



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento De Psicología

Características de la práctica clínica del Equipo de Psicoterapia de
Parejas del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.
Lineamientos para un modelo de atención clínico específico

Memoria para optar al título de Psicólogo

Autor:

George Barra Chávez

Profesor Patrocinante:

Felipe Gálvez Sánchez

Santiago
Diciembre, 2014

***A mi madre, por alimentar mi espíritu
A mi padre, por enseñarme a volar
A mis hermanos, por su compañía***

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
PREGUNTAS DIRECTRICES.....	11
MARCO TEÓRICO.....	12
PAREJA.....	12
<i>La Pareja y la complejidad de su definición.....</i>	<i>12</i>
<i>El amor-pasión y el enamoramiento, un invento reciente.....</i>	<i>13</i>
<i>Algunas definiciones actuales de pareja.....</i>	<i>17</i>
<i>Elementos centrales en la consideración de pareja.....</i>	<i>20</i>
<i>Pareja y transformación Social. Las “otras parejas”.....</i>	<i>24</i>
TERAPIA DE PAREJA Y MODELOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN.....	28
<i>Historia de la terapia de pareja.....</i>	<i>28</i>
<i>Modelos teóricos de atención clínica ¿Como nacen? Diferencias entre teoría y práctica.....</i>	<i>31</i>
<i>Algunos Modelos influyentes en la Terapia de Pareja.....</i>	<i>34</i>
PSICOPATOLOGÍA Y PAREJA.....	45
<i>Relación de pareja y Psicopatología.....</i>	<i>45</i>
<i>Terapia de pareja en personas con psicopatología. Modos de abordaje terapéuticos.....</i>	<i>48</i>
<i>Abordajes terapéuticos basados en intervenciones de pareja y familia para algunos trastornos psiquiátricos.....</i>	<i>53</i>
<i>Terapia de pareja y familia en los trastornos psiquiátricos. Una necesidad creciente.....</i>	<i>60</i>
MARCO METODOLÓGICO.....	64
ENFOQUE.....	64
TIPO DE ESTUDIO.....	66
FOCO.....	67
DIMENSIONES.....	69
MUESTREO.....	70
TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS.....	71
<i>Observación Participante.....</i>	<i>72</i>
<i>Focos Group entrevista Focal Grupal.....</i>	<i>74</i>
<i>Entrevista semi estructurada:.....</i>	<i>76</i>
TIPO DE ANÁLISIS.....	77
<i>Respecto a la triangulación en esta investigación.....</i>	<i>78</i>
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS.....	80
DIMENSIÓN ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO.....	80
DIMENSIÓN CONTEXTUAL.....	88
DIMENSIÓN EQUIPO.....	99

DIMENSIÓN TÉCNICA.....	104
DIMENSIÓN TEÓRICA.....	110
DIMENSIÓN META-TEÓRICA	114
CONCLUSIONES.....	120
REFLEXIONES FINALES	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
ANEXOS	137

RESUMEN

La presente investigación intenta describir las características de la práctica clínica del equipo de psicoterapia de pareja del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B, el cual es un importante centro de salud mental y psiquiatría del país. La finalidad es establecer algunas características que debería tener un modelo de atención de parejas en un contexto como éste. El estudio es abordado desde la metodología cualitativa, con fines exploratorios y con elementos etnográficos en su diseño y ejecución metodológica. A través del trabajo de campo con observación participante, grupos focales y entrevista semiestructurada se recolectaron los datos, los cuales fueron procesados a través de análisis interpretativo de discurso. Cualidades del contexto, como el modelo biomédico derivado de la psiquiatría, condiciones de hospital público, usuarios con vulnerabilidad social en distinto grado, junto con las características de un equipo terapéutico pequeño, de conformación reciente, son variables que inciden de manera importante en caracterizar la práctica clínica del equipo de pareja, la cual está investida en gran medida por los estilos terapéuticos personales de sus integrantes que comparten una visión común de la terapia sistémica de pareja.

Palabras claves: terapia de pareja, modelos terapéuticos, psicopatología.

INTRODUCCIÓN

La terapia de parejas comprende un campo complejo dentro de la psicología clínica, pues la naturaleza que implica este vínculo hace que sea considerado por varios autores, como uno de los más íntimos, difíciles e importantes que establecen las personas (Biscotti, 2006; Vicencio, 2011). Por la misma razón, las relaciones de pareja han sido fruto de muchos estudios, y no sólo por parte de la Psicología como disciplina, sino que además parte de otras ramas como la sociología, la literatura, el arte, etc., intentando comprender y explicar lo complejo de la naturaleza de esta relación provista de intensas emociones en la que el dolor es también parte de ella (Vicencio, 2011).

Por ser un vínculo afectivo significativo, la relación que existe entre éste y la salud mental de las personas es muy estrecha, de ahí también que esté directamente asociado a un dispositivo de ayuda como lo es la psicoterapia de parejas. El estrés en la relación de pareja afecta o incide en la aparición de algún trastorno psiquiátrico o aparece descompensando los pre-existentes (Baucom, Whisman. & Paprocki, 2012). Al contrario, cuando las relaciones de pareja son satisfactorias, no sólo los efectos son positivos para la salud mental de los miembros de la dupla, sino que para su salud física, longevidad, patrones de crianza y mejor rendimiento académico de sus hijos (Carr, 2014).

Parece relevante entonces considerar la relación de pareja cuando se intenta abordar el tratamiento de personas que, junto a la necesidad de trabajar sus conflictos relacionales, tienen también el peso de haber sido diagnosticadas con algún trastorno de salud mental. Considerar el ambiente familiar y comunitario de los pacientes con cuadros psicopatológicos, ha sido parte importante de la reforma psiquiátrica en el mundo a partir de los años sesenta, lo que implica un trabajo directo con sus relaciones más significativas. Esto es congruente con los postulados del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile, como un intento de superar la lógica tradicional del modelo biomédico como la única modalidad de tratamiento para los pacientes con patología psiquiátrica (Díaz, Erazo, Sandoval, 2008).

A la luz de lo anterior, la psicoterapia de pareja en un contexto psicopatológico pareciera posicionarse como una alternativa que debiera considerarse y ofrecerse a los usuarios de los sistemas de salud público y, aún así, son pocas las experiencias en esta línea. Las investigaciones que han abordado el tema de la psicoterapia de pareja en pacientes psiquiátricos, se han enfocado principalmente en la efectividad de la terapia de ciertos enfoques clínicos, concluyendo, entre otros hallazgos, que la terapia de pareja es más efectiva que la terapia individual o que la terapia de pareja combinada con el tratamientos médico (farmacológico), es más efectiva que sólo el tratamiento médico (Tapia, 2005; Carr, 2014).

En las revisiones de investigaciones internacionales que han realizado algunos autores, no se ha encontrado diferencias significativas en la efectividad de los diferentes modelos teóricos de psicoterapia de pareja o de familia para trastornos mentales. Pero sí muestran que sólo algunos modelos teóricos de psicoterapia de pareja han sido más estudiados que otros. Por ejemplo, los enfoques de terapia de pareja con mas estudios de validación empírica son, el de terapia de pareja conductual tradicional, el cognitivo conductual, la terapia centrada en las emociones, la terapia sistémica estratégica, comparados con los enfoques de terapia de pareja boweniana, terapia de pareja psicodinámica y las terapia derivadas del construccionismo social y la narrativa, los cuales aún no tienen investigaciones de validación empírica suficiente (Tapia L., 2005; Carr A., 2014).

En relación a esto, Tapia (2005) argumenta que existe una brecha significativa entre la investigación y labor clínica, señalando la importancia de una integración entre la sabiduría de la experiencia clínica y el rigor de la investigación. La investigación aporta evidencia que puede y debe ser implementada en el trabajo clínico, y la riqueza de la clínica dada por los terapeutas, entrega a la investigación temas importantes que no sólo tengan que ver con la eficacia de resultados, sino también de los procesos clínicos que debieran desarrollarse en las investigaciones (Tapia, 2005).

Por lo demás, las investigaciones acerca de terapia de pareja y modelos de terapia en psicopatología son recientes, con poca información y enfocados a la efectividad de las terapias (Carr, 2014), disponiéndose de escasa información al revisar literatura local y específicamente estudios realizados en Chile acerca de este tema. Todo esto ofrece un

escenario de vacío teórico además que plantea desafíos a la investigación empírica, ligado al trabajo permanente con parejas, más aún en contextos institucionalizados.

Los espacios clínicos ofrecen un importante campo de posibilidades para el desarrollo de la psicoterapia, especialmente como fuente para la creación de modelos clínicos de atención. Al respecto, un modelo se genera en la medida que ciertas prácticas estén siendo ejecutadas con tendencia a repetirse en el tiempo y más aún si estas acciones tienen resultados favorables (Gálvez, 2010; Zlachevsky, 1996). Gálvez (2010) en relación a la formación en psicoterapia, agrega que los espacios clínicos no son instancias en donde las teorías o modelos son llevados a la práctica, sino que las mismas prácticas clínicas generan elucubraciones y reflexiones que van produciendo modelos y teoría.

Un importante campo clínico para varias profesiones relacionadas con la salud mental y la psiquiatría en Chile, lo constituye el Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, el cual es un centro hospitalario que pertenece a la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud del país. Este centro constituye una importante institución de referencia local y nacional para el tratamiento, detección precoz y rehabilitación de los problemas de salud mental y psiquiatría de país, siendo el más antiguo en esta especialidad con 162 años desde su fundación (Escobar, 2013). En su ámbito de atención ambulatoria, el instituto cuenta con un centro adosado de especialidades, donde funciona la unidad de psicoterapia, dentro del cual recientemente se ha formado la unidad de psicoterapia de parejas.

El equipo de terapia de parejas supone un espacio clínico para el desarrollo de prácticas psicoterapéuticas basadas en la formación y experiencia profesional de cada uno de los integrantes, las cuales convergen en características propias del modo de funcionamiento del equipo. Este modo de operar está inserto en un contexto con cualidades y características propias de la condición psicopatológica de los usuarios y de la institución donde se lleva a cabo el proceso de psicoterapia. Esta práctica clínica en su repetición cotidiana, implica la generación de pautas terapéuticas que van conformando un modo del hacer en la clínica de parejas, que podrían dar cuenta de un modelo naciente de psicoterapia particular de este equipo.

Un modelo de psicoterapia puede ser entendido como un conjunto de acciones que dan cuenta de un modo de operar en la realidad, que traduce un marco epistemológico y teórico propio, que fundamentan el quehacer y que articula los diferentes elementos que interactúan en el proceso terapéutico (Gálvez, 2010; Zlachevsky, 1996). Un modelo dirige, ordena y define el proceso de psicoterapia, actores involucrados en él, incluyendo situaciones de contexto e intervenciones terapéuticas que se desarrollan en la práctica clínica.

Dicho lo anterior y considerando el insuficiente estado de las investigaciones locales sobre modelos de psicoterapia de pareja en contextos psiquiátricos, la pertenencia a una connotada institución de salud mental y psiquiatría con una importante actividad formativa, este equipo de psicoterapia de pareja constituye un espacio clínico propicio para el desarrollo de modelos de psicoterapia de pareja. Resulta interesante y trascendente indagar las características y condiciones contextuales que operan en la práctica clínica cotidiana que el equipo realiza y que pudiera configurar un modelo de atención de terapia de pareja propio. Se asume que la escasa cantidad de tiempo de conformación y el poco tiempo disponible fuera de las atenciones, no han permitido que este particular equipo pueda sistematizar sus prácticas, menos aún disponer de un modelo (aunque naciente) que sea declarado y difundido como una praxis replicable. Es a partir de estos antecedentes que se genera la siguiente pregunta de investigación **¿Cuáles son las características de la práctica clínica de la unidad de parejas del Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak que tiene presentes las condicionantes del contexto y que podrían configurar las bases de un modelo específico de atención de parejas?**

Responder a esta pregunta permitiría reconocer cuáles son los elementos y características que debería tener un modelo de psicoterapia de parejas propio de una institución psiquiátrica y de salud mental pública como lo es el Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz B., con la relevancia de aportar conocimiento a la propia práctica del equipo. Una sistematización posible (que recoja estilos de trabajo en base a las condicionantes que están impactando su práctica) otorgaría una visión externa acerca del funcionamiento interno del equipo, incluyendo sus marcos teóricos de referencia, métodos y técnicas; y la relación que establecen con el contexto psiquiátrico. Esta visión externa podría ser útil

para el equipo, de manera tal que pueda ofrecer un mayor conocimiento de su operar y ser una instancia de revisión, reflexión y confirmación de sus prácticas.

Por otro lado, existe también una relevancia teórica, ya que el conocer las características y condiciones de la práctica clínica de un equipo de parejas que atiende personas con psicopatología, aportaría con información descriptiva importante para futuras investigaciones. Los estudios exploratorios, como es el caso de esta memoria, son útiles cuando no se conoce mucho el fenómeno a abordar y entregan los primeros acercamientos del fenómeno para posteriores estudios en esta área. Por último, es importante considerar que este estudio se enmarca en un tema poco abordado por la investigación, con escasas indagaciones locales, siendo un área de reciente interés, con una brecha bastante amplia entre la investigación y la labor clínica de los psicoterapeutas, por lo que vendría a aportar discretamente a esta carencia investigativa en el área de la psicoterapia de parejas.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las características de la práctica clínica de la Unidad de parejas del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz, que tienen presente las condicionantes del contexto

Objetivos Específicos

Describir estructura y organización de la unidad de terapia de pareja para desarrollar la labor clínica.

Describir las principales técnicas y tácticas que desarrolla la unidad de terapia de pareja en su práctica clínica cotidiana.

Conocer las principales referencias teóricas que sostienen la práctica de la unidad de terapia de pareja.

Identificar las condicionantes del contexto que impactan la práctica clínica de la unidad de terapia de pareja.

Preguntas directrices

¿Cómo se estructura la unidad de terapia de pareja del instituto psiquiátrico?

¿Cómo se organiza el equipo de terapia de pareja para desarrollar su práctica clínica?

¿Qué dinámicas internas se dan en el operar del equipo de terapia de pareja?

¿Cuáles son las técnicas y tácticas de intervención terapéutica que desarrolla el equipo de terapia de parejas del Instituto psiquiátrico?

¿Cuáles son los marcos teóricos y conceptuales que están a la base de la práctica clínica del equipo de terapia de pareja del Instituto psiquiátrico?

¿Cuál es la visión de salud mental que fundamentan las posturas teóricas y meta teóricas del equipo de terapia de parejas del Instituto psiquiátrico?

¿Cuál es la visión de la psicoterapia de pareja que sustenta el posicionamiento de la práctica, de la teoría y meta teoría del equipo de pareja del Instituto psiquiátrico?

MARCO TEÓRICO

PAREJA

La Pareja y la complejidad de su definición

Dar una definición de pareja pareciera a primera impresión ser algo que no presentara mayor dificultad. De la Espriella R. (2008) señala que podría ser definida como una relación significativa, consensuada, con estabilidad en el tiempo y su referente más obvio a través del tiempo, ha sido el matrimonio. Sin embargo, existen parejas no mediadas por el matrimonio u otro rito o acto legal, las cuales quedarían fuera de los límites establecidos por esta definición, como aquellas uniones de hecho ya sean hetero u homosexuales.

Resulta interesante entonces, comenzar este apartado con lo que plantea Phillippe Caillé, reconocido terapeuta de pareja noruego, respecto a la definición de ésta. Para él, la definición de pareja es compleja y multiforme, asegurando que como primera característica a señalar, es que no admite una definición simple. En sus propias palabras plantea:

“La relación de pareja tiene la propiedad de adoptar múltiples formas sin dejar de ser identificable como tal. Por lo tanto, puede resultar engañoso, arriesgado incluso, intentar circunscribirla al marco de una definición exhaustiva, que siempre dejaría afuera algunos aspectos significativos”
(Caillé, 2011, p. 21).

