pragmática. Esta debe ser implementada en un dominio definido por la complementariedad de pragmática y estética, es decir, de artesanía tecnológica y arte poético. Finalmente, Steve de Shazer afirma que los clientes al unirse a un terapeuta configuran juntos un sistema social

común que se convierte en la entidad relevante. El terapeuta puede dejar de ser visto como un agente interviniente desde el exterior. Desde este punto de vista, él afirma que una teoría de la terapia debiera abordar el modo específico de cooperación entre clientes y terapeuta, y dejar de lado nociones tan tradicionales como la psicoterapia como “poder” (por parte del terapeuta interviniente) y “resistencia” (por parte del cliente). El supuesto de que los clientes finalmente siempre cooperan con el terapeuta, lleva consecuentemente a este último a asumir responsabilidad por comportarse en una manera que se adapte a las formas específicas de cooperación de cada sistema consultante. Esta noción refleja más adecuadamente la autoreferencialidad del sistema terapia; define además un *setting* más ético a través de permitir al terapeuta concebir procedimientos que encajen mejor con las posibilidades de sus clientes siendo así menos dolorosos y malgastadores de tiempo y, por ende, más eficientes.

Los años 80 son la era de la terapia sistémica. Como desarrollo consecuente a la terapia de familia se relaciona con sus orígenes en una manera equivalente a como lo hace la cibernética de primer orden con la de cibernética de segundo orden (11). Su fundamento teórico ha incorporado especialmente las teorías de Maturana sobre autopoiesis, cognición y sociabilidad, pero además la cibernética de la observación de von Foerster, el constructivismo radical de von Glaserfeld y la teoría de los sistemas sociales de Luhmann (12). En este marco, la noción de terapia sistémica puede ser reservada para una práctica terapéutica que toma lugar cuando el o la terapeuta reflexionan y guían sus actividades desde un punto de vista sistémico. Eso quiere decir que él o ella se conciben a sí mismos como miembro activo de un sistema social - el sistema terapéutico - en el cual él o ella conjuntamente con sus clientes crean una realidad terapéutica propicia para el cambio. No existiendo aún un consenso entre los teóricos de la terapia sistémica con respecto a su área de estudio (aparentemente un aspecto inevitable del discurso en psicoterapia), lo siguiente se restringe a describir la posición de nuestro equipo de Hamburgo (13) presentando un proposición esquemática para una teoría clínica basada en el pensamiento sistémico que incluye la literatura relevante unificándola en forma abarcadora y, al mismo tiempo, condensada, es decir, realizable.

3. Esquema para una teoría clínica³

Una teoría de las prácticas psico-sociales para aminorar sufrimiento concebida en forma sistémica y abarcadora precisa de incluir coherentemente lo siguiente: 1) una definición de lo “sistémico”, que sea una demarcación del dominio de conocimiento al cual hace referencia; 2) una descripción del sistema social que sea compatible con 1); 3) una especificación del sistema-problema, es decir, de sistemas sociales centrados en un problema; 4) la formulación del criterio de evaluación de terapias que sea congruente con 1); y 5) una solución metodológica al problema de la terapia y su evaluación concordante con 1) – 4).

³ Teoría clínica se refiere aquí a toda práctica dedicada a aminorar el sufrimiento no haciendo referencia a la distinción en la medicina entre tratamiento clínico y ambulatorio.

3.1 Una definición de “sistémico”

El término “sistémico” ha sido usado en el campo de la terapia con muy poca exactitud. De hecho, “sistémico” tradicionalmente ha servido principalmente como una marca distintiva de las terapias “no-sistémicas” pero sin un significado consensualmente aceptado. Para el propósito de este artículo, el bien establecido adjetivo “sistémico” será especificado en términos que delimitan claramente el dominio del discurso involucrado (15). En un primer acercamiento general, “sistémico” es definido como la especificación de un método general de pensamiento, sin duda “una forma de ver” (16) en relación a los sistemas. Para hacer esta definición generalizada más precisa, seis proposiciones parecen ser suficientes, las cuales, en el marco de esta publicación, no requieren explicaciones más acabadas ya que ellas se refieren al pensamiento implicado en todo este libro, por ejemplo, bio-epistemología, cibernética de segundo orden, auto-organización y teoría de sistemas moderna. Estas son:

- (1) Todo lo dicho es dicho por un Observador*
- (2) El Observador es un ser vivo lenguajeante que hace distinciones en el lenguaje y trae así los objetos a la mano*
- (3) Todo lo dicho es traído a la mano por Observadores en conversación con otros Observadores*
- (4) Realidad es por consiguiente realidad-entre-paréntesis (Realidad), o sea, un argumento de la comunicación*
- (5) Un sistema es una unidad traída a la mano por un Observador que la considera como una unidad compuesta (de elementos y sus interrelaciones)*
- (6) “Sistémico” especifica una visión (una forma de ver) que hace referencia a sistemas como descritos en (5).*