Pareciera que esta complejidad responde a los nuevos cambios experimentados por la sociedad y que necesitan nuevas lógicas de comprensión de la realidad humana. Es por esto, la necesidad de abordar la definición y comprensión de “La pareja” desde una perspectiva actual posmoderna en la que varios terapeutas de pareja como Caillé, Vicencio, Biscotti, también los terapeutas chilenos Coddou y Méndez, entre otros, se han posicionado. Aceptar la posmodernidad como el marco referencial desde donde observar los fenómenos implicados en el estudio de la pareja humana, significa considerar estos

nuevos aportes como una mirada que viene a ampliar el horizonte, ya establecido por algunas clásicas definiciones.

Uno de los nuevos aportes que han venido a definir la pareja contemporánea es la ofrecida por Jorge Sánchez, quien se ha dedicado al tema de la pareja y la posmodernidad. Él define pareja como “una organización social y una manifestación cultural inscritas en una relación y un vínculo emocionales” (Sánchez, 2008, p. 140).

Esta definición de pareja contiene dos ideas que servirán para hacer una distinción importante en la comprensión del concepto. Una es el carácter de organización social-cultural y la otra es el vínculo emocional. A través de la historia de la civilización, varios autores señalan que la existencia de la pareja como institución social tiene una data mayor que la relación amorosa, dejando claro que “la pareja” como institución social y representada por el matrimonio, no siempre coincidía con “la pareja amorosa” basada en el romance, pasión y la libre elección. Esto quiere decir que el amor de pareja y el tipo de vínculo sociocultural establecido, hacen referencia a dos condiciones distintas, no necesariamente unidas y que la relación entre estos elementos ha variado de acuerdo a las épocas y culturas (Vivencio, 2011; Sánchez, 2008; Luco, 2013).

El amor-pasión y el enamoramiento, un invento reciente.

Lo recién expuesto más arriba abre el camino para aproximarnos a un aspecto que ayuda a comprender el concepto de pareja y el concepto de amor pasión. Esto tendría que ver, además, con el devenir histórico de la relación dada entre amor y pareja.

Para muchos autores es claro que el enamoramiento o el amor pasión que se da en la pareja, es un concepto reciente que no tiene más allá de 150 años de evolución en la historia social del hombre (Vivencio, 2011; Sánchez, 2008; Luco, 2013).

Alfonso Luco (2013) dedica un capítulo de su obra al recorrido a través de la historia del amor y las relaciones de pareja, advirtiendo tomar en cuenta que los vestigios escritos en que se basa la historia están narrados en su mayoría por varones, por lo que habría un

sesgo en los hallazgos históricos. Los siguientes párrafos tienen que ver con la revisión que este autor hace de aquello.

En la Grecia clásica, las mujeres griegas eran casadas tempranamente, como los partos significaban un riesgo, las relaciones sexuales eran exclusivamente para la procreación, luego de los veinte años, la vida sexual de la mujer casada llegaba a su fin. Para buscar placer erótico, estaban las cortesanas, las esclavas, las concubinas y además se debe agregar las relaciones homosexuales de hombres mayores con jóvenes adolescentes. Estas relaciones tenían alguna semejanza con el enamoramiento como se conoce hoy en día, en el caso de las relaciones homosexuales no debían perdurar más allá de la adolescencia.

Para los griegos la máxima figura erótica era el cuerpo masculino, Platón llamaba “amor celestial a las relaciones entre varones, en contraste con “amor vulgar” al deseo sexual hacia la mujer. En estas sociedades las mujeres, casi sin excepción, eran consideradas seres inferiores y enamorarse de ellas era descender en la escala moral y someterse a un subalterno. La visión generalizada del amor como la conocemos hoy era considerada un hecho insólito e incluso una enfermedad.

Aunque la posición de las mujeres era mejor en la cultura romana al depender económicamente del padre y no del marido, continuaban siendo consideradas seres inferiores y el amor aun estaba lejos de integrarse al concepto de pareja. La situación comenzó a cambiar con el cristianismo, religión del amor, en la cual, según postula San Pablo, el hombre y la mujer deben amarse, tal como Cristo amó a la Iglesia. Si bien el cristianismo no cambió la posición de la mujer, ya se aprecia la unión de la pareja por algún vínculo emocional. Sin embargo, el placer sexual sigue identificado con el pecado y quedó excluido el amor erótico de las relaciones conyugales, incluso según San Jerónimo postula “Es adulterio también el hombre que ama a su mujer con un exceso de pasión”. De esta forma para la Iglesia, el amor pasión era incompatible con la unión matrimonial.

Siguiendo el orden del autor, Luco (2013) señala que en la Edad Media la Iglesia le dio al matrimonio un carácter sacramental, consensuado por los contrayentes e indisoluble, características más formales que reales, pero que contribuyó a llevar al matrimonio y la

relación de pareja a un ámbito más personal e íntimo, que basado en convenciones sociales como se había llevado hasta ese entonces. Sin embargo, el amor pasión no debía existir dentro del matrimonio cristiano medieval, este debía ser ascético y desapasionado. Se propiciaba la castidad y la virginidad previa al matrimonio y las relaciones sexuales destinadas sólo la reproducción.

Ya cerca del siglo XII, el autor señala que puede vislumbrarse la cuna para lo que será la concepción del amor de pareja como se entendió por muchos siglos en la cultura occidental. En aquella época la aristocracia y nobleza medieval no compartían la visión de la Iglesia sobre el matrimonio, pues ellos veían en el matrimonio la posibilidad de establecer alianzas para asegurar sus riquezas y poder. Por lo tanto, el matrimonio era un asunto que resolvían los padres, se privilegiaba el matrimonio de pocos hijos para no dividir el patrimonio, se llegaban a un acuerdo financiero y luego los jóvenes casaderos eran presentados. Es en este contexto es que nace el “amor cortés”, inventado por las damas nobles y los caballeros solteros de las cortes feudales, pues era incompatible y contrario al matrimonio y practicado como un juego que fue transformado en moda. En palabras del autor: “...el caballero enamorado de la esposa de un poderoso señor feudal, estaba condenado a un amor romántico y trágico. Era un amor secreto, prohibido, imposible, sin esperanzas de ser consumado y, en consecuencia, sufriente...” (Luco, A., 2013, p. 18).

Este amor cortés es caracterizado como un “amor subversivo”, pues amenaza con revertir este orden social de alianzas matrimoniales y además como una rebelión al matrimonio, que por su carácter indisoluble, era visto como una cárcel. Es un amor desligado de la procreación y de la unión sexual, pues jamás se consumaría el deseo sexual, se convierte en un permanente estado de atracción y deseo mutuo. El “amor cortés” por primera vez valora el amor pasión entre un hombre y una mujer. (Sánchez, 2008; Luco, 2013).

Este amor cortesano marcó lo que sería el amor de la modernidad y significativamente lo que serían las relaciones de pareja en los siguientes siglos. La idea de sufrimiento y cierta fatalidad en el amor, es una herencia de este tipo de amor, quedando patente en la expresión de arte de los juglares de la época. Posterior a la Revolución Francesa y su declaración de los derechos universales del hombre, la “libertad” abrió paso a los cambios

más importantes en la mentalidad de los movimientos culturales y sociales que vendrían en los próximos años.

Continuando con esta revisión histórica que señala Luco, ya a partir del siglo XVIII, el amor mutuo y la elección libre de la pareja tomaron terreno en la concepción del matrimonio. Esto influenciado por el movimiento literario del Romanticismo donde hay una exaltación al mundo emocional y subjetivo del individuo, en oposición a la primacía de la razón. Se da paso, entonces, a esta nueva forma de amor “el amor romántico”, heredero del amor cortés y en el que destaca su aspecto pasional. Hay un sentido de sufrir por amor, no se elige amar, más bien se sufre, pues se impone y domina. Las expresiones de amor en la literatura romántica de la época están llenas de lamentos, sufrimientos y obstáculos que superar, los protagonistas de este amor pasión sucumben y se rinden ante él, metafóricamente y literalmente (Luco, 2013; Vicencio, 2011).

Con los cambios económicos, sociales y culturales producidos por la Revolución Industrial fomentaron en medida el amor romántico en la pareja, ya que contribuyó a fortalecer este vínculo a través del matrimonio, el cual ya era concebido como un espacio para satisfacer necesidades afectivas, sexuales y de procreación. La figura del obrero trabajando en la fábrica, la mujer al cuidado de los hijos, fue el motor que permitió el desarrollo industrial, el amor pasión, ya no era un juego, ni locura, se dignificó y respetó. Por primera vez, matrimonio, pareja y amor se presentan como una realidad integrada. Se fortalece la pareja como modelo de familia, como pilar por sobre la importancia de la procreación y crianza (Luco, 2013).

Este amor romántico con variaciones y transformaciones, llegó a su máximo apogeo en la década de los sesenta y setenta con los movimientos sociales del 68, del siglo XX. Tras el lema de “Paz y Amor” de la ideología *hippie*, se sembró la esperanza de que el amor romántico predominaría en el futuro. A pesar de los nuevos cambios que acontecieron en los años venideros, como la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, el desarrollo de la anticoncepción y sus posteriores consecuencias, produjeron transformaciones sociales en la pareja y familia. El amor pasión, como lo conocemos hoy, debe sus orígenes al amor romántico, que integró el amor y sexualidad en la pareja conyugal, fortaleció la independencia y libertad de elección de pareja de acuerdo a los sentimientos

y creando sus propios espacios de intimidad que fortalecieron el concepto neoliberal de la individualidad.

Algunas definiciones actuales de pareja.

Hasta hace pocos años y con frecuencia, para muchos en la actualidad, hablar de pareja se asociaba ineludiblemente a la pareja bajo la institución del matrimonio. Sin embargo, los nuevos cambios sociales han producido nuevas formas de vinculación entre dos personas unidas por una relación afectiva, por lo que las definiciones de pareja han debido adaptarse a estos cambios. Se revisarán algunas definiciones que algunos autores contemporáneos, pertenecientes al ámbito de la terapia familiar y de pareja realizan sobre la definición de pareja.

Comenzaremos por un terapeuta chileno, hoy radicado en México, Javier Vicencio, quien en su obra “Mapas del Amor y la Terapia de Pareja” (2013) ofrece diferentes definiciones para el concepto amor pasión que se da en la relación de pareja y como han sido influenciados por los nuevos cambios experimentados por la sociedad:

“Pareja es una relación en la que dos sujetos se aman, habitan dentro de una historia de amor particular. Esta historia se desarrolla a través de quiebres, fracturas que se reconstituyen con afectos, pasiones y compromisos, goces y satisfacciones” (Vicencio, 2011, p. 55)

Para Vicencio como para varios autores sistémicos, la definición de pareja no puede estar desapegada del tiempo y contexto cultural en el que está inserto ese amor, del cual ya se hablado, y que sin duda es el elemento de partida para la relación, pero acerca de su termino, eso es lo que está en cuestión. Se ha acostumbrado a conceptualizar la pareja bajo la institución del matrimonio con su promesa de “hasta que la muerte los separe”, la cual, según varios autores, está pronto a llegara a su fin, puesto que cada vez es más frecuente la disolución del vínculo antes de la muerte de uno de los miembros (Biscotti, 2006; Luco, 2013; Vicencio, 2011; Sánchez, 2008). Gergen (1991, cit. en Vicencio, 2011) se refiere también a este modelo pragmático de pareja que la sociedad industrial dio

origen, habla de una modalidad de pareja “moderna” como aquella unión basada en un contrato en que ambos son socios, compañeros de vida, con proyectos que se complementan o divergen, pero que tienen en común el bienestar de ambos y de la familia. Esta definición lleva integrado el contexto social en el sentido de ser una relación mediada por un contrato y en el cual hay un deber, en especial con la familia. Esto lleva a enfocar la mirada a la relación existente entre los conceptos pareja y familia.

Para muchos autores cuando hablan de sistemas humanos, hacen referencia en mayor medida a la familia que a la pareja, ésta es más vista como un paso para la conformación de la familia. Considerada la pareja de esta forma, sería un subsistema de una estructura más amplia (De la Espriella, R., 2008). Esto es similar a lo que planteaba Minuchin (citado en Vicencio 2011), para su modelo estructural, el contexto natural de la pareja era la familia y su ciclo vital, estando las intervenciones condicionadas a las etapas del ciclo vital de la familia. Esta visión del modelo estructural en los enfoques sistémicos, predominante en la década de los ‘80, cambió en la medida que el foco se fue centrando en la relación de pareja y potenciado por los aportes de algunas terapeutas feministas como Hoffman y Papp (Vicencio, 2011) la pareja comienza a ser vista como un sistema diferente a la familia. La Pareja es un sistema con estructura, organización, reglas y roles diferentes a las de la familia y, a su vez, que se relacionan con sistemas más amplios ya sea familia nuclear, familia extensa, etc. (De la Espriella, R., 2008).

Al respecto Fernando Coddou y Carmen Méndez (2002) señalan que es un error esperar ser familia y pareja a la vez, pues cuando los adultos que conforman la díada, están en la posición de padres, pretender simultáneamente, encontrar el espacio para la intimidad, complicidad y el disfrute del uno con el otro, resulta imposible. Señalan “El problema no es ser familia. El problema es creer que uno, en un mismo espacio y forma simultánea, puede ser familia y pareja” (Coddou F. y Méndez C., 2002. p. 54).

Para estos autores, pareja y familia son dos mundos diferentes y son enfáticos en sostener que la pareja no es parte de la familia, por lo tanto, la familia no incluye a la pareja. La relación de pareja emerge, no en el vivir dentro de la familia, sino en el vivir solos como pareja. Esto lo explican aludiendo a que las expectativas que tenemos respecto del otro en cuanto a marido o mujer, amante o cómplice, no se puede satisfacer

dentro del sistema familiar, pues sólo se puede satisfacer en un espacio que contenga nada más que a esas dos personas que constituyen la pareja. De este modo, el espacio de pareja desaparece en el espacio familiar (Coddou F. y Méndez C., 2002).

Es por lo anterior, que estos autores sostienen que familia y pareja son sistemas diferentes e independientes. Esto tendría, además, importantes consecuencias para la terapia que privilegiaría el separar estos ámbitos en relación a motivos de consulta diferentes y sus correspondientes procesos. La familia es un sistema compuesto por dos subsistemas, el sistema parental y el sistema filial. Lo que predomina y organiza el sistema es la responsabilidad de la crianza y el desarrollo de los hijos. Los adultos que conforman el sistema parental están insertos en un lenguaje familiar, por lo que no pueden al mismo tiempo, estar insertos en un lenguaje de pareja. El lenguaje de la pareja es un lenguaje de intimidad que se da sólo de a dos. Si aparece un tercero, ese lenguaje de intimidad se pierde (Coddou F. y Méndez C., 2002).

Para continuar proporcionando elementos teóricos que completen las concepciones sobre las definiciones de pareja, resulta necesario citar la definición de pareja que realiza Omar Biscotti, terapeuta de pareja argentino. También para él, la definición de pareja no es sencilla, ya que va cambiando de acuerdo cambia la sociedad y las postura epistemológica desde donde se defina. En su trabajo “Terapia de Pareja. Una mirada sistémica” define pareja como:

“una construcción relacional sostenida por ambos miembros a través de: a) la definición de que cada uno se da a sí mismo y le da al otro (“yo quiero que me veas, me pienses, me sientas así”); b) la definición que cada uno tiene del otro (“yo te veo, te pienso, te siento así”); c) la definición que cada uno recibe del otro” [Biscotti, 2006, p. 14].

Esta definición ofrece un nuevo matiz, el cual incorpora la pareja como un sustento a la identidad de los miembros que la conforman, la que es entendida por el autor como producto permanente del interjuego entre lo que nos decimos que somos, lo que nos han dicho y lo que nos confirman los contextos, y que en estecaso, la pareja sería el contexto para el individuo. Por otra parte, cuando se refiere a una “construcción relacional”, hace

alusión a un espacio relacional, un espacio virtual, creado en la realidad del lenguaje y por lo tanto en el pensamiento. En este espacio se encuentran las permanentes interacciones entre los miembros de la pareja, sus expectativas, las de sus contextos de origen y las de los actuales. Estas interacciones son producto de las creencias que cada quien tiene de los “sí mismos”, de las personas en interacción, sus contradicciones, confirmaciones, desconfirmaciones y estas ideas regulan los intercambios, que a su vez regulan las creencias (Biscotti, 2006).