Las proposiciones (2) y (3) definen los términos incluidos en la proposición universal (1): el observador y lo dicho. La proposición (4) deviene de (1-3). La proposición (5) especifica el término “sistema” de acuerdo a las proposiciones anteriores. Finalmente la proposición (6) es consecuencia de (1-5) respaldando la definición general de “sistémico” expuesta más arriba. Este grupo de proposiciones se atiene a lo que Humberto Maturana llamara el camino explicativo de la objetividad-entre-paréntesis (18). Con esto se refiere a que si el observador acepta que él es un sistema humano viviente, debe aceptar además, que está ineludiblemente atado al fenómeno biológico que lo constituye como un observador. En este sentido, un observador no puede hacer nada más que constantemente darse cuenta de su condición como un sistema viviente en-el-lenguaje. Como una unidad autopoieticamente organizada, el sistema viviente es descrito en la biología moderna como un sistema estructuralmente determinado, operacionalmente cerrado y, por lo tanto, autónomo. Por consiguiente, un observador no tiene base operacional para hacer ninguna declaración sobre los objetos, entidades o relaciones, como si estas existiesen independiente de lo que él hace. Consecuentemente, la noción de una realidad trascendental se hace irrelevante, y la objetividad, en términos de una representación acuciosa del mundo, se hace biológicamente inalcanzable. Es el observador quien constituye existencia a través de las operaciones de distinción que hace mientras vive en un dominio de coexistencia en-lenguaje. Los observadores realizan y conservan su organización básica como sistemas humanos vivientes, en tanto conserven su adaptación (compatibilidad) con su entorno. El organismo, como una totalidad, no interactúa con su entorno; puede hacerlo sólo por medio de sus componentes (por ej., células receptoras). Acontecimientos en el entorno podrían tener un

efecto perturbador sobre los componentes del organismo y así gatillar su funcionamiento pero nunca podrán determinar el curso de las reacciones del organismo ya que este se encuentra en todo momento determinado por su propia estructura. Un observador que enfoca al organismo en su proceso de vivir podría hablar de “interacciones instructivas” (estímulos determinantes). Haciendo esto, el observador pasa por alto deliberadamente o inadvertidamente el determinismo estructural del organismo. Ningún agente externo puede determinar intencionalmente el comportamiento de un sistema viviente. Sin embargo, un acabado entendimiento de la estructura de un ser vivo puede permitirle a un sujeto externo provocar en él reacciones esperables con cierto grado de predictibilidad. Por esto, tal sujeto debe o gatillar “apropiadamente” su funcionamiento (dentro de los márgenes delimitados por su estructura), o configurar condiciones marginales en las cuales las reacciones esperables probablemente aparezcan. En ambos casos, incluso aunque el comportamiento del ser vivo pueda parecer al observador como “controlado” por tales circunstancias, es el sistema vivo afectado el cual determina el curso de sus reacciones.

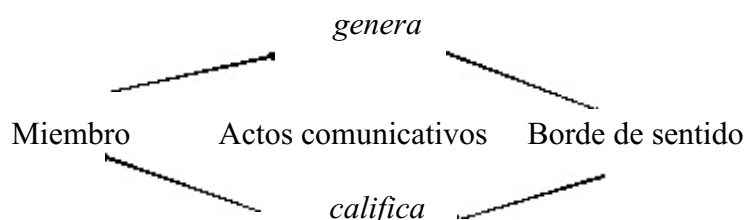
3.2 Sistemas sociales

Actualmente, dos diferentes concepciones de sistema social dominan el ámbito de la terapia sistémica. Uno de ellos se vincula al pensamiento biológico, el otro al sociológico. Las definiciones de índole biológico tratan a los sistemas sociales como compuestos de seres humanos (corporales) y sus interrelaciones (acoplamiento estructural). La interacción social ocurre encarnada en el organismo de los participantes (19). Desde un punto de vista sociológico, Luhmann (20) define los sistemas sociales como compuestos de acciones comunicativas (elementos) y las conexiones (relaciones) entre ellas. En el sentido que ellos producen sus propios elementos (comunicaciones), los sistemas sociales son entendidos como autopoiéticos; los individuos son desplazados al entorno del sistema social. Estando los sistemas sociales compuestos de secuencias de eventos, estos no tienen existencia espacial, sino que sólo pueden ser distinguidos (inferidos) por un observador como unidades temporales. Para hacer estas inferencias, el observador ordena los eventos observados según un criterio particular de continuidad: “sentido” (alemán: Sinn). Sentido implica un proceso fenomenológico de selección bajo condiciones de complejidad que permite discernir cuales eventos pertenecen a una cierta secuencia comunicacional y cuales no. En otras palabras, el sentido permite ordenar todo aquello que “hace sentido” como conjuntamente perteneciente, y, asimismo, a descartar todo el resto de acciones sociales. El sentido delimita las fronteras de un sistema social (“borde de sentido”). Desde la perspectiva de los participantes, sentido es lo que les permite mantenerse en comunicación (adherir adecuadamente), y lo que le confiere estructura a una red comunicacional particular (a través del desarrollo de expectativas).

Con respecto a la terapia, ambas posiciones presentan dificultades conceptuales y pragmáticas para su modelación. Si los clientes son vistos como individuos biológicos, la tarea del terapeuta consiste en perturbarlos apropiadamente, como componentes de un sistema, con el fin de gatillar un cambio en este. Para que esto pueda resultar, el terapeuta precisa de un profundo entendimiento de los clientes en toda su complejidad individual y social. Pero, entender profundamente a los clientes significa compenetrarse en amplias interacciones con ellos (aparte de tener que resolver el problema epistemológico involucrado aquí). El/la terapeuta está, por tanto, confrontado a la difícil tarea de interactuar

apropiadamente sin quedar atrapado en precisamente esos patrones de comportamiento que él/ella trata de cambiar, es decir, sin quedar condicionado por el sistema-consultante. Por otro lado, el entendimiento de los sistemas sociales como meras abstracciones sociológicas compuestas de redes comunicacionales, va en contra de la percepción del terapeuta que se enfrenta a individuos y los ve de cuerpo completo, sentados en frente suyo. Visto de esta manera, ambos conceptos exceden las capacidades cognitivas del terapeuta. Debido a esto, lo siguiente intenta facilitar el entendimiento del terapeuta sobre su tarea con una conceptualización del sistema social⁴ aplicable a la terapia de manera más adecuada. Tal conceptualización debe ser a) sistémicamente coherente e igualmente b) aplicable en la práctica de la terapia, tomando en cuenta que c) el terapeuta trabaja cara a cara con individuos de carne-y-hueso, en d) un proceso social conversacional que debe ser formulado en términos del dominio social.

Todo esto lo hemos intentado por medio de un concepto que sea lo suficientemente concreto para encajar en las percepciones del terapeuta, y lo suficientemente abstracto para adaptarse a la dicción del discurso social: el concepto de “miembro” (21). Por miembro entendemos a un operador social quien efectúa al menos una operación que es adherida, (conectada, enlazada; alemán: *Anschlussbildung*) por la operación de otra entidad de la misma clase (22). Un miembro es siempre encarnado por un ser humano, es por tanto capaz de actuar y conocer, pero su definición no se entrecruza con la de su “generador”, el ser humano. El operador social “miembro” es generado y conservado por un ser humano cuya estructura es a su vez, modulada en algún grado por cada una de las operaciones involucradas en las membrecías que genera. “Miembro” pertenece inseparablemente a una membrecía en un sistema social específico; su definición considera sólo aquellas operaciones (comunicacionales) llevadas a cabo mientras son realizadas. En este sentido, miembros, actos comunicativos, y el borde de sentido de un sistema social específico, se generan y califican como tales mutuamente condicionando recíprocamente su existencia. Esto se ilustra en la siguiente figura:



Aunque el concepto de miembro se asemeja a primera vista al de un rol, ambos conceptos pertenecen notablemente a diferentes dominios de discurso y deberían ser manejados distintivamente: mientras que rol se encuentra ligado en una teoría del rol y por tanto relacionada con nociones estructuralistas y normativas, miembro es definido como una entidad que es inseparablemente conectada a un sistema social particular al co-especificar

⁴En publicaciones posteriores, la definición del sistema social expuesta aquí se restringió a los sistemas interaccionales. En estos sistemas, a diferencia de los sistemas macro-sociales como las organizaciones y las sociedades, las personas integrantes tienen importancia y son incambiables. De ahí que el concepto de “miembro” esté siempre ligado directamente a la persona que lo encarna (Nota del autor, 2008).

sus dinámicas y que pertenece genuinamente al dominio de la teoría (social) de sistemas. En este contexto de membrecía, la noción de rol social se refiere a una descripción generalizada de un programa de comportamiento implementado por un miembro. Tal como una entidad es distinguida en la dimensión social por referencia a otro miembro, este concepto ayuda también a evitar inadecuadas individualizaciones, generalizaciones y reificaciones y así a mantener un “contabilidad lógica” clara entre la entidad y su dominio de existencia (23).

Con respecto a la conceptualización de la terapia en términos sistémicos, el concepto de miembro ofrece una gran ventaja frente a otros conceptos semejantes: El objetivo de la terapia ya no necesita ser concebido en términos de entender “profundamente” y/o cambiar a un ser humano, una persona; sino que, en cambio, basta con concebirla en términos de gatillar adecuadamente la disolución de la membrecía en un sistema-problema.

3.3 El sistema-problema

La utilidad de la conceptualización anterior de los componentes de sistemas sociales se hace más aparente en cuanto definamos el “sistema-problema”, siendo este un sistema social (interaccional) específico centrado en un “problema”. Se postula que un problema de la vida solo puede transformarse un asunto social si pasa a ser tema de una comunicación, es decir, si es expresado comunicativamente y es correspondientemente adherido. Una secuencia de acciones comunicativas debe haberse establecido que es valorada, ya sea por parte de los participantes o por un observador no involucrado, como displacentera, dolorosa, en síntesis, como en necesidad de cambio (de desaparecer). En este sentido, puede aseverarse que un problema es constituido siempre por medio de una comunicación, es decir, por un sistema social que emerge mientras lidia comunicativamente con un tema desagradable. Tal sistema social puede ser denominado “sistema-problema” (24).