En una línea similar, pero desde una mirada intersubjetiva, también se señala a la pareja como una de las relaciones más importantes para el crecimiento de cada uno de sus miembros. En este caso la pareja se concibe como un espacio de combinación de las necesidades de cada uno de los miembros, junto a las propias necesidades que ha generado la relación. Cuando los miembros de la pareja hayan aprendido de sí mismos en términos de reconocimiento de sus caracteres, esto llevará a desarrollar una identidad como pareja de cada uno de los miembros (De la Espriella R., 2008).

Elementos centrales en la consideración de pareja

En las definiciones recién vistas, se puede identificar algunos elementos que caracterizan la relación de pareja y están contenidos en la descripción del concepto. Luco (2013) establece la siguiente definición de pareja: “Pareja se refiere a dos personas (sin importar el género de ellas) que mantienen una relación estable, tenga o no una situación de convivencia, en el que el carácter de la relación es de compromiso afectivo y tiene o tuvo un ingrediente erótico y que al menos teóricamente, tiene el carácter de exclusividad” (Luco, 2013 p. 9). En ella se puede observar que la convivencia, el compromiso afectivo, el ingrediente erótico exclusivo, son elementos que definen la relación de pareja. Sin embargo, hay varios estudios que han profundizado en el conocimiento de los elementos presentes en una relación de pareja, y que diferencian lo que es una pareja de otras relaciones que involucran a dos personas. A continuación se presentarán algunos autores que han abordado este tema.

Uno de los referentes teóricos más citados en este tema es el profesor de la Universidad de Yale, Robert Sternberg (1986, cit. en Yela C., 1997; Villegas, M. y Mallor, P., 2010) quien propone un modelo donde establece tres componentes del amor, conocido como Teoría triangular de Sternberg de 1986. Ésta describe los siguientes elementos constitutivos de la relación amorosa:

1. Pasión: referida a la activación neurofisiológica o emocional como respuesta innata o aprendida socialmente, que lleva al romance, a la atracción física y a la interacción sexual.
2. Intimidad: sentimiento de cercanía que obtiene una pareja que se atreve a asumir el riesgo de mostrar sus sentimientos y pensamientos más íntimos. Incluye aquellos aspectos relativos al vínculo de unión afectiva, comprensión, comunicación, confianza, autorevelaciones, seguridad y confort junto a la pareja.
3. Compromiso: alude a la decisión de mantener la relación por encima de los problemas que pudiera conllevar, debido a la importancia especial conferida a la otra persona y a la propia relación. En otras palabras, es la decisión de amar a alguien al principio y a mantener la relación que se está desarrollando.

La combinación de estos componentes da origen a otras siete formas distintas de amor que pueden ir variando a lo largo de la relación. Estas formas son las siguientes:

Enamoramiento: basado principalmente en experiencias con el predominio de la pasión.

Amistad; compuesto de intimidad sin compromiso ni pasión.

Amor vacío: caracterizado por un compromiso, sin pasión, ni intimidad. Se da en aquellas parejas que se mantienen unidas “por las apariencias” o “por los hijos”.

Amor ilusorio: mezcla de pasión y compromiso, pero sin ninguna intimidad ni conocimiento mutuo.

Amor romántico: compuesto de pasión e intimidad en ausencia de compromiso.

Amor consumado: combinación de los tres componentes de pasión, intimidad y compromiso.

Esto sirvió de base para desarrollar estudios posteriores, como los realizados por Carlos Yela (1996; 1997), quien incorpora algunos matices proponiendo cuatro componentes básicos de la relación de pareja. El cuarto componente surge al dividir la pasión en pasión

erótica y pasión romántica. Define pasión erótica como la dimensión física o fisiológica del amor, activación general, deseo sexual, taquicardia, atracción física y excitación erótica, como respuesta a estímulos innatos o aprendidos durante la socialización. Por otro lado, la pasión romántica agrupa conjunto de ideas y actitudes de la pareja, pensamientos intrusivos, idealización del otro y de la relación de pareja como algo mágico en ella, identificación de la pareja con el ideal romántico, creencia en la omnipotencia del amor como vehículo a la felicidad.

Es interesante un estudio de este mismo autor (Yela, 1997) en el cual observó a través de una investigación empírica, el curso temporal de estos componentes básicos del amor en la relación de pareja concluyendo que habrían tres fases temporales en la evolución de la pareja: fase de enamoramiento; amor pasional; amor compañero. La primera fase duraría los primeros meses al inicio de la relación, en este tiempo existe un aumento vertiginoso de todos los componentes de la relación, especialmente de la pasión erótica y de la intimidad, en que las personas se ven envueltas en un cúmulo de emociones nuevas e intensas y el componente con menos fuerzas es el compromiso. La segunda fase “amor pasional”, puede situarse desde los seis meses de la relación hasta los cuatro años. En este tiempo la pasión erótica oscila en su punto máximo y continua aumentando la pasión romántica, también toman fuerza los componentes compromiso e intimidad que continúan su aumento. La tercera fase se distingue cerca del cuarto año de la relación, el autor la denomina “amor compañero”. Durante esta fase alcanza su nivel máximo el componente intimidad y también el compromiso, a la vez que paulatinamente el componente pasional comienza su descenso, por lo tanto, igual lo hace la pasión erótica y la pasión romántica.

Continuando con los componentes de una relación de pareja, Sánchez (2008) cita a Puget y a Berestein (1989), quienes también abordan aquellos elementos constitutivos de una relación de pareja. Estos autores los llaman los parámetros de la pareja, que determinan el encuadre, sentido y significado que circula entre los miembros constituyentes de la díada. Estos son:

1. Cotidianidad: hace referencia a un tipo de estabilidad basada en una unidad tiempo-espacio, caracterizada por lo intercambios diarios. Hay una cierta modalidad de relaciones fijas, establecidas y que no necesitan definirse a diario.

Es producto del encuentro y del pacto entre dos y se transforma en el marco que da identidad, estabilidad y sostén para el crecimiento y abordaje de situaciones nuevas. Sin embargo, también puede llevar una estabilidad en el sentido de tedio y aburrimiento, que puede dar lugar a acciones impulsivas, como un intento fallido de salir de una situación asfixiante. Así pues, la cotidianidad es un organizador de los ritmos de encuentros y desencuentros en una pareja.

2. Proyecto vital compartido: la pareja comparten representaciones de realizaciones o proyectos futuros. Como primer proyecto vital que identifican los autores sería el compartir un espacio-tiempo vincular, luego el adquirir y compartir un lenguaje con significados compartidos. Incluye planes que pueden llegar a formalizarse como la “pareja matrimonial” y también la creación de hijos reales o simbólicos.
3. Relaciones sexuales: este parámetro está mediatizado por el contexto sociocultural en el cual está inserta la pareja, pues de eso dependerá la existencia de relaciones sexuales matrimoniales prescritas, relaciones anormales o prohibidas. Cada sociedad organiza este universo de relaciones, por lo que la relación de esposos incluye una serie variable de supuestos socioculturales sobre las relaciones sexuales.
4. Tendencia Monogámica: este parámetro los autores lo definen como “ligamen matrimonial con un solo cónyuge” (Puget y Berenstein, 1989, citado en Sánchez, 2008). La tendencia monogámica se desarrolla hacia una complejidad creciente, desde un solo objeto primario, típico en la fase de enamoramiento, hasta un objeto amoroso unificado, expresado en una relación de pareja más compleja como el vínculo conyugal.

Resulta provechoso tomar atención sobre estos elementos centrales, que serían aquellos que se repiten (o son coincidentes) en las diferentes conceptualizaciones de la pareja, puesto que de alguna manera, también dan luces respecto de cuáles serían las condiciones mínimas para considerar que una díada es también una pareja y, desde ahí, construir también modelos de intervención que pasarían por la revisión (al menos) de dichos elementos centrales durante el proceso terapéutico.

Pareja y transformación Social. Las “otras parejas”

Sin duda la sociedad del siglo XXI ha experimentado cambios trascendentes y vertiginosos en poco tiempo. Hoy cada generación debe adaptarse por lo menos a tres cambios profundos durante su vida, en contraste con el siglo pasado en que un cambio profundo permanecía durante tres generaciones (Luco, 2013). Esta época llamada como sociedad de la información, sociedad del conocimiento, sociedad posindustrial o posmoderna, hacen referencia a nuevas formas de entender el mundo como hasta entonces la racionalidad del método científico, lo había mostrado. Algunos referentes como Marx, Freud y Darwin, contribuyeron a derribar la confianza del ser humano en sí mismo y a estar a la deriva de variables que escapan de su control, el determinismo histórico y material, la selección natural, las fuerzas del inconsciente, terminaron por generar un sentimiento de incertidumbre ideológica, que a la vez generó una estética de experimentación, fragmentación ambigüedad y nihilismo (Sánchez, J., 2008).

Todo cambio social afectará los sistemas humanos, indudablemente en este caso, familias y parejas, cambios profundos en las relaciones humanas, de la intimidad, de la sexualidad y la procreación, de los roles de género, en especial el de la mujer, que han dejado notorias consecuencias en las familias y parejas llamadas posmodernas (Luco, 2013). Dentro de este contexto dinámico de cambios, la pareja humana ha experimentado consecuencias en sus definiciones, conformación, modos de convivencia o su duración. Al respecto, Vicencio connota los cambios en el termino de una relación de pareja, señalando que a finales del siglo XX, el 70% de los casos era por la muerte de unos de los miembros y solo el 10% por divorcios (Vicencio, 2011). En Chile en el periodo 2000 a septiembre 2009 las separaciones aumentaron significativamente, lo que muestra a las relaciones como más transitorias, matrimonios sucesivos para quienes no pueden abandonar los estilos convencionales y nuevas formas de convivencia, para quienes ven más fácil deshacer el vínculo en caso de que surjan problemas. (Luco, 2013).

No sólo la permanencia o estabilidad de las parejas se ha visto alterada con estos nuevos cambios, sino que han dado lugar a nuevas formas de pareja como la cohabitación sin matrimonio, la pareja sin cohabitación, la pareja de segundas nupcias en que ambos contribuyen con hijos propios, la pareja de la madre soltera, la pareja que decide no tener

hijos, las parejas entre homosexuales que se casan o deciden vivir en convivencia, incluso adoptar hijos (Vivencio, 2011).

La evidencia muestra que la época posmoderna nos sitúa en un escenario en que estas tendencias apuntan en esta dirección, en que las relaciones son de mediana o corta duración, predominio de las individualidades, grupos familiares no tradicionales, uniparentales, ensamblados y parejas del mismo sexo (Luco, 2013). Estas nuevas relaciones que han emergido desde las últimas décadas del siglo XX, son explicadas como respuesta a cambios trascendentes experimentados en la sociedad y que provienen de diversas fuentes. A continuación se abordarán en estos fenómenos, intentando dar respuesta a la “aparición” de estas nuevas parejas.

El aumento en las expectativas de vida producto de los avances en la medicina, es indicado como uno de los principales factores que explican estos cambios. Los avances en las ciencias y tecnologías médicas ha generado mejoramiento en la salud de la población y por lo tanto que siga viviendo más tiempo, estimando que se ha alargado la vida en unos 25 a 30 años en el último siglo (Vicencio, 2011; Sánchez, 2008). Evidentemente esto ha generado modificaciones en la vida de las parejas especialmente porque afecta la permanencia de la pareja y pareciera que el epígrafe “hasta que la muerte los separe” ya no fuera tan cierto, debido que al vivir más tiempo, hay más probabilidades que la pareja se disuelva y no por la muerte de uno de los cónyuges, sino que hoy la pareja más anciana se enfrenta con nuevos desafíos que en generaciones anteriores eran inexistente.

Un segundo factor que está relacionado directamente con los cambios sociales, fue la incorporación de la mujer al mundo laboral, siendo sin duda, uno de los cambios más revolucionarios y con mayores repercusiones en la vida privada de las parejas. (Luco, 2013). Esto significó la adquisición de nuevos roles para la mujer y también un ajuste a los roles tradicionales tanto para el hombre como a la mujer. Esto proporcionó a la mujer la conquista de poder económico, social, intelectual, laboral y sexual, con la consecuente independencia, en tanto que para el hombre, en cierta medida y en algunos sectores, significó el acceso a nuevas áreas como a la crianza, al afecto y a la familia (Sánchez, 2008). Por supuesto esto trajo consecuencias al romperse el equilibrio del patriarcado que

afectó la autoridad masculina y aumentó el poder femenino, produciendo la aparición de conflictos en la competitividad entre los géneros, que aportó nuevas dificultades a la relación de pareja (Luco, 2013).

Relacionado con lo anterior, pero con el foco en la salud reproductiva de las mujeres, producto de los desarrollos en el control de la concepción por medio de nuevos métodos de anticonceptivos, la mujer logra el control de ser madre, afectando las tasas de fertilidad y de natalidad y adquiriendo mayor autonomía e independencia (Vicencio, 2011; Sánchez 2008; Luco, 2013). Este cambio trajo efectos para la sexualidad de las parejas y especialmente para la sexualidad de las mujeres. Como señala Sánchez (2008), con este cambio se pudo establecer una distinción entre sexualidad y reproducción, otorgándole a las parejas la posibilidad de ejercer la sexualidad con fines exclusivos para el placer. En relación a esto Shoter (1975, citado en Sánchez, 2008) señala que la sexualidad en la posmodernidad se caracteriza por su sentido hedonista, al compararla con la de la edad medía, que era instrumental y la sexualidad afectiva, propia de la modernidad. Este hedonismo, escepticismo y rebeldía que nota el autor a lo largo del siglo XX, alcanza su auge en los cambios socioculturales de 1968. Al quedar rota la relación entre procreación y placer sexual, éste se convierte en patrimonio de la pareja, pero a su vez no deja de traer consecuencias importantes en los cambios sociales, como dar paso a una cultura del placer, que inevitablemente llevará a un abandono de la obligatoriedad sexual en la relación conyugal, a favor de una obligatoriedad de placer individual, tal vez fuera del vínculo.

Otro factor que podría explicar estos cambios en la pareja de hoy, es identificado por Vicencio (2011) como la representación social del matrimonio y su consecuente identidad que entrega a los miembros, a pesar que el aumento de los divorcios es notorio, el autor señala que el estar en pareja o en matrimonio, otorga una situación mejor que separarse y estar separado. La connotación del divorcio ha cambiado notoriamente, como reflejo de los límites de la pareja, el privilegio al individuo libre y con voluntad, que tiene la opción de deshacer el contrato que regula la convivencia matrimonial (Sánchez, 2008). Junto con eso, agrega el autor, existe una pérdida de los tradicionales soportes de contención social, la familia, la religión y el Estado.

Se ha planteado que estos cambios propios de la sociedad posmoderna han afectado profundamente la relación de pareja. Al respecto, resulta interesante las explicaciones que ofrece Sánchez (2008) al evidenciar los efectos en los parámetros definitorios de la pareja de Puget y Bernstein, expuestos anteriormente.

La cotidianidad que hacía referencia al vivir en pareja y no necesariamente a la convivencia en la misma casa, sino a la estabilidad de las relaciones en el tiempo y espacio de intercambios diarios, se visto afectada en la posmodernidad ya que hoy es más frecuente nuevas formas de convivencia como la cohabitación de parejas sin necesidad de vínculos legales de por medio. Esto como producto de parejas jóvenes, o parejas reconstituidas luego de un proceso de divorcio. También aparecen otro forma de convivencia denominado por el término inglés "*living apart together*", identificando una pareja organizada en una relación estable pero que no conviven en el mismo hogar, y dónde cada uno define los tiempos y espacios para compartir (Sánchez, 2008).

Respecto al proyecto vital compartido o la duración de la pareja como proyecto indefinido, la posmodernidad ha impuesto su cortoplacismo como nuevo paradigma de relaciones, pues cada día más es aceptada la idea de la disolución del vínculo, reemplazándose el "hasta que la muerte los separe" por "hasta que el amor dure". Hay un cambio paradigmático en el proyecto vital de la pareja, centrado antes en la procreación y desarrollo de una familia, ahora enfocado a los proyectos personales de cada miembro de la pareja. El proyecto vital compartido, entonces, queda subordinado a los planes individuales.