Para explicar la aparición de un sistema-problema es necesario, igual que en otros sistemas sociales, considerar simultáneamente dos dominios de discurso con cuidado de no infringir la contabilidad lógica: el dominio de los generadores (seres humanos) y de los operadores (miembros). En el nivel de los “generadores” (participantes) el que se cumplan dos condiciones parece ser suficiente: 1) al menos uno de ellos debe negar, en cierto grado, el derecho de otro a generar un miembro operador aceptable en una interacción específica, es decir, a ser o actuar a su manera (25); y 2) al menos otro debe insistir en tratar de cambiar esa evaluación en sus propios términos. Si este patrón se estabiliza, emerge un sistema social (interaccional) que, al nivel de sus miembros, funciona justo tal cual como cualquier otro sistema social (de otra manera se disolvería). Pero debido al efecto emocional que esta comunicación tiene en las personas que generan a los miembros del sistema, ya sea debido a la experiencia dolorosa de estar siendo negado como un par legítimo, o por comparación con otras membrecías menos problemáticas generadas por la misma persona, esta comunicación tiende a producir sufrimiento y a otorgarle a la evaluación pertinente la calidad de problema. Sin embargo, quizás precisamente debido a que los participantes desean rápidamente disolver (solucionar) el problema, puede ocurrir que una gran cantidad de interacciones (o variaciones sobre el mismo tema) mantengan la comunicación problemática en marcha (26).

El concepto de sistema-problema provee numerosas ventajas teóricas y pragmáticas para la

terapia. Estas se pueden resumir en lo siguiente: El concepto es 1) sistémicamente coherente; 2) se desliga de la necesidad de postular “psicopatología”, “disfuncionalidad familiar”, etc., ya que un sistema-problema no se diferencia fundamentalmente de cualquier otro sistema social; 3) permite definir el objetivo de la terapia en términos de la disolución del sistema-problema en vez de reparar o re-estructurar un aparato psíquico o una estructura familiar; 4) le permite al terapeuta trabajar decididamente con los “recursos” de los clientes, ya que ellos encarnan muchas otras membrecías y disponen, por lo tanto, en todo momento de un repertorio conductual que puede ser gatillado para hacer “algo distinto” en vez de “más de lo mismo”; y 5) libera al terapeuta de la obligación de ser un experto en asuntos de la vida, ya que todo lo que él o ella necesitan hacer es procurar condiciones favorables para un cambio en preferencias en sus clientes. En suma, este concepto libera al terapeuta y a los clientes de enredarse en aquel juego tradicional que consiste en connotarse negativamente el uno al otro (por medio de diagnósticos, tratamientos, resistencias etc.) mientras se trata de encontrar y dar ayuda.

3.4 Criterios de evaluación

La aceptación de las premisas sistémicas expuestas de más arriba nos guía básicamente lejos de los criterios de evaluación tradicionalmente aceptados, es decir, de validar su eficacia en términos de haber “objetivamente” removido el sufrimiento por medio de un tratamiento indicado. Una teoría clínica sistémicamente fundada debe, por lo tanto, generar criterios para la evaluación que sean coherentes con sus premisas. Enfrentado con este problema en el campo de la ciencia, el constructivismo a re-orientado su entendimiento desde la búsqueda de la verdad hacia la apreciación de la utilidad del conocimiento, vale decir, hacia la viabilidad de las soluciones científicas. Incapaces de validar el conocimiento científico en base a una realidad independiente, todas las afirmaciones científicas recaen necesariamente sobre sus autores y su validez depende de la plausibilidad lograda dentro de la comunidad científica. Para que esto ocurra, el conocimiento necesita mostrar utilidad o viabilidad, lo que significa permitir acciones orientadas efectivamente, sin tropezar con obstáculos. El conocimiento puede no “coincidir” (inglés: “*match*”) jamás con la realidad, pero sirve para sobrepasar sus limitaciones al “encajar” (inglés: “*fit*”) con ellas (27).

La concentración en la viabilidad, en términos de una operacionalidad efectiva, como el criterio principal de validez para la orientación terapéutica demuestra en gran parte una coherencia con la perspectiva sistémica, descartando, sin embargo, en última consecuencia, la importancia central del observador como la fuente de todo conocimiento, ya que la causa de la viabilidad proviene en definitiva de lo “tratado”. Opuestamente, siguiendo el camino de la objetividad-entre-paréntesis es el observador quien constituye existencia a través del lenguajear y quien, por lo tanto, puede en cualquier momento reflexionar sobre este proceso de construcción de realidad. En la medida en que el observador tiene, como tal, la capacidad de reflexionar, toma entonces una responsabilidad ineludible frente al mundo en que vive. Siguiendo esta línea de pensamiento, la viabilidad como criterio único de aceptabilidad para un método aparece como insuficiente y debiera ser complementado por un criterio que ate la responsabilidad de las actividades sobre quien las efectúe. De otra manera el discurso está en peligro de recaer en un objetivismo.

Asumiendo que, la terapia es un quehacer social en el centro de los intereses humanos - un lidiar con el sufrimiento que no admite “trivializaciones” (28) - e intentando modelarla sin abandonar el camino de la objetividad-entre-paréntesis, proponemos complementar el criterio de utilidad (viabilidad) con dos criterios adicionales: belleza de forma y humanidad (29). En este sentido, para que un proceso terapéutico sea valorado como aceptable debe no solo demostrar efectividad en términos de resolver un problema por cualquier medio, sino que además debe cumplir consideraciones éticas y estéticas. Estos criterios adicionales permiten a los terapeutas y/o los teóricos de la terapia mantenerse de acuerdo con las premisas sistemáticas sin desligarse de la responsabilidad personal involucrada en los procesos terapéuticos. Ya que estas consideraciones esencialmente subjetivas escapan a las normas nomológicas, se refieren ineludiblemente quienes las proponen. El observador (teórico y práctico) que está dispuesto a ceñirse por estos criterios debe hacer explícito en que medida sus consideraciones teóricas y metodológicas así como también sus aplicaciones prácticas darán lugar a un proceso terapéutico que sea bello, humano y útil. En palabras de Maturana: El conocimiento del conocimiento obliga (30).

3.5 Metodología de la terapia

A la luz de todo lo dicho anteriormente, la terapia puede ser formalmente definida como un proceso conversacional que ocurre mientras se genera, conserva, realiza y termina un sistema interaccional – el sistema terapéutico – bajo las siguientes condiciones: 1) al menos una de las personas involucradas debe definir su membresía como la de terapeuta; 2) al menos otro debe definir su membresía como cliente (usuario), es decir, al declarar su participación como miembro de un sistema-problema como el tema de la conversación con el terapeuta; y 3) sus interacciones deben ser implícitamente o explícitamente limitadas en el tiempo. Si estas condiciones son cumplidas todo lo que puede pasar, desde el punto de vista del observador quien las reconoce como tales, es terapia. Todas las otras condiciones que podrían ser impuestas en la terapia, especialmente en términos normativos, no son sustanciales ya que pueden variar de lugar en lugar y de tiempo en tiempo.

Para que esta definición formal de terapia le sirva al terapeuta como una orientación para definirse a sí mismo como tal, en términos de actitudes y actividades aptas para evocar una cooperación efectiva con sus clientes, esta debe ser operacionalizada. Un número de opciones alternativas han sido tradicionalmente utilizadas con este propósito. Tales son: 1) los efectos de la terapia; 2) las interacciones entre terapeutas y clientes; 3) la duración de la terapia; 4) la estructura del cliente; y 5) la estructura del terapeuta. Debido a las siguientes consideraciones hemos optado por lo último. Para que la terapia pueda ser operacionalizada en términos de su éxito, debe asumirse que los clientes pueden ser deliberadamente “instruidos” o determinados (vea más arriba); la utilización de las interacciones entre terapeutas y clientes requieren de su estandarización y por tanto de una restricción a priori que reduce innecesariamente el espectro de posibles acciones en la terapia; la valoración de la estructura de los clientes, por ejemplo, en términos de la severidad de su enfermedad o de la adecuación a la terapia (predictibilidad del éxito que compense los esfuerzos) es fundada en una suposición de objetividad (sin paréntesis) y, sumado a esto, no tiene ningún sustento ético. Habiendo descartado todas estas opciones, lo que queda para delinear un método, es la estructura de la membresía del terapeuta.

La definición metodológica de la estructura del terapeuta puede ser realizada mediante un programa más o menos generalizado de acciones, es decir, del rol del terapeuta. Esta definición debe tomar en cuenta que 1) todo lo que el terapeuta haga durante la terapia debe ser hecho “como terapeuta”, y 2) que el terapeuta es encarnado por una persona en la única forma que tal persona puede hacerlo. La definición de terapeuta necesita, por consiguiente, dirigirse tanto a la tarea, como a la persona del terapeuta. Más aún, las actividades terapéuticas deben ser conceptualizadas en concordancia con los criterios declarados anteriormente, o sea, en términos de su utilidad esperada (orientación-al-objetivo: disolución del sistema-problema), belleza de su forma (elección de conductas interaccionales e interventivas), y humanidad en la actitud (aceptación respetuosa del cliente). Hemos implementado estos criterios en otro lugar por medio de la formulación de 10 + 1 guías o preguntas-guías para la orientación del terapeuta, las cuales resumen de manera concisa, estas líneas de pensamiento en una manera que ha probado utilidad tanto en términos de orientar las actividades del terapeuta, como de proveer de un marco de referencia para la supervisión (31). Ya que estas pertenecen en primera instancia a la práctica de la terapia, estas guías no serán tratadas en detalle aquí.

4. Resultados de la evaluación

En el campo de la terapia familiar, como así mismo en todos los otros campos de la terapia psico-social, existe un debate continuo con respecto de la eficiencia de los métodos aplicados. Las revisiones escritas por prominentes investigadores de la terapia familiar en los *handbooks* de la última década comprueban, en general, la utilidad empírica de la terapia familiar (32). Por otro lado, aquellos autores enfocados esencialmente a observar las reglas de las metodologías de investigación (a veces, una “metodolatría” o una tendencia a permitir que los métodos de investigación dicten cuales son los datos apropiados) concluyen que la terapia familiar está aún lejos de haber comprobado propiamente su utilidad (33). Ellos afirman que la mayoría de los resultados positivos provienen de muestras clínicas (opuestas a diseños de investigación que usan grupos controles pareados, medidas pre- y post-, grupos placebo, etc.) o de metodologías inadecuadas. Más aún, afirman que tales resultados positivos están contaminados con aquellos de otras orientaciones terapéuticas sin haber sido restados de las muestras investigadas. En suma, el discurso sobre los resultados de la terapia parece ligarse a la disputa tradicional entre clínicos e investigadores en el campo. Mientras que los clínicos actualmente han admitido la terapia familiar en sus campos otorgándole el respaldo de un número de instituciones de entrenamiento y asociaciones profesionales en todo el mundo, los investigadores permanecen escépticos en cuanto a la eficiencia de este método.