En cuanto a cómo la posmodernidad ha causado cambios en la sexualidad de la pareja, ya se ha hablado, pero conviene rescatar el goce y satisfacción del placer sexual como parte fundamental del vínculo (y particularmente en defensa al goce de la mujer, dado que el del hombre estaría mayor e históricamente privilegiado), ya que por años sólo fue terreno a la procreación y poco a poco estableciéndose como parte importante de la pareja. Por otro lado, la creciente aceptación social de las parejas homosexuales con variabilidad de grados de tolerancia en las diversas sociedades, en que algunas ya han abierto el espacio del matrimonio y adopción de hijos a esta nuevas formas de ser pareja, es un cambio trascendente en la sexualidad de los personas posmodernas. Significativo

también ha sido los cambios en relación a la virginidad femenina, que ha perdido el valor otorgado en tiempos pasados y que ha permitido mayor libertad y autonomía para que las mujeres ejerzan libremente su sexualidad y con ello influenciado también cambios en la convivencia sin matrimonio, las relaciones sexuales sin intermediación de acuerdos, y la aprobación de la iniciativa sexual de las mujeres sin el rechazo o sanción social. Ligado a lo anterior, la sexualidad ya no es vista como un tema tabú, en los tiempos actuales la sexualidad es libre, polimorfa y pública, en un contexto donde el sida como epidemia con riesgo mortal, hace resaltar la sexualidad como un tema trascendental en la sociedad posmoderna.

Finalmente, el otro componente de la relación que es citado por el autor (Sánchez, 2008) como afectado por las alteraciones de la posmodernidad, es la tendencia a la monogamia. Señala que hoy existe una marcada tendencia a la poligamia sucesiva como producto de las posibilidades del divorcio, como también la disminución al valor absoluto de la fidelidad. Estas modificaciones hacia la tendencia monogámica, ven su origen en los cambios sociales de la mujer, su incorporación al mundo laboral, cultural, social y político con adquisición de nuevos roles, independencia y posición, que han dispuesto posibilidades de elegir continuar o no con el vínculo de una pareja única.

TERAPIA DE PAREJA Y MODELOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN

Historia de la terapia de pareja

A continuación se presentan algunos datos extraídos del trabajo de Javier Vivencio (2011), quien en los primeros capítulos de su libro señala antecedentes que aportan a realizar una breve reseña histórica de la terapia de pareja.

Para él son varios los autores que ubican los inicios de la terapia de pareja en los años 30 del siglo veinte, cuando la “gran depresión” económica experimentada en Estados Unidos tuvo repercusiones en la vida íntima de la población. En ese contexto aparecen dos centros que formaban como consejeros matrimoniales a sacerdotes, médicos, enfermeras y trabajadores sociales para dar apoyo a parejas que atravesaban dificultades, siendo el

consejero matrimonial el precursor de la terapia de pareja. Luego en la década del 60, este consejero matrimonial se incorpora a la Asociación Americana de Terapia Familiar en donde desaparece su rol al diluirse en los lineamientos del psicoanálisis por un lado, y por otro, en la terapia sistémica familiar (Vicencio, 2011).

El interés del psicoanálisis por los temas conyugales comienzan también en la década del 1930 y sus temáticas en el trabajo clínico se sustentaban en los principios clásicos de la disciplina. Poco a poco fueron rompiendo el paradigma ortodoxo freudiano, destacando la influencia de Dicks (1967 citado en Vicencio, 2011) psicoanalista inglés, que marca un giro teórico, al centrarse en las relaciones objetales como marco referencial para la terapia de pareja. Sin embargo, la terapia de pareja desde este enfoque no prosperó, principalmente por las dificultades de los terapeutas para abandonar la perspectiva individual de los miembros y también debido al surgimiento de la terapia familiar como antagonista y competidor. El auge de la terapia familiar no sólo se explica por la efectividad de la terapia, sino también, a que ofreció una mirada diferente para la comprensión de los trastornos mentales que incluía las relaciones significativas del sujeto en contexto social y cultural, y no solo al individuo como centro de análisis.

La familia se convierte en tierra fértil para el desarrollo de la teoría cibernética aplicada a los sistemas humanos, emergiendo el interés de las interacciones entre sujetos como centro de análisis por sobre el individuo. Llevaron a cabo interesantes estudios sobre los patrones interaccionales de la pareja en busca de patrones redundantes que alteraban el equilibrio y la homeostasis (Vicencio, 2011). Es así como el grupo de Palo Alto, primero Donald Jackson, Gregory Bateson, John Weakland y luego Paul Watzlawick, influenciados por los descubrimientos de Erickson dieron importancia a los patrones de comunicación, al lenguaje, a lo metafórico y lo retórico como agentes para influenciar el cambio.

Importantes también fueron los aportes de Carlos Sluski, con sus patrón de entrevista a la pareja sin perder el foco interaccional y también los de D. Jackson dando cuenta del contrato inconciente que define a una relación y que ayuda a identificar los juegos interaccionales como punto de partida en la pareja. Watzlawick y los otros integrantes de la escuela de Palo Alto, aportaron notablemente en el uso de la palabra para la comprensión, definición del problema y los intentos de solución. También dentro de la

línea de los modelos estratégicos y a pesar las críticas, los aportes de Jay Haley a la terapia de pareja se hacen visibles en la forma directiva y jerárquica de conducir la terapia, útiles cuando la información es confusa, contradictoria, o cuando uno de los miembros de la pareja abandona la terapia (Vicencio, 2011).

No se puede no mencionar a John Bowlby, psicoanalista inglés y su teoría del apego en la terapia de pareja, pues postula que los estilos de apego temprano tienen consecuencias en la inseguridad o seguridad de la relación de pareja que se establece. Del mismo modo, Wtaker es señalado como los terapeutas que favorecieron a vincular los enfoques intrapsíquicos con enfoques intersubjetivos o sistémicos, ya que en el trabajo terapéutico de Wtaker siempre fue con el paciente y su familia. Su particular forma de conducir las sesiones con irreverencia, transparencia o excentricidad, fue fuente de inspiración para el desarrollo de nuevas posiciones del terapeuta (Vicencio, 2011).

Vicencio (2011) también señala a Salvador Minuchin, y su modelo estructural como un gran aporte al desarrollo de la terapia de pareja con sus intervenciones centradas en la complementariedad y la observación de pautas estructurales de la pareja y utilización de metáforas como herramienta clínica. La terapia estructural estratégica y sus notables terapeutas, fueron los principales gestores en el desarrollo de la terapia de pareja en Estados Unidos a partir de 1960 a la fecha, como también influenció al instituto de terapia familiar de Londres, cuyas raíces provenían del psicoanálisis.

Virginia Satir también aportó en el desarrollo de la terapia de familia y de pareja, especialmente en cuanto al manejo emocional y algunas técnicas como la escultura familiar y de pareja atribuida a ella. Su talento para connotar positivamente y movilizar recursos del sistema, la ubica como una de las precursora del enfoque colaborativo en psicoterapia (Vicencio, 2011).

Otro gran terapeuta que influyó la terapia de familia y pareja es Mauricio Andolfi, aportando con la visión trigeneracional en la terapia y la metáfora del guión que representaban la pareja y el terapeuta.

Las consideraciones del contexto social y cultural en la terapia de pareja fueron abordadas de modo interesante por Sluski quien se adscribe al construccionismo social y la narrativa. La incorporación de estos nuevos paradigmas a los modelos de terapia

llevados hasta entonces, influenciaron su transformación. Así ocurrió en el caso del Modelo de Milán, que pasa de lo estratégico a lo sistémico de segundo orden y luego a lo conversacional reflexivo (Vicencio, 2011). En este momento importante para el desarrollo de la terapia sistémica de pareja, fue dejar de lado el foco de las intervenciones, para dar paso a las preguntas reflexivas, luego circulares, hipotéticas e interventivas.

Finalmente, Vicencio destaca los aportes de Michael White, cercano al postestructuralismo francés, que influenció indirectamente la terapia de pareja. Su modelo narrativo contextual, capaz de cuestionar los discursos dominantes, otorgaron herramientas para el trabajo en temas de género, educación, valores, ideología y poder. A la vez la importancia del lenguaje y la conversación terapéutica tuvo impacto en los modelos más actuales, conocidos como modelos post-Milán. El equipo reflexivo de Tom Andersen ofreció un nuevo encuadre y un nuevo uso de la palabra, en el sentido de que lo reflexivo producía un gran impacto que movilizaba al cambio. En este conjunto de nuevos modelos clínicos de terapia sistémica, destacan las influencias teóricas del constructivismo y construccionismo social canalizado por Packman hacia la terapia y la co-construcción del problema terapéutico (Vicencio, 2011).

Modelos teóricos de atención clínica ¿Como nacen? Diferencias entre teoría y práctica

El término modelo remite a múltiples significados que puede comprender desde un objeto que se reproduce por imitación, un ideal ético que busca la perfección, o un objeto que imita o representa una realidad (Carvajal, 2002). Una de las diferentes acepciones encontradas en el diccionario de La Real Academia Española, señala que un modelo es un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Esta acepción resulta pertinente cuando intentamos simplificar la complejidad que nos presentan las diferentes teorías. Y aquí surge una pequeña sutileza, pero que puede prestarse a confusiones, cuando algunos autores usan teoría y modelo como sinónimos. Si se habla con rigurosidad y lógica, no se puede hablar de teoría y modelo como si fueran lo mismo (Bisquera, 1989, cit. en Carvajal, A., 2002; Gálvez, F., 2010; Zlachevsky, A., 1996).

En un artículo, Carvajal (2002) intenta abordar las principales concepciones y diferencias entre teoría y modelo. Utilizando los postulados de Popper y Sierra define teoría en un sentido amplio como “una concepción racional, de carácter especulativo, elaborada mentalmente, que debe estar referida a un tema o asunto determinado de una parte de la realidad y que pretende proporcionar una visión o explicación racional de ese tema o asunto” (Carvajal, 2002, p. 3).

A su vez el término modelo para este autor corresponde a una especie de descripción o representación de la realidad (hechos, estructuras y sistemas) que por lo general, está en función de unos supuestos teórico o de una teoría. Agrega que es una construcción racional e idealizada que intenta aproximarse a un campo de estudio. Esta aproximación se aborda a través de esquemas que integran los aspectos o variables más importantes y significativas, y producto de la acción transformadora y constructiva de realidad por parte del sujeto, se trata de modelos incompletos y siempre cambiantes.

Caravajal (2002) cita a Ladriere, para señalar que la teoría no se construye a través de una relación directa desde la percepción o del comportamiento práctico a la construcción teórica, sino a través de un intermediario que sería el modelo, es a través de éste que la teoría se refiere a la realidad.

En este mismo sentido, pero refiriéndose a las definiciones de modelo y teoría en la psicoterapia, Zlachevsky (1996), sigue un esquema propuesto por Fernando Coddou, en el que propone que todo enfoque terapéutico debe tener un nivel epistemológico, un nivel de paradigma, un nivel teórico, otro nivel de modelo y finalmente un nivel técnico. Interesa para el caso de esta investigación, las definiciones que se hacen en relación a teoría y a modelo.

Para la primera, señala que se trata de un conjunto de ideas y observaciones que pueden establecer regularidades, generar normas, leyes o establecer hipótesis básicas sobre las unidades de análisis de un fenómeno de estudio. En tanto para modelo, se refiere a las conexiones entre los distintos elementos que configuran el nivel teórico, relacionándolo con su aplicación a la realidad. Un modelo describe o explica como opera en concreto con personas concretas la teoría (Zlachevsky, 1996).

Ahora en lo que respecta a cómo surgen las teorías y modelos en psicoterapia, es interesante la relación que establece Gálvez (2010) con los procesos de formación en psicoterapia. En relación a la formación señala que "...no es la aplicación irreflexiva de una teoría ya establecida o un modelo ya dibujado, es la manera precisamente de conformar una teoría y un modelo" (Gálvez, 2010, p. 11).

En otras palabras, pretende señalar que muchos de los clásicos modelos psicoterapéuticos han surgido al alero de la creación de espacios formativos, siendo capaces de estructurar teorías y modelos de atención. Bajo esta óptica, el autor ve en los espacios formativos la posibilidad de ser un escenario ideal para poner a prueba aquellas elucubraciones o aquello que se está generando como teoría o como modelo, y no el lugar donde debe plasmarse una teoría establecida.

Lo anterior lleva a considerar los espacios de práctica clínica como una fuente de producción de teorías y modelos, especialmente si esta práctica se realiza en espacios formativos. Anteriormente se mencionó que los modelos no son fijos o definitivos, previo a plasmarse están siempre en la búsqueda de escenarios donde poder practicarse. Este dinamismo del modelo se evidencia cuando al ponerse en juego, queda a disposición de lo que emerja en relación a esa práctica. Una vez actualizado, se puede hablar, decir, escribir sobre él. En palabras de Gálvez: "...un modelo está siendo producido en la medida que está siendo actuado por alguien y en la medida que está siendo dicho...los modelos son lógicas de trabajo que se escriben una vez que se han realizado..."(Gálvez, 2010, p. 11).

Tal vez sea por lo anterior que Szasz (1987, citado por Zlachevsky, A., 1996) se refiere al campo de la psicoterapia como lleno de "sectas" y que existan tantas líneas o enfoques clínicos como psicoterapeutas. Pues donde se realice una práctica clínica con resultados favorables, esta tiende a repetirse. Este autor afirma "tan pronto como un terapeuta empieza a ser medianamente bueno, lo primero que hace es fundar una escuela y hacerla suya" (Szasz, 1987, citado en Zlachevsky, A., 1996, p.2).

Algunos Modelos influyentes en la Terapia de Pareja

A continuación se presentan algunas distinciones en relación a la temática de pareja y de terapia de parejas, que esta vez, pueden justificarse a partir de la modalidad clínica a través de la cual se trabaja. Se ha optado por considerar algunos modelos que están presentes en la formación sistémica en general y también de manera específica algunos modelos que son primordiales en la formación que se entrega en el marco de este programa (donde se inserta este trabajo de investigación). El hecho de que haya algunos modelos que tienen mayores referencias que otros, no necesariamente da cuenta de un desarrollo mayor, sino que una consideración de diferente grado del cúmulo de información con el que se cuenta y la necesidad de hacer algunas distinciones entre unos modelos y otros. Seguramente no hace justicia esto al tipo de trabajo que desarrolla cada modelo, pero sí da cuenta de una evolución que se quiere tener presente.

Modelo Estratégico. Este modelo, tal como se conoce, se centra en la cibernética de primer orden, homeostasis y la retroalimentación. Son terapias breves centradas en intervenciones de tipo instructivo, con el objetivo de alterar el equilibrio de la pareja, comprendida como un sistema estable (Vicencio, 2011). Recibió importantes influencias del ámbito psiquiátrico de la época que estuvieron a la base de su conformación, aunque también quiso distanciarse del mismo.

Comenzando con Milton Erickson, se reconoce como uno de los precursores del modelo estratégico, debido a su interés en el lenguaje (digital y analógico) y la utilización de metáforas, fue de gran importancia terapéutica, juntamente con el uso de los cuentos y los recursos de la retórica para inducir un cambio por medio de la influencia de la palabra. Además comprendía el síntoma como el camino eficaz para prescribir una intervención. Vicencio (2011) también señala a Watzlawick como reconocido personaje dentro de este modelo y por su interés en la relación conyugal lo sitúa como precursor de la terapia de pareja, aportando una comprensión de ésta como una díada en constante interacción, que en lo cotidiano van desarrollando un patrón de relaciones que define la conducta de los participantes, más que sus características individuales. Destaca también, dentro de su operar el re-etiquetamiento del problema por el cual consulta la díada.

Por su parte, Jay Haley influenció al modelo con la construcción de tareas prescritas (paradójicas o no) en los intervalos entre sesiones, con el afán de intentar un cambio en la pareja y además como un recurso cuando la información obtenida al comienzo de la terapia era contradictoria y confusa. Utilizó un modo directivo y jerárquico para conducir las sesiones de terapia, especialmente cuando un miembro de la pareja se ausentaba. La posición jerárquica del terapeuta en este modelo es cuestionada hoy en día, por el riesgo común de abusar del poder que tienen los terapeutas (Vicencio, 2011). En general los representantes del modelo estratégico del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, se enfocaban en la comunicación y el uso cuidadoso de las palabras, en intento de una comprensión y definición del problema como punto de partida para la terapia (Vicencio, 2011).