Sin embargo es interesante mencionar que, a pesar de esta discusión, las investigaciones más modernas demuestran que la psicoterapia, independientemente del método aplicado, es en general de ayuda, o sea, de mayor ayuda que cuando no ocurre (34). Obviamente, esto significa que a largo plazo todos los métodos son de ayuda si satisfacen, al menos en cierto grado, las expectativas y necesidades de los clientes. Un método terapéutico es, en este sentido, efectivo si al menos supera el margen de la llamada remisión espontánea (35). Más encima, existe evidencia de que incluso una consulta de una sesión puede ser todo lo que se necesita (36). Tomando estos aspectos (entre otros) en consideración se puede deducir que la terapia debiera ser practicada dentro de los márgenes marcados por los extremos de hacer

demasiado (demasiado tiempo, demasiada intervención, demasiada tecnología, etc.) y muy poco (muy poco cuidado, muy poca orientación a las necesidades de los clientes, muy poco optimismo, etc.).

Con respecto a la “terapia sistémica”, entendida como un enfoque que recién aparece en los años 80 (ver más arriba), aún existen pocos informes de resultados (*outcome*). Este enfoque se ha preocupado hasta la fecha⁵ más de aclarar su propio fundamento teórico que de afirmar empíricamente su eficiencia. La mayoría de los informes de evaluación fueron obtenidos clínicamente, y no por medios de metodología tradicional. El Brief Family Therapy Center en Milwaukee da cuenta, por ejemplo, de márgenes de mejoramiento de aproximadamente un 80% después de un promedio de 4-5 sesiones, utilizando llamadas telefónicas como medida de evaluación (Steve de Shazer, comunicación personal, 1988). Estos resultados coinciden con aquellos de otras instituciones de la misma o similar afiliación.

En nuestros propios estudios en la clínica ambulatoria del Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil, en la Universidad de Hamburgo hemos obtenido resultados similares. Desde 1982 hemos estado desarrollando un modo de investigar los resultados de acuerdo con nuestro entendimiento del pensamiento sistémico y con los criterios de evaluación expuestos anteriormente. Se concentra en la apreciación dada por los clientes con respecto a tres aspectos de la terapia: utilidad, belleza de forma (acoplamiento del comportamiento del terapeuta a las expectativas del cliente) y actitud de respeto hacia los clientes. Un primer resultado importante fue obtenido en un seguimiento por carta de todos los clientes que asistieron a sesiones terapéuticas con cuatro terapeutas de orientación sistémica en 1983 (42% rango de contestación). El resultado dispone en favor del optimismo: 75% de los clientes (mayoritariamente familias) contestaron al momento de la encuesta (2-4 años tras el término de la consulta) que el niño que presentaba el problema estaba bien; atribuyeron esto claramente, al menos hasta cierto punto, a las conversaciones mantenidas con nosotros. El resultado más impresionante es, sin embargo, que estos resultados fueron obtenidos, independiente del tipo de problema presentado, después de un promedio de 2,75 sesiones (rango total de 1-12 sesiones).

Si los resultados son verificados mediante un estudio de seguimiento de todos los clientes tratados entre 1984-6 (una primera revisión de 40% de las respuestas lo están) puede ser concluido plausiblemente que un entendimiento sistémico de la terapia no sólo se ajusta correctamente a la autonomía de los seres humanos en teoría, sino que además en términos pragmáticos, al ayudar a resolver problemas eficientemente con las menores perturbación posibles (37). Como tal, actualiza los criterios de utilidad, belleza y respeto calificándolos como condiciones adecuadas de terapia. Adicionalmente, ayuda a superar el dilema mencionado al comienzo de este artículo, es decir, de tener que elegir como un teórico y/o practicante de la terapia, entre cumplir con las reglas de una ciencia (uni-versal) o de actualizar la autonomía personal como una forma viable hacia la construcción de realidades (multi-versales) liberadoras.

⁵ Aquí se trata del año 1990. Actualmente, en 2008, existe un cuerpo bastante amplio de investigaciones de *outcome* que respaldan la apreciación que la efectividad de la terapia sistémica puede ser considerada como empíricamente comprobada (Nota del autor, 2008).

Notas y Referencias

1. Véase, por ejemplo: H.J. Eysenck, S. Rachman, *The Causes and Cures of Neuroses*, London: Routledge and Kegan Paul, 1965; Ch. Kraiker (ed.), *Handbuch der Verhaltenstherapie*, Munich: Kindler, 1974.
2. C.R. Rogers, *Client-centred Therapy*, Boston: Houghton- Mifflin, 1951; *On Becoming a Person*, London: Constable, 1961.
3. H.A. Goolishian, taller en Hamburgo, 1986. Véase también: H. Anderson et al., 'The Galveston Family Institute: Some personal and historical perspectives', en: D. Efron (ed.), *Journeys: Expansion of Strategic-Systemic Therapies*, New York: Brunner/Mazel, 1986; G. Bateson et al., *Schizophrenie und Familie*, Frankfurt: Suhrkamp 1969; L. Hoffman, *Foundations of Family Therapy*, New York: Basic Books, 1981.
4. G. Bateson et al., *op.cit.*, 1969, nota 3. Véase también: P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, *Pragmatics of Human Communication*, New York: Norton, 1967.
5. C. Sluzki (cf. *Family Process* 22: 469-476, 1983) señala que los tres enfoques predominantes en terapia familiar se concentran principalmente o en los procesos, las estructuras o la visión de mundo de las familias. El enfoque estructural-estratégico interviene en restaurar una estructura (normativa) familiar "saludable", e.g. S. Minuchin, *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, 1974; J. Haley, *Problem-Solving Therapy*, San Francisco: Jossey-Bass, 1976. El enfoque interaccional-procesual se centra en interrumpir patrones de comunicación "disfuncionales", e.g. P. Watzlawick, J. Weakland, R. Fisch, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, New York: Norton, 1974. El enfoque que apunta a cambiar las visiones de mundo de las familias (*epistemes*) se origina especialmente en el equipo en Milán, véase nota 6.
6. M. Selvini-Palazzoli et al., *Paradox and Counterparadox*, New York: Aronson, 1978. Véase también: Selvini et al., 'Hypothesizing -Circularity - Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session', *Family Process* 19: 3-18, 1980.
7. G. Guntern, 'Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma', *Familiendynamik* 5: 2-41, 1980.
8. Por ejemplo: P.F. Dell, H.A. Goolishian, Ordnung durch Fluktuation: Eine evolutionaere Epistemologie fuer menschliche Systeme', *Familiendynamik* 6: 104-122, 1981.
9. P.F. Dell, 'From systemic to clinical epistemology', en: *Zusammenhaenge* 3, Institut fuer Ehe und Familie, Zurich, 1982.
10. *Family Process* 21, 1982: P.F. Dell, 'Beyond Homeostasis: Toward a concept of coherence', pp. 21-41; B.F. Keeney, 'What is an epistemology of family therapy?', pp.153-168; B.F. Keeney, D.H. Sprenkle, 'Ecosystemic Epistemology: Critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy', pp. 1-19; y S. de Shazer, 'Some conceptual distinctions are more useful than others', pp. 71-84. Con respecto a la búsqueda de conceptos pragmáticos y estéticos en terapia, véase también: H. Stierlin, 'Family Therapy - A science or an art?', *Family Process* 22: 469-476, 1983; K. Ludewig, R. Schwarz, H. Kowerk, 'Systemische Therapie mit Familien von "psychotischen" Jugendlichen', *Familiendynamik* 9: 108-125, 1984.

11. H. von Foerster, *Sicht und Einsicht*, Braunschweig: Vieweg, 1985. Con respecto a la terapia, véase: L. Hoffman, 'Beyond Power and Control: Toward a "second-order" family systems therapy', *Family Systems Medicine* 3: 381-396, 1985.
12. H.R. Maturana, *Erkennen: Die Organisation und Verkoerperung von Wirklichkeit*, Braunschweig: Vieweg, 1982; H.R. Maturana, 'Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument', *Irish Journal of Psychology* 9: 25-82, 1988; H.R. Maturana, F.J. Varela, *The Tree of Knowledge*, Boston: New Science Library, 1987 (*El árbol el conocimiento*, Santiago: Univ. de Chile 1984); H.v. Foerster, *op.cit.*, 1985, nota 11; E.v. Glasersfeld, *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*, Braunschweig: Vieweg, 1987; N. Luhmann, *Soziale Systeme*, Frankfurt: Suhrkamp, 1984.
13. Las nociones resumidas aquí han sido extensamente elaboradas en: K. Ludewig, '10+1 Leitsatze bzw. Leitfragen', *Z. systemische Therapie* 5: 178-191, 1987, (engl. in: J. Hargens (ed.), *Systemic Therapy. A European Perspective*, Broadstairs: Borgmann, 1989); 'Nutzen, Schoenheit, Respekt - Drei Grundkategorien fuer die Evaluation von Therapien', *System Familie* 1: 103-114, 1988a; 'Problem - "Bindeglied" klinischer Systeme', en L. Reiter et al. (eds.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*, Berlin: Springer, 1988b.
14. Los conceptos presentados están relacionados teóricamente a aquellos del Galveston Family Institute, cf. H.A. Goolishian, H. Anderson, 'Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten' en L. Reiter et al.(eds.), *op. cit.*, 1988, nota 13; y pragmáticamente a aquellos del Brief Family Therapy Centre en Milwaukee, cf. S. de Shazer, *Keys to Solution in Brief Therapy*, New York: Norton, 1985, y *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*, New York: Norton 1988. Estos difieren de ellos, sin embargo, en términos de focalización. En donde Goolishian centra su interés en entender los sistemas de significados y en el diálogo, y de Shazer focaliza su interés en las dinámicas de cambios rápidos a través de intervenciones, nuestras proposiciones se concentran en definir al terapeuta en una manera general, que es propicia para provocar cambios rápidos mediante el diálogo.
15. Ludewig, *op.cit.*, 1987, nota 13.
16. F. Steier, 'On cybernetics as reflexive understanding', *Continuing the Conversation: A Newsletter of Ideas in Cybernetics* 12: 7-8, 1988.
17. Las declaraciones (1) hasta la (5) son derivadas de las proposiciones adelantadas por Maturana y Varela, *op.cit.*, 1987, nota 12.
18. Maturana, *op.cit.*, 1988, nota 12.
19. H.R. Maturana, 'Biologie der Sozialitaet', *Delfin* 5: 6-14,1985.
20. Luhmann, *op.cit.*, 1984, nota 12.
21. Ludewig, *op.cit.*, 1988b, nota 13.
22. Esta noción está en alguna medida relacionada al individuo, como lo discutiese P. Hejl, véase, por ejemplo, 'Zum Begriff des Individuums' en G. Schiepek (ed.), *Systeme erkennen Systeme*, Munich: Psychologie Verlags Union, 1987.