Dentro de los terapeutas del MRI, es importante señalar los aportes de D. Jackson a las teorías incipientes en ese tiempo acerca de las relaciones de pareja, con el concepto del “Quid pro quo”. Con él intenta explicar y analizar el nivel interaccional de la pareja, en el cual se enfatiza las reglas que se establecen a través de las conductas que se van repitiendo en la relación. Estas redundancias en el comportamiento van configurando un patrón relacional, que determina lo aceptable o no, en el contexto de la relación establecida, ofreciendo a la pareja cierta “homeostasis” o equilibrio en la relación. (Vicencio, 2011; Callié, 2011)

La atención particular del modelo estratégico por los patrones de interacción y de comunicación, hacen pensar que en algunas ocasiones las modalidades de trabajo en temáticas de parejas en relación a las temáticas de familias, no presentarían grandes diferencias. Esto quiere decir, que parte de lo que se trabaja y aplica en una intervención clínica considera un funcionamiento sistémico y no singular de la pareja, por ello quizás nos apreciaría esta diferencia al menos en términos explícitos.

Los modelos cibernéticos frecuentemente toman atención además sobre conceptos claves tales como el poder, la jerarquía y una particular atención sobre el cambio (Bertrando & Toffanetti, 2004), estos principios reguladores de la terapia estarían entonces también presentes a la hora de establecer una lectura particular del fenómeno de pareja

Modelo Estructural. Lo característico de este modelo es el reconocimiento de la estructura de la pareja, en que las intervenciones tendrán por objetivo modificarla. Este modelo considera a la pareja como un subsistema de la familia, lo que implica que para complementar la información requerida, toman en cuenta a los hijos y al ciclo vital de la familia, obteniendo de esta manera, una comprensión más integral de lo que ocurre a la pareja en el presente (Vicencio, 2011).

Vicencio (2011) señala como el precursor del modelo estructural a Minuchin, quien con la técnica de la “complementariedad” hizo un gran aporte, ya que con ella ayudaba a identificar que la manera de cómo hace cada uno de los integrantes de la pareja, está íntimamente ligado a la respuesta del otro, configurando lo que llamó “danza que baila la pareja”, para referirse a las características de sus dinámicas que se encuentran en constante movimiento de las pautas estructurales. Otra de las técnicas útiles de este modelo para el trabajo con parejas que destaca este autor, es lo que Minuchin llama “desbalance”, que permite impedir las alianzas que intentan establecer los miembros de la pareja en el escenario terapéutico, al incluir al terapeuta. Otra técnica usada por este modelo en la terapia es la “escenificación”, la cual estimula la discusión sobre un asunto particular en los miembros de la pareja, para que en sesión éstos puedan reconocer la danza que ponen en juego e intentar modificarla con intervenciones basadas en la configuración estructural de la pareja.

Un elemento que quizás pudiera estar presente en la consideración del enfoque estructural para el trabajo con parejas, sería el hecho de que se promueve una distinción entre los llamados *holones*, donde se estaría diferenciando de una manera horizontal a las generaciones, pero también a los subsistemas, por ejemplo el holon parental, estaría considerando sólo los padres en la relación particular con los hijos y es ahí, quizás donde pudiera estar presente la dinámica de pareja. Sin embargo, el modelo estructural tampoco toma una dedicación específica al trabajo con parejas (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Modelo de Milán. Tal como se sabe, el modelo de Milán tiene sus orígenes en las modalidades terapéuticas sistémicas estratégicas del MRI de Palo Alto (que era prácticamente la modalidad única en los años 60 y 70) con la lógica de la cibernética de primer orden y las ideas de Bateson, Haley, Erikson y Watzlawick. Más tarde las

influencias de Maturana, Varela, Von Foerster y Von Glasersfeld, terminan por llegar al constructivismo, el construccionismo social, la crítica posmoderna y el movimiento narrativo, hasta llegar en los últimos años a una perspectiva de carácter dialógico (Boscolo, Bertrando, & Gálvez, 2013).

Sin ánimo de llevar a cabo acá una síntesis, se puede decir que el terapeuta toma una posición de escucha activa y empática, para lo cual un requisito importante es la curiosidad. También proponen la visión circular y los procesos de retroalimentación en las acciones de los hechos y también como la terapia retroalimenta la terapeuta. Otro de los elementos claves del modelo es la presencia del equipo terapéutico, ya que retroalimenta al terapeuta en todo momento, inclusive más allá de la existencia o no de un espejo unidireccional (Bonelli y Gálvez, 2004). Boscolo, Bertrando y Gálvez (2013) hablan de un sistema de tres elementos: terapeuta, consultante y equipo. El equipo apoya al terapeuta en hacerlo más consciente de sus premisas y emociones al interior de la terapia. También es labor del equipo generar hipótesis del consultante, pero además también las elabora sobre la relación terapeuta cliente. El objetivo general de la terapia es crear un contexto donde el cliente pueda aprender a aprender, es decir, donde ellos puedan encontrar sus propias soluciones a sus sufrimientos.

Un elemento que se puede considerar entonces en la terapia de pareja desde este modelo, tiene que ver con la presencia de más de un miembro del sistema en la terapia. El modelo de Milán se ha mostrado siempre flexible frente a la elección de quienes son los que deben estar en la sesión, llegando a cultivar de manera preferente la convocatoria como una perturbación al proceso y no como algo que siempre es consistente respecto de lo que se trabaja. Siendo así, es que se dé una línea de terapia de pareja, con ambos miembros siempre presentes y con una presencia de varias temáticas según el contrato terapéutico que se ha establecido.

Sobre la convocatoria, el modelo ha evolucionado de convocar a toda la familia nuclear a postular actualmente, el que viene es el que desea venir a la terapia. Es esencial definir los subsistemas familiares para abordar la terapia y sus objetivos. El modelo señala tres tipos de convocatorias: horizontal, referidos a los padres o grupo de hermanos; convocatoria vertical, referido a un padre/ madre e hijos o hijas; y convocatoria individual.

Cada una de las cuales ha mostrado utilidad para trabajar temas problemáticos específicos (Boscolo, Bertrando, & Gálvez, 2013)

La hipotetización, neutralidad, circularidad son principios fundamentales en el trabajo en sesión del modelo de Milán. La hipótesis es vista como un instrumento útil que guía la sesión y ayuda al terapeuta a conectar la información, significados y acciones que surgen en el diálogo. La hipótesis no pertenece al terapeuta, ni al cliente, es una construcción que emerge de la interacción terapéutica. El terapeuta utiliza las hipótesis como ideas susceptible a ser modificada, es un conocimiento provisorio que no tiene valor de certidumbre, jamás deben considerarse como explicación definitiva que ocurre en el sistema, su valor está en que conduce a otras hipótesis y así sucesivamente (Boscolo, Bertrando, & Gálvez, 2013)

La circularidad retroalimenta al terapeuta para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas, a través de la observación y evaluación de la reacción de los pacientes. Actualmente también este concepto se amplía a la relación terapéutica e involucra las actitudes de los pacientes, actitudes del terapeuta y sus efectos (Boscolo, Bertrando, & Gálvez, 2013).

El tercer principio, neutralidad, ha sido criticado, ya que supone evitar tomar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros, como también evitar validar el curso de acción de un cliente. Con el desarrollo de las teorías sistémicas y la cibernética de segundo orden, al ser el terapeuta parte del sistema, la imposibilidad de ser neutral resulta imposible, ya que no puede ser neutral frente a sus propias premisas, valores y juicios. Lo mismo aplica para el equipo terapéutico.

Frente a las críticas Cecchin propone revisar el concepto y sugiere en su lugar el concepto de curiosidad, el cual lleva al terapeuta a experimentar e inventar puntos de vista y movimientos estratégicos que a su vez generan más curiosidad. Otros grupos de trabajo también han adoptado el concepto de multipartialidad, pero para los autores Boscolo y Bertrando, les parece continuar con neutralidad como una tendencia ideal del terapeuta y el equipo, a pesar de ser una meta por definición inalcanzable (Cecchin, G. 1989).

En cuanto a las técnicas, la principal que define el modelo, son las preguntas, y de ellas las preguntas circulares. Hacer preguntas tiene mayor importancia para el modelo, ya que a diferencia de la afirmación o interpretación, entregan al otro la labor de asignar significado a lo dicho, disminuyendo así la tonalidad autoritaria o paternalista de la conversación terapéutica. La información que se obtiene de las preguntas es recursiva tanto para los clientes como para el terapeuta, a través de ésta escuchan y cambian constantemente su propia comprensión de la información del otro. Ofrecen nuevas ideas, conexiones y significados que contribuyen a cambiar la perspectiva y premisas personales. También recurren a las preguntas orientadas al futuro y las preguntas hipotéticas, las cuales tienen como finalidad la construcción de nuevas posibilidades de relación, proyecciones futuras y reinventar ese futuro. El terapeuta introduce en las preguntas las hipótesis posibles como estímulo para los clientes, desafiando sus premisas.

En el último tiempo Boscolo y Bentrando refieren haber integrado al modelo, las nuevas corrientes y conceptos de los estudios sobre el lenguaje y la narrativa, tomando elementos de la crítica literaria y análisis de textos. A semejanza de este proceso a lo que ocurre en el diálogo terapéutico, que puede ser visto como una continua deconstrucción y reconstrucción de historias. Por otro lado, los aportes provenientes del construccionismo social y el pensamiento posmoderno han permeado de tal modo en la terapia sistémica casi diferenciándose como terapia narrativa. Esto ha traído consecuencias para el modelo de poder posicionar al terapeuta en un lugar menos jerárquico y casi a la par de quienes atienden, con la posibilidad de entregar libertad para la creación de mundos posibles, valorando la autoría de cada quien pueda ser creador de dicho proceso. Con estos aportes centrados en las narraciones, convierte al terapeuta en un contador de historias y al cliente en un sujeto que escucha y puede escoger entre las múltiples narraciones ofrecidas por el terapeuta, aquellas que le den más sentido.

El modo en que se realiza la terapia, los autores podrían distinguir una fase inicial, en la cual surgen temas significativos de la vida de los clientes que serán enfrentados en una fase central, y luego existiría una fase final, aunque no siempre es posible subdividir la terapia en fases bien definidas. Para este modelo la terapia de pareja está indicada cuando los problemas a resolver remiten claramente a problemáticas exclusivas de la

pareja y no involucran significativamente a otros miembros que no sean la pareja (Boscolo, L., Bertrando, P. & Gálvez, F., 2013).

En términos concretos entonces, pareciera no haber grandes diferencias entre la terapia de pareja y la manera en la cual se llevan a cabo las terapias familiares de este modelo de Milán, sin embargo, autores algo más contemporáneos, herederos del trabajo de Boscolo y Cecchin, han estado desarrollando algunas modalidades específicas, en diálogo con la investigación, con el movimiento narrativo, con la práctica clínica y también con la formación (Bertrando & Toffanetti, 2014). Quizá son estos mismos puntos los que no han permitido que exista un gran número de publicaciones (puede quedar excluida de esto el trabajo de Teresa Arcelloni, que trabaja específicamente sobre la terapia sexual sistémica, traduciendo a su vez un trabajo proveniente de Alemania), que se pronuncian de manera particular sobre la temática de pareja.

Modelo de Javier Vicencio y el Grupo Crisol.¹ Este modelo se inscribe en el marco de lo que se ha denominado modelos “Post- Milán” atendiendo al lenguaje utilizado en la consulta. La influencia primaria la aporta Maturana y su pregunta autorreflexiva, como instrumento para el cambio a través de la conversación dialógica, que facilita la emergencia de contenidos “perturbadores” significativos en el terreno de las emociones, razón y lenguaje. Este modelo identifica diferentes niveles de hipotetización para abordar la terapia que se realizará en una secuencia de co-construcción de hipótesis que guían la indagación de lo más simple a lo más complejo. Para Vicencio, el proceso de hipotetización es fundamental. Las hipótesis delimitan diferentes dominios de distinción que van de lo más simple a lo más complejo.

Para el desarrollo de la terapia de pareja, el autor propone cuatro niveles o dominios hipotéticos. El primer nivel, se incluyen las descripciones del sistema que consulta y su configuración (configuración de la pareja que consulta). “¿Por qué hoy, como pareja y conmigo?- ¿Cuáles son las quejas mutuas? -¿Cuáles son los dolores que la propia relación y los movimientos de consulta les deparan?”

¹Modelo ampliamente tratado en su obra “Mapas del amor y la Terapia de pareja” (2011)

En el segundo nivel, se destacan las categorías que contribuyen a la generación de un determinado sistema terapéutico, de sus alianzas y guiones propuestos para el cambio con la participación activa de pareja y terapeuta para redefinir el problema. Dimensión colaborativa en el cual se ofrece otras alternativas de solución no intentados aun por la pareja. En este nivel ocurre la identificación de elementos para la construcción del sistema terapéutico y resignificación del problema, es decir, la construcción compartida del problema.

En el tercer nivel, se incluyen explicaciones hipotéticas que surgen de la indagación sistémica circular y reflexiva de las historias significativas que han generado premisas y mitos que forman el mapa por donde se ha movido la pareja. Se trata del dominio de las explicaciones circulares lógico-formales que cuestionan el sentido común. Contenido de las historias, tejido relacional de las intersubjetividades mutuas y que se condensan como premisas sistémicas intrapsíquicas.

El cuarto nivel se incluyen los sistemas de lenguaje y discursos culturales dominantes de acuerdo al construccionismo social, dominio que cuestiona las narrativas del sí mismo social de los sujetos y el terapeuta. Discursos de género y poder que se materializan en historias de amor con personajes insertos en una trama condicionada por el lenguaje.

Esta matriz de dominios hipotéticos es lo que estructura el modelo de terapia propuesto por Vicencio que distingue diferentes niveles de indagación y caracterización de la pareja para facilitar su abordaje.

Modelo de Philippe Caillé² Para este autor la pareja pasa a ser un tercer elemento que interacciona con la díada, de ahí el título de su trabajo “uno más uno, son tres”, y considera la relación de pareja como protagonista que interviene constantemente. Este modelo parte de la premisa de la complejidad de la relación de pareja, la cual no puede ser abordada con modelos donde el vínculo de pareja parece ser un objeto, al contrario, este autor sitúa la pareja como un organismo vivo. El autor adopta una mirada desde la complejidad de las relaciones humanas, ya que de esta manera se da cabida al potencial

² Modelo ampliamente detallado en su obra “Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma” primera edición 1992.

inventivo del individuo y de la relación. Señala que suscribir una perspectiva que tienda a simplificar esta complejidad se corre el riesgo de generar modelos estériles, que bloquean y perpetúan los desórdenes que se pretenden analizar.

Caillé elabora su modelo dentro de la lógica de la cibernética de segundo orden, o como él la llama, la nueva teoría sistémica, en el cual el observador es consciente de su participación activa en la creación de la observación. Toma como punto de partida la complejidad de los sistemas humanos, la multiplicidad y coexistencia de modelos (entendidos estos como esquemas mentales que construyen las personas acerca del mundo y que son útiles en el momento presente para conocerlo y moverse dentro de él, pero son por esencia transitorios e imperfectos). Por lo anterior es que la nueva teoría sistémica, da énfasis a la permanente construcción de estos modelos, ya que si estos se dogmatizan, ya no habría novedad, el ciclo se interrumpe, el individuo o el sistema se bloquea. De acuerdo a lo anterior, lo que busca la terapia es mostrar una nueva mirada de la situación y con ella que los individuos puedan crear un nuevo aprendizaje con nuevas reglas y estimular su creatividad para poder considerar nuevas posibilidades que se retroalimenten en un ciclo recursivo.

Para ello, el autor propone adoptar una nueva perspectiva de la relación de pareja, comenzando por las definiciones que intentan determinar o normalizar lo que es una relación de pareja. Respecto a esto, Caillé argumenta que la definición de pareja debe estar dado por los significados de quienes la vivencian en un determinado contexto. Pareja como fruto de la conjunción de las representaciones mentales de los individuos que la conforman. Esta definición es mucho más importante que las definiciones y rituales culturales, legales y religiosos, y debe estar dado por la singularidad de cada pareja.

Como se señaló al inicio, Caillé otorga un protagonismo trascendente a la relación de pareja, como el elemento que define a sus integrantes, y ellos a ella a través de un intercambio dialéctico entre pareja y la díada que la constituye. Por lo tanto, es un producto único, específico y original que gravita sobre sus miembros y que es denominado por el autor como el “absoluto de la pareja”.

La terapia de pareja es una intervención sobre la relación de pareja en presencia de dos personas que son, a la vez, las creadoras de esta relación y al mismo tiempo creaciones de ésta. Respecto a esto el autor señala:

“la pareja sólo puede cambiar a condición de que los cónyuges acepten la dimensión autónoma de la relación como factor activo que los controla, en igual medida que ellos pueden controlarla a su vez” (Caillé P. 2011, p. 32)

La posición del terapeuta como observador del sistema pareja, lo hace desde sus propios referentes teóricos, experiencia personal, estilo y todos los elementos que conforman su modelo particular que puede ser beneficioso o convertirse en una traba. Esto no cambia cuando se trata del equipo terapéutico que trabaja en espejo unidireccional. Por lo tanto, el terapeuta o el equipo deben estar constantemente atento a nuevos descubrimientos y aceptar una perpetua renovación de los elementos que conforman sus esquemas mentales sobre la relación de pareja. Se propone que para que las intervenciones sean efectivas, el terapeuta debe estar constantemente interrogándose, observando sus premisas, estar atento a lo inesperado y a las sorpresas involucradas en la relación. “...Los intercambios más fecundos de una terapia se desarrollan esencialmente en este plano de las interrogantes sobre cuál es nuestra manera de saber”... (Caillé, 2011, p. 34). El terapeuta será entonces un interlocutor para que la pareja pueda desarrollar su proceso que los conducirá a explorar su propio modelo.

Por lo tanto, ante la demanda de atención de la pareja, el objetivo de esta forma de trabajo será lograr que las miembros de la pareja puedan comprender una nueva mirada de entender la pareja y así poder observar la pareja que son, la pareja que han creado y poder establecer un diálogo con ella, como si fuese otro que influencia a ellos mismos. Esto se inicia con lo que el llama “incluir al tercero excluido”. En esta forma de trabajar, las dificultades o las “averías” no son algo que deben repararse y hacer desaparecer la falla, al contrario, se debe tomar en cuenta para el proceso de análisis, ya que ofrece la posibilidad de experimentación que llevará al conocimiento del modelo de funcionamiento de la pareja.

En este modelo de terapia de pareja, es trascendental el término que el autor llama “absoluto” y que no sólo es propio de una relación de pareja, sino de todas las relaciones humanas, en este caso hablamos del “absoluto de la pareja”. El autor lo define como un modelo de construcción mental que emerge de una relación de un sistema humano, como un modelo organizativo que sintetiza dos planos: uno fenomenológico o ritual, que describe los intercambios que tienen lugar dentro del sistema en el ámbito de los comportamientos; y el plano mítico que resume las convicciones que sostiene el sistema, existiendo una recursividad lógica entre ambos planos, en virtud de que uno legitima al otro. Esto quiere decir que el ritual no es concebible sin el mito y éste explica el ritual.

El absoluto de la pareja hace referencia entonces a un proceso dialéctico producto de la confrontación de las percepciones del mundo de cada integrante de la pareja, que constituyen una síntesis, un producto con elementos, cualidades y valores nuevos, que definirá e identificará a la pareja. Ahora bien, este absoluto de la pareja es recursivo con cada uno de los miembros de la pareja, ya que se producirá un intenso intercambio de significados entre la identidad individual de los integrantes de la pareja y el contenido de su absoluto. Es un proceso transformativo para los miembros y su absoluto, añadiendo o quitando sentido, debilitando o confirmando tanto a los individuos como a la pareja.

El proceso terapéutico es visto por este autor como un modelo complejo de simultáneos procesos de recursividad en el cual entran en juego el “absoluto de la pareja” o modelo organizador, los integrantes de la pareja, la demanda y el terapeuta con su absoluto terapéutico, pues bajo la visión de Caillé, el terapeuta observará la pareja según su propio modelo organizativo cognitivo que comparte con una comunidad profesional.

El terapeuta parte desde la concepción de la pareja como un sistema complejo, por lo tanto, la ayuda terapéutica no estará dada por el conocer a la pareja, sino por la comprensión de ella, a través de su modelo organizativo. Análogamente, el único que podrá conocer la pareja del terapeuta será su modelo organizativo terapéutico. Este proceso terapéutico se fundamenta en la interrogación. El terapeuta interroga a la pareja, aludiendo a su absoluto y la pareja interroga al terapeuta, interpelando a su absoluto terapéutico. Caillé describe este proceso como una transformación mutua, que concluye

cuando deja de tener sentido al haber reencontrado (la pareja) su propia manera de dialogar con su absoluto.

Para desarrollar la terapia de pareja, Caillé desarrolla una estrategia terapéutica, que lo denomina protocolo invariable. Éste corresponde a una formalización del proceso dinámico que se establece una vez que la díada entra en la lógica del nuevo modelo cognitivo, es decir, debe ser consciente de la presencia del tercero excluido o en otras palabras, su absoluto de pareja. En términos prácticos, consisten en un número determinado de sesiones de entrevistas en dónde las primeras, por medio de técnicas como “la escultura de la pareja” y los “cuadros de ensoñación”, tienen la finalidad que los miembros logren explorar y relacionarse con el absoluto de su pareja. Luego viene una fase de sesiones individuales para cada miembro de la díada, en donde se prescriben cambios que el consultante deberá introducir en su comportamiento para desequilibrar el modelo organizativo de la relación. Luego de una sesión conjunta en la cual se visualiza la complejidad e influencia del absoluto de la pareja, viene otras sesiones individuales en las cuales se suscita en los conyugues una reflexión sobre la posibilidad de transformación del absoluto de la pareja. Ya en la última sesión se evidencia la interacción de la pareja con su absoluto. Las posibilidades de solución ante la demanda no se verán hasta una sesión de control que se realizará luego de diez a catorce meses.

En opinión del autor este modo de hacer terapia de pareja a través del protocolo invariable, ofrece un marco que permite una eficaz interacción entre las singularidades de los dos sistemas presentes, cada uno estimula las posibilidades del otro, transformando el modelo cognitivo del otro y con ello abriendo nuevas alternativas de acción.

PSICOPATOLOGÍA Y PAREJA

Relación de pareja y Psicopatología

La evolución de la terapia de pareja ha estado en relación con los cambios epistemológicos que se dieron en la psicología y ciencias humanas. A finales del siglo diecinueve, era impensable la posibilidad de tratamientos para parejas, por el predominio

de la concepción individualista y extremadamente biológica de los trastornos mentales. A partir de los fracasos a tratamientos aplicados a pacientes psicóticos, también fue ocurriendo aproximaciones a la pareja, cuyas aportaciones ampliaron la perspectiva que veía los problemas psicopatológicos, más como productos de la interacción, que como factores individuales (Garrido M., 1995).

Las relaciones íntimas como las relaciones de pareja a menudo son las más importantes, o una de las más importantes que las personas desarrollan en su vida. Por lo tanto, la calidad de la relación de pareja impactará en la salud mental de ambos cónyuges (Baucom, Whisman & Paprocki, 2012). Y no sólo en la salud mental, pues las parejas en que ambos miembros reportan satisfacción marital tienen un mejor estado de salud física y mental, viven más tiempo, experimentan mejor prosperidad económica, se involucran en mejores prácticas de crianza, sus hijos tienen mejores logros académicos y son más ajustados psicológicamente, que aquellas parejas que experimentan conflicto relacional o divorcios (Halford & Snyder, 2012; Lebow et al., 2012 citado en Carr A., 2014). Del mismo modo, varias investigaciones han demostrado que el estrés permanente en el funcionamiento íntimo de la relación, está asociado con una variedad de efectos en la salud mental, expresándose en síntomas psiquiátricos y trastornos psiquiátricos específicos (Baucom, Whisman & Paprocki, 2012).

Los conflictos en la relación de pareja pueden estar asociados con la prevalencia de trastornos psiquiátricos, como un factor de riesgo para una amplia clase de trastornos, o para un trastorno específico. Por ejemplo, en un estudio con una muestra poblacional realizado con personas de 48 estados contiguos de los EE.UU., la disfunción relacional se asoció con amplias categorías de trastornos de estado de ánimo, de ansiedad y consumo de sustancias, así como una estrecha asociación para diagnósticos de trastornos específicos definidos en términos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Mental Trastornos psiquiátricos DSM (Baucom et al., 2012).

Varios estudios longitudinales también han encontrado que la disfunción relacional precede temporalmente la aparición de un trastorno psiquiátrico. En un estudio longitudinal de 12 meses basado en una muestra de población de adultos casados que no cumplían criterios para un trastorno de salud mental al inicio del estudio, se observó que

la disfunción relacional se asoció con un aumento de 2,7 veces el riesgo para un episodio depresivo mayor (Whisman y Bruce, 1999, cit. Baucom et al., 2012) y un 3,7 veces mayor riesgo de desarrollar trastornos de abuso y dependencia de alcohol (Whisman et al., 2006 citado Baucom et al., 2012). Así mismo, en una muestra de población en los Países Bajos, la aparición de disfunción marital se asoció con la incidencia de un trastorno depresivo mayor, distimia, abuso de alcohol y fobia social. Del mismo modo, la investigación longitudinal ha demostrado que una relación de pareja conflictiva de base, predice aumentos en los síntomas depresivos en los miembros de la pareja a través del tiempo (Beach et al., 2003; Whisman y Uebelacker, 2009 citados en Baucom, D., Whisman M. y Paprocki C., 2012).

Por otro lado, la presencia de psicopatología en uno de los miembros de la pareja, puede también tener importantes efectos negativos posteriores en el funcionamiento de la relación. Baucom et al. (2012) citan un trabajo en el que se evaluó la asociación entre los síntomas depresivos y el estrés marital, a través de un estudio longitudinal de 1 año de parejas de recién casados, encontrándose que los síntomas persistentes de las esposas con depresión, predijeron mayor o menor estrés marital, y a su vez éste se asoció con mayores síntomas depresivos para las esposas durante el seguimiento. Esto se repite en los hallazgos de investigaciones de otros estudios longitudinales que han demostrado que la línea de base de los síntomas depresivos predicen aumentos de estrés relacional en la pareja a lo largo del tiempo (Beach et al., 2003; Whisman y Uebelacker, 2009 citados en Baucom et al. 2012).

Para muchos autores el tratamiento de un paciente que tiene un trastorno de salud mental, la pareja o la familia debe ser incluida en el tratamiento por dos razones: una es que se cree que las interacciones de pareja y/o familia juegan un papel importante en la exacerbación del trastorno, y la otra razón, es que el cónyuge o la familia es vista como una fuente importante de apoyo para producir el cambio (Chambless D., Miklowitz D. y Shoham V., 2012). Estos mismos autores argumentan que los pacientes pasan gran parte de su tiempo junto a sus conyugues y familias, más que con sus psicoterapeutas, siendo esto sensato para trabajar con su sistema social próximo en el que están insertos. Esto podría ser también una demostración, no sólo de la importancia de la pareja en el

tratamiento, sino que el asumir que se trata de un ámbito de la vida y de las relaciones que sin duda se ve fuertemente afectado.

Carr (2012) agrega más sustento a lo anterior sosteniendo que el cónyuge u otros miembros de la familia de la persona con trastorno psiquiátrico, a menudo y sin darse cuenta se involucran en patrones de interacción que mantienen los síntomas de la patología. Por ejemplo en los pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), la pareja o algún otro familiar puede estar favoreciendo los rituales compulsivos ayudando con ellos, sin cuestionar su legitimidad, o participar en el conflicto que ellos ocasionan. Lo mismo ocurre para los pacientes con crisis de pánico con agorafobia, su pareja y otros familiares pueden inadvertidamente estar manteniendo el restringido estilo de vida del paciente, evitando situaciones que ellos creen que desencadenará ataques de pánico al paciente (Carr A., 2014).

Terapia de pareja en personas con psicopatología. Modos de abordaje terapéuticos

Como se ha señalado más arriba los problemas de disfunción marital se asocia con el inicio o mantenimiento de algún trastorno psicopatológico. Estas dificultades en la relación pueden ser menos propensas a responder a los tratamientos individuales, debido a que el tratamiento no se dirige a la relación de pareja. De hecho, la investigación ha demostrado que la existencia de disfunción marital está asociada con peores resultados después de tratamientos individuales para una variedad de trastornos. Por ejemplo, en un estudio se encontró que un ajuste marital pobre se asocia con un peor resultado durante y al final del tratamiento para la depresión (Denton et al, 2010; Whisman, 2001, citados en Baucom et. al. 2012) y que después del tratamiento, predice mayores tasas de recaída (Whisman, 2001). Así mismo, una relación de pareja conflictiva, a parte de predecir un aumento de la probabilidad de recaída, también influye en el número de días de abstinencia de consumo de sustancias, y el tiempo entre recaídas en el tratamiento de las personas con problemas de consumo de sustancias (Fals-Stewart et al., 2001, citado en Baucom et. al. 2012). Del mismo modo, los conflictos en la pareja, se han asociado con un peor resultado después de tratamientos para los trastornos de ansiedad, incluyendo agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada (Baucom et. al. 2012). Dado que la disfunción marital predice una

peor respuesta a la psicoterapia individual, la incorporación de la pareja en el tratamiento tiene el potencial de reforzar la eficacia del tratamiento para hacer frente a la psicopatología.

Estos argumentos señalados por la evidencia de las investigaciones, sostienen la necesidad de realizar terapia de pareja en aquellas en que un miembro tiene un trastorno psicopatológico. Se presenta a continuación algunos modos de abordar la terapia que consideran a la pareja y que están descritos en la literatura científica y especializada en terapia de pareja y familia, desarrollados especialmente en Estados Unidos e Inglaterra (esto pues no se ha logrado encontrar gran cantidad de información en contextos de habla hispana o derechamente latinoamericano).

Donald Baucom junto a otros investigadores (Baucom et al, 1998, 2009; Epstein y Baucom, 2002 citado en Baucom et. al. 2012) han desarrollado estudios de intervenciones de parejas para el tratamiento de la psicopatología, diferenciando tres modalidades para llevar a cabo una psicoterapia, que incluyen al cónyuge de diferentes maneras para alcanzar objetivos específicos. Dos de estos tipos de intervenciones no asumen o no se enfocan en un problema relacional, sino más se desarrollan a partir de la consideración de que la psicopatología existe en un contexto social, y que incluir al cónyuge en el tratamiento podría ser un poderoso agente para promover el cambio individual del sujeto que tiene el trastorno. Hacer cambios conductuales necesarios para abordar la psicopatología, es a menudo difícil para el paciente, tener una pareja para fomentar, apoyar y ayudar en estos cambios, tiene el potencial de ser ayuda en una variedad de contextos. Los tres tipos de intervenciones que describen los autores son los siguientes (aparece entre paréntesis la denominación original del texto en inglés):

Intervenciones con cónyuge como asistente (Partner-assisted interventions).

Se enfoca específicamente en los cambios de comportamiento que el paciente necesita hacer y cómo la pareja puede ayudar al paciente hacer estos cambios. Esta modalidad de intervención no hace hincapié en cambios de la relación de pareja de una manera fundamental o significativa. En lugar de ello, el cónyuge está asumiendo el papel de un terapeuta sustituto en algunos aspectos, o un entrenador o animador, para ayudar al

paciente a hacer cambios importantes. Por ejemplo, en el tratamiento de la depresión una estrategia de intervención importante se refiere a la activación del comportamiento, enfatiza que la persona deprimida pueda llegar a ser cada vez más activa a través de la participación en tareas agradables y significativas. Desde esta forma de intervención, la pareja podría ayudar al individuo deprimido a desarrollar un programa diario de actividades, animar a la persona para llevar a cabo estas actividades y reforzar (elogiar) a la persona deprimida en sus esfuerzos y éxitos.