23. Maturana y Varela, *op.cit.*, 1987, nota 12. Con respecto al dominio de la terapia, véase: K. Ludewig, 'Von Familien, Therapeuten und Beschreibungen. Vorschlaege zur Einhaltung der logischen Buchhaltung', *Familiendynamik* 11: 16-28, 1986.

24. Ludewig, *op.cit.*, 1988b, nota 13. En cierta forma nociones similares pueden encontrarse en Goolishian and Anderson, *op.cit.*, 1988, nota 14, y en Luhmann, *op.cit.*, 1984, ch. 9, nota 12.

25. Aquí seguimos esencialmente a Maturana, *op.cit.*, 1988, nota 12, y C.L. Mendez, F. Coddou, H.R. Maturana, 'The bringing forth of pathology', *Irish Journal of Psychology* 9: 144-172, 1988.

26. La pretendida solución se convierte en el problema. Véase: Watzlawick et al., *op.cit.*, 1974, nota 5.

27. S.J. Schmidt (ed.), *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*, Frankfurt: Suhrkamp, 1987.

28. H. von Foerster, *op.cit.*, 1985, nota 11. Apunta con esta noción, al proceso envuelto en funcionalizar al ser humano como si este fuese una maquina trivial, es decir, un aparato no autoreferencial determinado por estímulos externos.

29. Ludewig, *op.cit.*, 1988a, nota 13.

30. Maturana y Varela, *op.cit.*, 1987, nota 12. Véase además: 'Hinter den Kulissen der Kognition. Mit Humberto Maturana im Gespraech', *Familiendynamik* 13: 165-170, 1988.

31. Ludewig, *op.cit.*, 1987, note 13.

32. Véase, por ejemplo: A.S. Gurman and D.P. Kniskern, 'Research on Marital and Family Therapy: Progress, perspectives, and prospect' en: S. Garfield and A. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, New York: Wiley, 1978; A.S. Gurman and D.P. Kniskern (eds.), *Handbook of Family Therapy*, New York: Brunner/Mazel, 1981; T. Jacob (ed.), *Family Interaction and Psychopathology*, New York: Plenum, 1987.

33. Por ejemplo: R.A. Wells and A.E. Dezen, 'The results of family therapy revisited: The nonbehavioral methods', *Family Process* 17: 251-274, 1978; H.-P. Heekerens, 'Systemische Familientherapie auf dem Pruefstand', *Z. Klinische Psychologie* 17: 93-105, 1988.

34. Por ejemplo: R. Cohen, 'Verhaltenstherapie zu Beginn der achtziger Jahre', *Psychologische Rundschau* 35: 1-9, 1984.

35. En una serie de publicaciones fechadas antes de 1952, Eysenck (e.g. *The Effects of Psychotherapy*, New York: Science House, 1969) ha perturbado a fondo el campo de la investigación en psicoterapia mediante la entrega de evidencia empírica que alrededor de 65% de los pacientes en "lista de espera" sin recibir tratamiento se recuperaron espontáneamente luego de un tiempo. Un método terapéutico debería superar el rango de remisión espontanea en función de ser tomado seriamente.

36. M.Y. Talmon, *Single session therapy: Dropouts or miracles?*, San Francisco, en preparación.

37. Este estudio dió resultados equivalentes a los nombrados en el texto, ver: Ludewig K: Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erste Ergebnisse. In: *System Familie*

6: 21-35, 1993.; será nuevamente publicado en la sección System Familie de www.systemmagazin.de en algunos meses más.

Sobre el autor:

Kurt Ludewig Cornejo nació en Valparaíso, Chile. Vive desde 1965 en Alemania donde estudió psicología en la Universidad de Hamburgo, diplomándose en 1971 y doctorándose (Ph.D.) en 1978. Entre 1974 y 1992 trabajó como docente y psicólogo clínico en el departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Universidad de Hamburgo, de 1992 hasta 2004 como Psicólogo-Jefe de la Clínica de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Universidad de Muenster. En 1984 fue director fundador del Instituto de Estudios Sistémicos en Hamburgo, en 1993 co-fundador y primer presidente de la Sociedad Sistémica de Alemania y de 2001-2004 miembro del Consejo Ejecutivo de la sección de organizaciones nacionales de terapia sistémica de la European Family Therapy Association. Jubiló en 2008 y se dedica actualmente al perfeccionamiento de profesionales en varios institutos europeos.