Intervenciones específicas de acuerdo al trastorno (Disorder-specific intervention).

Estas intervenciones se centran en producir cambios importantes en la relación de pareja que persistirán durante el largo plazo, pero sólo en los aspectos puntuales para el paciente con el trastorno; de ahí el nombre de las intervenciones (trastorno específico). En estas intervenciones el terapeuta ayuda a los miembros de la pareja a identificar formas en que pueden utilizar o que puedan cambiar en su relación, para fomentar los cambios que el paciente necesita hacer con el fin de abordar las dificultades psicológicas. Por ejemplo, las personas con agorafobia evitan estar en espacios en los cuales consideran sentirse inseguros o donde podrían sufrir un ataque de pánico. Por lo tanto, su pareja podría estar alterando las funciones y responsabilidades de este paciente con agorafobia, a fin de que ya no vaya al almacén o a las reuniones de la escuela de los niños, por ejemplo, asumiendo así estos roles en su lugar. Como la pareja trabaja con el terapeuta para ayudar al paciente a confrontar situaciones que provocan ansiedad, los cónyuges pueden cambiar estos patrones de conducta de manera que el paciente, en parte se vuelva responsable de hacer las compras y llevar a los niños a la escuela, por ejemplo, lo que ayudaría a mantener las ganancias de la exposición a los espacios públicos. En esta intervención, la relación de pareja es un foco de tratamiento, pero sólo en la medida en que está relacionada con el trastorno.

Intervenciones de terapia de pareja (Couple Therapy). En las dos intervenciones vistas, las estrategias involucraban al cónyuge como una parte significativa del medio ambiente social del paciente con el fin de fomentar cambios individuales necesarios para abordar la psicopatología y que no asumen la presencia de un conflicto relacional. Como se señaló anteriormente, los individuos que experimentan una amplia variedad de trastornos psicopatológicos, son también más propensos a experimentar disfunción en la

relación. Varios son los enfoques de terapia de pareja o asesoramiento marital, como la terapia de pareja cognitivo conductual (Epstein y Baucom, 2002 citado en Baucom et. al. 2012), que han intentado asistir a parejas que experimentan dificultades en la relación en diferentes ámbitos. Estas mismas intervenciones pueden ser de ayuda también para aquellas parejas que tienen un miembro con problemas psicopatológicos. En estos casos, la terapia de pareja puede ser útil, al menos, de dos maneras. En primer lugar, puede ser difícil o imposible de implementar los tipos de intervención del tipo “partner-assisted” o “intervenciones para trastorno específico” descrito más arriba, si los miembros de la pareja están interactuando de una manera hostil, están distanciados y desconectados. Por lo tanto, reducir la disfunción relacional y ayudar a la pareja que funcione más eficazmente como un equipo, puede ser útil para implementar las intervenciones “partner-assisted” e intervenciones específicas del trastorno. En segundo lugar, la disfunción relacional puede ser considerada como un importante y crónico estresor en un individuo. En consecuencia, no es sorprendente que muchos trastornos psiquiátricos parecen ser precipitados a causa de significativos estresores interpersonales (Snyder y Whisman, 2003, citado en Baucom et. al. 2012). Por lo tanto, la reducción de la disfunción relacional de la pareja puede aliviar este factor de estrés crónico en el paciente.

Para estos autores (Baucom et. al. 2012) un tratamiento basado en pareja para la psicopatología puede incluir cualquiera o los tres de los tipos de intervenciones delineadas anteriormente. La intervención debe estar fundamentada empíricamente, basado en cuáles serán los cambios necesarios para un individuo con el trastorno específico, debe considerar la relación de pareja como un factor de estrés o un recurso para el individuo, empleando intervenciones específicas de pareja para el proceso de cambio, y finalmente el bienestar de la relación y de ambos cónyuges.

Son diversas las corrientes teóricas y, por lo tanto, las formas de intervenir parejas o familias en las cuales un miembro tiene algún trastornos de salud mental. Varios estudios han tratado de evaluar la efectividad de cada uno de los enfoques de psicoterapia basadas en intervenciones con familia o pareja (Chambless et al., 2012; Carr A., 2014).

La mayoría de los estudios publicados en revista científicas sobre este tema, han intentado dar respuesta a la efectividad que tienen los distintos enfoques de tratamiento

basados en familia y pareja para trastornos psicopatológicos. Muchos de los tratamientos psicoterapéuticos estudiados, son la terapia cognitivo conductual, terapias familiares y de pareja centrado en el cambio conductual con intervenciones psicoeducativas para pacientes con esquizofrenia, trastornos de ansiedad, depresión, enfermedad mental severa y la comorbilidad de trastornos por abuso de sustancias y abuso de alcohol. Otros estudios presentan resultados para la terapia de pareja centrada en emociones con un enfoque experiencial como los estudios de Greenman & Johnson (2012 citado en Chambless et al., 2012) y también terapia sistémico estratégica basada en la interrupción del problema que mantiene el patrón de interacción (Rohrbaugh, Kogan, & Shoham, 2012, citado en Chambless et al., 2012). En este último estudio se utiliza un enfoque que es el más distinto teórica y procedimentalmente a los otros, ya que se enfocan casi exclusivamente en cambiar los patrones de interacción, por sobre los atributos de los individuos, utilizando el formato y concepto de equipo terapéutico para llevar a cabo la terapia.

Sin embargo, todas las divisiones teóricas de estas intervenciones terapéuticas no son tan claras como podría parecerse, prácticamente todos estos tratamientos integran y adaptan métodos que se originaron en las distintas perspectivas teóricas (Chambless et al., 2012). En general, el tratamiento de cualquier trastorno con un enfoque basado en parejas, se le proporciona a los cónyuges psicoeducación sobre el trastorno -incluyendo sus síntomas y cómo eso se observa en el paciente-, qué cambios necesita hacer el individuo para mejorar, cómo los efectos del trastorno afecta la relación de la pareja, y cómo pueden trabajar juntos para tratar la patología. Todo esto está dirigido a la participación de ambos en el tratamiento y ayudarles a entender por qué y cómo ocurre el tratamiento. Luego, la pareja es entrenada en habilidades de comunicación, incluyendo expresión de creencias y sentimientos; entrenamiento en habilidades para la toma de decisiones, de resolución de problemas para ser empleados en el tratamiento del trastorno y en su relación de manera más amplia. Finalmente, en la medida en que la pareja, además experimente disfunción relacional más allá del trastorno, según señalan Baucom y colaboradores (2012) puede ser abordada a través de intervenciones típicas de la terapia de pareja cognitivo conductual.

A los terapeutas e investigadores, les interesa la evidencia empírica de las diferentes intervenciones de terapia de pareja para abordar estos trastornos. Esta situación se encuentra todavía en las primeras etapas. Sin embargo, un creciente cuerpo de la literatura apoya la eficacia de las intervenciones basadas en pareja para una variedad de condiciones psiquiátricas que puede, en algún grado, sustentar la práctica clínica actual (Baucom y col., 2012; Carr A., 2014). Hasta el momento, explorar la relativa eficacia de las intervenciones basadas en pareja con respecto a las intervenciones individuales ha sido más ampliamente estudiado en los trastornos de abuso de sustancias y la depresión mayor (Baucom y cols. 2012). Al respecto, Baucom y colaboradores (2012) señalan un meta-análisis de doce estudios aleatorios controlados de parejas que estaban experimentando disfunción relacional y en el que un compañero tenían un trastorno de consumo de sustancias, el cual concluye que la terapia de pareja cognitivo conductual fue más eficaz que la terapia individual con respecto a la frecuencia de uso de sustancias, las consecuencias de su uso y la disfunción relacional. Así mismo, la comparación entre las intervenciones basadas en pareja y las intervenciones individuales para las parejas que están experimentando disfunción relacional con un miembro diagnosticado con depresión, varios estudios proporcionan evidencia que indica que la terapia de pareja parece ser comparable al tratamiento individual para reducir los síntomas depresivos, pero es más eficaz en la reducción de la disfunción relacional. Los citados autores concluyen que se necesita de más investigaciones para comparar la eficacia de las intervenciones individuales para los trastornos, con las intervenciones enfocadas en la pareja, aunque estos primeros resultados indican que la terapia de pareja son prometedores, emergentes e incluso superan la eficacia de las intervenciones individuales (Baucom y cols. 2012).

Abordajes terapéuticos basados en intervenciones de pareja y familia para algunos trastornos psiquiátricos

Como se ha señalado, la mayoría de la evidencia científica que ha intentado demostrar efectividad de los algunos enfoques de terapia para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, se ha realizado con la terapia familiar cognitivo conductual, terapia centrada en las emociones con un enfoque experiencial y en menor medida con terapia sistémica estratégica (Chambless et al., 2012; Baucom et al., 2012). A continuación se presenta la

evidencia de varios estudios, presentados en un reciente meta análisis de Alan Carr (2014) donde se evalúa la efectividad de abordaje terapéutico de los enfoques de terapia sistémica para algunos trastornos psiquiátricos, como los trastornos ansiosos, trastornos del ánimo, abuso del consumo de alcohol y esquizofrenia. Es importante señalar que el concepto de terapia sistémica en el trabajo de este autor, lo utiliza de manera muy amplia y se refiere principalmente a terapia con enfoque familiar y de pareja.

Trastornos Ansiosos

Las terapias basadas en la familia son eficaces para tres de los más desgastantes trastornos de ansiedad: la agorafobia con trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Aunque algunas personas con estos trastornos responden al tratamiento farmacológico, una parte significativa no se ve beneficiada por la farmacoterapia debido a la intolerancia de los efectos secundarios de la medicación o la baja adherencia a tomar medicamentos. La recaída es común cuando se interrumpe la medicación, por lo tanto, estas razones fundamentan el tratamiento psicoterapéutico para los trastornos de ansiedad. Las intervenciones sistémicas crean un contexto en el que las familias pueden apoyar la recuperación corrigiendo los patrones de interacción familiar y sistemas de creencias que, inadvertidamente, mantienen los trastornos de ansiedad.

El trastorno de pánico con agorafobia. Las crisis de pánico recurrentes e inesperadas son la característica principal de este trastorno. Las personas con trastorno de pánico evitan sistemáticamente los lugares públicos en los que un ataque de pánico se pueda producir. Esta evitación va acompañada de un sentimiento de alivio y seguridad, desarrollando agorafobia secundaria. La pareja y otros familiares pueden, sin darse cuenta, mantener este restringido estilo de vida de la persona que sufre agorafobia, aparentemente haciendo cosas útiles para evitarle situaciones que ellos creen que desencadenará un ataque de pánico. La terapia de pareja efectiva pretende interrumpir este proceso con la participación del cónyuge, ayudando a que la persona sintomática se exponga de manera planificada a situaciones temidas y controlar su ansiedad dentro de estos contextos. En una revisión de doce estudios de terapia de pareja para el trastorno de pánico con

agorafobia, Byrne et al. (2004 citado en Carr A., 2014) concluyen que la asistencia de la pareja (partner-assisted), la terapia de exposición cognitiva conductual, condujo a la mejoría clínicamente significativa de la agorafobia y síntomas de pánico para el 54 a 86 % de los pacientes. Este tipo de terapia de pareja fue tan eficaz como la terapia individual cognitiva conductual, ampliamente considerado como el tratamiento de elección. Los logros del tratamiento se mantuvieron durante el seguimiento. Los programas de tratamiento basado en la pareja más eficaces, incluyen capacitación en comunicación, exposición asistida gradual a las situaciones que provocan ansiedad, la mejora en las habilidades de afrontamiento, terapia cognitiva para abordar las creencias problemáticas y las expectativas que sustentan la conducta de evitación. Con la modalidad de intervención “partner-assisted” la exposición gradual de la persona sintomática junto a su pareja en una serie de salidas programadas para una jerarquía de lugares o situaciones que son cada vez más provocadoras de ansiedad, el cónyuge apoya a la persona sintomática utilizando estrategias como el control de la respiración o ayudar con técnicas de relajación para el manejo exitoso de la ansiedad y controlar el pánico.

Trastorno Obsesivo Compulsivo TOC. Se caracteriza por pensamientos obsesivos provocados por señales específicas y los rituales compulsivos para reducir la ansiedad por un corto plazo, por lo que la ansiedad y los pensamientos obsesivos regresan rápidamente, repitiéndose nuevamente el patrón compulsivo. La pareja y otros miembros de la familia, a menudo y sin darse cuenta, se involucran en patrones de interacción que mantienen los rituales compulsivos. Estos procesos pueden conducir a un significativo conflicto relacional en la pareja. En las terapias de pareja o familiar efectivas, el objetivo es interrumpir los patrones de interacción familiar que mantienen los rituales compulsivos y obtener la ayuda del cónyuge o miembros de la familia para ayudar a la persona con esta condición, a superar sus obsesiones y compulsiones. Varios estudios de terapia sistémica de pareja o enfocados en la familia para el tratamiento del TOC (Renshaw et al., 2005; Abramowitz et al., 2013, ambos citados en Carr A., 2014) han demostrado que tales enfoques son tan eficaces, o en algunos casos más eficaces, que la terapia cognitivo-conductual individual para los adultos con TOC. La terapia sistémica se puede proporcionar en sesiones conjuntas o separadas o en múltiples sesiones familiares. Protocolos eficaces implican psicoeducación sobre el TOC, combinado con la exposición y prevención de respuesta. El objetivo de la psicoeducación es ayudar a la pareja y otros

miembros de la familia a reducir el grado en que ellos se sobreadaptan a los rituales sintomáticos de la persona. Con la exposición y prevención de respuesta, el terapeuta enseña a la pareja del paciente a apoyarlo a controlar los síntomas, mientras entran en una jerarquía creciente de situaciones que provocan ansiedad (tales como entrar en contacto con suciedad) de una manera planificada y la prevención de participar en las respuestas que reducen la ansiedad compulsiva (como lavado repetido de manos).

Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se produce después de un evento catastrófico como desastres naturales o causados por el hombre, como accidentes mortales, violaciones, tortura o ataques terroristas. Se caracteriza por recuerdos intrusivos, recurrentes del trauma (flashbacks y pesadillas), con intensa respuesta de ansiedad y permanente hiperexcitación en previsión de su repetición, con constantes intentos para regular la ansiedad y evitando las señales que desencadenan los recuerdos traumáticos. También puede haber sentimientos de culpa o vergüenza por haber sobrevivido el trauma, percepción insegura del mundo, pérdida de confianza en los demás, pérdida de interés en el sexo y bajo estado de ánimo. En el trastorno de estrés postraumático, la evitación de situaciones y los intentos de suprimir los recuerdos traumáticos relacionados con el trauma, es una estrategia en la cual, tanto el paciente y su pareja pueden participar inicialmente, pero paradójicamente es una estrategia con éxito relativo, ya que puede aumentar la frecuencia y la intensidad de los flashbacks o ataques de pánico y arrebatos violentos. Al mismo tiempo, en los casos crónicos, este intento frecuente de mantener los recuerdos traumáticos fuera de la conciencia, con el tiempo da lugar a una incapacidad para recordar el trauma y se produce un embotamiento emocional. Esto no sólo ocurre con las emociones relacionadas con el trauma, tales como la ansiedad y la ira excluidos de la conciencia, sino también, los sentimientos como el amor y la alegría ya no se experimentan. El TEPT es asociado con importantes dificultades relacionales de pareja. Existe evidencia a partir de un pequeño número de ensayos que tanto la terapia de pareja cognitiva conductual y la enfocada en las emociones, puede mejorar la sintomatología TEPT y aumentar la satisfacción relacional (Carr A., 2014).

Los trastornos del ánimo

Los tratamientos más eficaces basados en la familia que se han desarrollado han sido para el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar. Ambas condiciones tienen un profundo impacto en la calidad de vida de los pacientes, siendo la depresión más común que el trastorno bipolar.

Depresión. Las intervenciones sistémicas tienen como objetivo reducir el conflicto relacional y aumentar el apoyo del cónyuge, aunque hay otras razones que proporcionan una justificación de intervenciones sistémicas para la depresión en los adultos, como los siguientes. No todas las personas con depresión mayor responden a la medicación antidepresiva o desean tomarla debido a sus efectos secundarios. Por otra parte, al año después del tratamiento farmacológico, las tasas de recaída son casi el doble de las de las tasas de recaída después psicoterapia (Vittengl et al, 2007 citado en Carr, A., 2014). De acuerdo a varios estudios revisados por Carr (2014) respecto a la terapia sistémica para personas con depresión, establece cuatro importantes conclusiones. En primer lugar, las intervenciones sistémicas son más efectivas que ningún tratamiento. Segundo, las intervenciones sistémicas son tan eficaces como la terapia individual para de la depresión. Tercero, la terapia de pareja y la terapia cognitivo-conductual individual (ampliamente considerado como el tratamiento de elección) son igualmente efectivos que la terapia sistémica. En cuarto lugar, para aquellos casos con disfunción relacional, la terapia de pareja conduce a una mejora mayor en la satisfacción de la relación marital, que la terapia cognitivo conductual individual. Una serie de intervenciones citadas en la revisión de este autor, basadas en terapia de pareja y familia eficaces en el alivio de la depresión, incluyen terapia sistémica de pareja (Jones and Asen, 2000; Leff *et al.*, 2000); terapia de pareja centrada en las emociones (Denton *et al.*, 2012; Johnson, 2004); varias versiones de la terapia de pareja conductual, incluyendo terapia de pareja conductual tradicional (Jacobson et al., 1991); terapia de pareja cognitivo conductual (Beach *et al.*, 1990), terapia de pareja breve (Cohen *et al.*,2010). Todos estos enfoques de pareja y terapia familiar requieren al menos de unas veinte sesiones de terapia conjuntas y el objetivo es la mejora en la relación y el manejo de estado de ánimo. Estas investigaciones podrían dar validez al enfoque, pero junto con ello, vuelve a poner en el centro a la pareja como una relación que estaría en constante y directa relación con el trastorno.

El Trastorno Bipolar. El principal tratamiento para el trastorno bipolar es tratamiento farmacológico inicial de los episodios maníacos agudos o episodios depresivos y posteriormente para la prevención de nuevos episodios. El objetivo principal de la terapia sistémica es reducir las recaídas, las tasas de rehospitalización y aumentar la calidad de vida los pacientes mejorando su adherencia a la medicación. También para mejorar la forma en la que los individuos con trastorno bipolar y sus familias manejan el estrés y su vulnerabilidad de una recaída. Revisiones sistemáticas y de metanálisis coinciden en que cuando se llevan a cabo programas multimodales, que incluye medicamentos estabilizadores del ánimo, terapia sistémica y una gama de diferentes tipos de terapia individual, reducen significativamente la recaída en las personas con trastorno bipolar (Benyon et al, 2008; Gutiérrez.y Scott, 2004; Jones et al., 2005; Mansell et al., 2005, y Miklowitz Craighead, 2007; Sajatovic et al., 2004; Schöttle etl., 2011 Scott et al. 2007; todos citados en la revisión de Carr A., 2014).

Los resultados de una serie de investigaciones muestran que la terapia familiar sola o en combinación con la terapia social interpersonal, fue eficaz en la reducción de recaídas, las tasas de rehospitalización, y la adherencia al tratamientos farmacológico en los pacientes con trastorno bipolar (Miklowitz et al, 2003, 2007; Miklowitz y Goldstein, 1990; Rea et al. 2003, citados en Carr A., 2014). En otros estudios de terapia familiar las sesiones incluían psicoeducación a la familia, entrenamientos en habilidades comunicacionales, resolución de problemas y prevención de recaídas.

La terapia sistémica para los trastornos del estado de ánimo es la mejor alternativa cuando se considera en un contexto de tratamiento multimodal, donde una correcta medicación se puede combinar con intervenciones sistémicas, como se ha señalado anteriormente. Carr (2014) concluye que debido a la recurrencia y naturaleza episódica de los trastornos del ánimo, los servicios debieran, hacer modificaciones para implementar estas intervenciones en los futuros episodios que presenten los pacientes.

Alcoholismo. Carr (2014) cita los estudios realizados por Martin and Rehm (2012) sobre evaluación de tratamientos para problemas de alcoholismo, encontrado un fuerte apoyo a la efectividad de las intervenciones breves, entrevistas motivacionales y las intervenciones cognitivo-conductuales, en particular el uso de terapia de pareja conductual. Otros

estudios concluyen que intervenciones sistémicas fueron eficaces en promover la participación de los familiares en el tratamiento de los miembros de la familia con problemas de alcohol, ayudando a su recuperación.

Otros estudios concluyen que la terapia de pareja conductual fue más eficaz que otros enfoques sistémicos e individuales. En comparación con enfoques individuales, la terapia de pareja conductual produce mayor tiempo de abstinencia, menos problemas relacionados con el alcohol, mayor satisfacción relacional y una mejor adaptación en hijos de personas con problemas de consumo de alcohol. La terapia de pareja conductual también llevó a una mayor reducción en la violencia doméstica, cárcel u hospitalización, asociándose con ahorros significativos de los costos de tratamiento. La terapia de pareja conductual ha demostrado ser eficaz en parejas, en que el hombre y la mujer tienen problemas con el alcohol, en las parejas de gays y lesbianas, en parejas con otros problemas de drogas y en parejas con comorbilidad. Esta terapia es eficaz tanto en los centros comunitarios como en los servicios especializados y comprende aproximadamente doce sesiones que incluyen intervenciones enfocadas en como promover la abstinencia; intervenciones centradas en la pareja con el fin de aumentar los sentimientos positivos, actividades compartidas y la comunicación constructiva. Los objetivos de la terapia para reducir el consumo de alcohol, es mejorar el apoyo familiar, cambiar y promover patrones de interacción, ofrecer habilidades en resolución de problemas y mantener la abstinencia a largo plazo (Carr A., 2014)

Esquizofrenia. Alan Carr (2014) presenta una serie de investigaciones en donde se revisaron numerosos estudios realizados en todo el mundo, que proporcionan importante evidencia para la efectividad de la terapia psicoeducativa familiar, como elemento de un programa multimodal que incluye también, la medicación antipsicótica en el tratamiento de la esquizofrenia en adultos. El objetivo de esta terapia familiar psicoeducativa es reducir el estrés familiar y mejorar el apoyo de la familia al paciente, a fin de retrasar o prevenir recaídas y rehospitalización. Comparado solamente con el uso de la medicación, los programas multimodales llevaron a tasas más bajas de recaída, de rehospitalización y una mejor adherencia al tratamiento farmacológico. En una revisión de cincuenta estudios, Lobban et al. (2013 citado en Carr A., 2014) encontraron que la intervención familiar para la esquizofrenia en la mayoría de los estudios tuvo un efecto positivo sobre la

adaptación de los miembros de la familia. También hay un consenso de que los programas de intervención sistémicas más largos son más eficaces que los de intervención más corta. Terapia familiar psicoeducativa puede tomar un número de formatos, incluyendo sesiones de terapia con familias individuales, sesiones de terapia con múltiples familias, sesiones de terapia de grupo para familiares. Independientemente del formato, las intervenciones sistémicas para la esquizofrenia tienen por objetivo, en primer lugar, proporcionar a las familias información sobre el trastorno, luego ayudar a las familias a adquirir habilidades para hacer frente a la sintomatología, controlar las crisis y por último, ayudar a las familias a que puedan desarrollar una cultura de apoyo familiar.

Los programas eficaces de terapia familiar implican psicoeducación, basado en la vulnerabilidad al estrés propio de la esquizofrenia, que puedan entender y manejar la condición, fortalecer la medicación antipsicótica prescrita, e identificar signos de alerta temprana de una recaída. A lo largo del tratamiento se hace hincapié en la reducción de la culpa y el papel positivo que los miembros de la familia pueden jugar en la rehabilitación de la persona con esquizofrenia. La terapia familiar psicoeducativa también ayuda a las familias a desarrollar habilidades en la comunicación y la resolución de afrontamiento de problemas. El entrenamiento de habilidades implica comúnmente estrategias conductuales como el modelado, la retroalimentación y la discusión. De esta revisión se puede concluir que los servicios de terapia de familias para personas con esquizofrenia se deben ofrecer en el contexto de los programas multimodales que incluyen la medicación antipsicótica.

Terapia de pareja y familia en los trastornos psiquiátricos. Una necesidad creciente.

En general la efectividad de la terapia sistémica familiar está bien fundamentada y son varios los autores que han aportado a partir de sus investigaciones publicadas en revistas científicas especializadas, a la consolidación de una importante y creciente evidencia que sustenta tal efectividad (Carr, A., 2014). Así queda demostrado, por ejemplo, en una revisión de veinte metanálisis de estudios de terapia de pareja y terapia familiar para una serie problemas de salud mental a través del ciclo vital, en la cual Shadish y Baldwin (2003 citado en Carr, A., 2014) concluyeron que en promedio los paciente tratados de

este modo, obtuvieron mejores resultados después de la terapia y luego de 6 a 12 meses de seguimiento, en comparación de las familias del grupo control que recibieron tratamiento estándar (terapia individual).

Entre las conclusiones señaladas en el trabajo de metanálisis de Carr (2014) muestra que las intervenciones sistémicas bien articuladas, son eficaces para varios problemas de salud mental del adulto y de las relaciones de pareja, son relativamente breves y pueden ser llevadas a cabo por los profesionales en pacientes ambulatorios o pacientes internados, según corresponda. Además agrega que, en una serie de investigaciones en Estados Unidos han demostrado que el gasto sanitario asociado a los beneficios que proporciona la terapia de pareja y la terapia de familia, en muchos casos conduce a ahorros importantes en los costos globales de salud.

Sin embargo, y pese a toda la evidencia que estos autores señalan sobre el trabajo de la terapia familiar para los trastornos psiquiátricos, existe una gran dificultad para llevarla a cabo. El tratamiento de pareja o familia es más difícil que la psicoterapia individual, y quizá, es una razón para que muchos psicoterapeutas eviten este formato. Casi todos los psicoterapeutas (98%) conducen psicoterapia individual, pero sólo el 49% atiende parejas y sólo un 34% ve familias. Por otro lado, la lógica de reunirse con dos o más personas hace simplemente más complicada la sesión que una individual. La modalidad de equipo estratégico es todavía más difícil implementar porque requiere un cuidadoso encuadre y la participación de más de un terapeuta. (Chambless et al., 2012).

Por otra parte, una de las reflexiones que hace Carr (2014), es sobre la generalización de los resultados de los estudios revisados en su artículo para que puedan ser implementados de manera rutinaria en los servicios de salud. También cree que es probable que las prácticas basadas en la evidencia que se describe en su artículo sean menos eficaces cuando se usan en la cotidianidad de los centros comunitarios de salud mental, en la cual existen terapeutas con mucha demanda, reciben escasa supervisión y llevan gran carga de casos graves como lo es la comorbilidad de trastornos. Respecto a esto, señala que las muestras de las investigaciones revisadas suelen ser usuarios con menos problemas de comorbilidad típicos los servicios de salud y la mayoría de estos estudios son llevados a cabo en clínicas especializadas universitarias donde los

terapeutas llevan un número de casos menor y reciben supervisión intensiva. A raíz de esto, el autor cree prioritario para futuras investigaciones llevar a cabo los estudios de eficacia de tratamiento en las clínicas de servicios de salud no especialistas y con clientes y terapeutas habituales.

Chambles y colaboradores (2012) agregan que otra barrera adicional para usar estos tratamientos de pareja y familia, es la falta de entrenamiento profesional. Señalan que en Estados Unidos es poco probable que los estudiantes de programas de psicología clínica sean entrenados en estas terapias. De acuerdo a una encuesta a directores de escuelas clínicas psicológicas en los Estados Unidos y Canadá, señalan que con frecuencia los programas doctorales proveen la oportunidad de entrenamiento en terapia centrada en emociones para el conflicto marital, pero una minoría provee algún entrenamiento supervisado en terapia cognitivo conductual para conflicto relacional de pareja o terapia de psicoeducación familiar para esquizofrenia, a pesar de la considerable evidencia para éstos. Agregan que durante los internados, una minoría de estudiantes obtuvo alguna experiencia supervisada en estas terapias.

Dada la dificultad de que los psicoterapeutas se les permita obtener un entrenamiento supervisado en tratamientos nuevos una vez que se han graduado de los programas de psicología, es que estos autores dejan en evidencia una necesidad prioritaria de incrementar estudiantes graduados formados con experiencia en estos enfoques (Chambless y col., 2012). En opinión de Carr (2014), esto debe conseguirse a través de programas de formación de terapia de la familia que incluyan entrenamiento en prácticas dentro de sus planes de estudios, situación que recientemente se ha aprobado en Inglaterra y Estados Unidos. En cuanto a la situación de las competencias básicas requeridas por los terapeutas sistémicos, debe ser prioritario aprender las prácticas basadas en la evidencia para beneficiar a los usuarios con los que trabajan y como parte su propio desarrollo profesional continuo. Los clínicos experimentados que trabajan con pacientes que tienen problemas como los que se han descrito, pueden significativamente ayudar a sus clientes mediante la incorporación de intervenciones basado en la familia y pareja a su propio estilo de la práctica (Carr, 2014). Adicionalmente, la cultura de los centros comunitarios de salud mental necesita cambiar para reconocer que los tratamientos con enfoque familiar para pacientes pueden ser tan o más efectivos y

rentables como una terapia individual en las mismas condiciones. Esto es, especialmente, en los casos donde más de un miembro de una familia padece un trastorno psiquiátrico o de salud (Chambless y col., 2012).

La mayor parte de las intervenciones sistémicas que han sido evaluados en ensayos controlados, se han realizado con en el enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual, terapia familiar psicoeducativa y terapia familiar estructural-estratégica tradicional. Ante esto, Carr (2014) señala que se requiere más investigación en el enfoque de construccionismo social y narrativo para la práctica sistémica, utilizado mayormente en Inglaterra, Irlanda y otros países. En relación a esto y que existe poca evidencia para saber bajo qué condiciones la terapia sistémica no es efectiva para los trastornos psiquiátricos, es que el autor sugiere que los profesionales puedan utilizar intervenciones sistémicas basadas en la evidencia actual, en aquellos contextos donde los miembros de la familia están disponibles y dispuestos a participar en terapia, y así contribuir a la resolución de problemas y terminar con los patrones de interacción familiar que mantienen la presentación de los problema identificados en los pacientes.

Para finalizar las conclusiones propuestas por los autores, Carr (2014) señala que pocos ensayos controlados sobre terapia sistémica para problemas prevalentes como el trastorno límite de la personalidad se han reportado en la literatura y que deben estar entre las prioridades para la investigación futura.

Con respecto a este trastorno y a otorgar importancia de la investigación local, sería importante señalar los hallazgos de una investigación cualitativa realizada en un contexto de tesis de postitulo en Chile, llevado a cabo por alumnas del Instituto Chileno de Terapia Familiar (Manilli y Valenzuela, 2007). En este estudio se evaluaron técnicas de intervención en terapia de pareja, en que ambos miembros tenían diagnóstico de trastorno de la personalidad. Los hallazgos encontrados en esta investigación de caso clínico, fue que las técnicas que produjeron mayor grado de efectividad terapéutica tenían que ver en su mayoría con el enfoque cognitivo conductual, como el reencuadre, establecimiento de límites, expresión de sentimientos, definición de metas, psicoeducación, aumentar la responsabilidad conductual, reduciendo distorsiones y formulación de nuevas actitudes. También algunas técnicas desde el enfoque sistémico como mostrar los patrones de

interacción disfuncionales que entrampaban la relación y mejoramientos de patrones comunicacionales, fueron muy útiles para el cumplimiento de los objetivos de la terapia.

La gran mayoría de la evidencia respecto a la efectividad de terapia familiar y en particular la terapia de pareja para personas con trastornos psiquiátricos presentada en este estudio, proviene de investigaciones muy recientes en contextos internacionales, a excepción de los hallazgos de la mencionada tesis chilena que abordaba el tema, quedando en evidencia, primero, que la información de este campo es muy escasa por ser un área de reciente interés para los investigadores. En este punto este trabajo coincide con lo que plantea Tapia (2005), la necesidad de establecer mayor nexo entre la clínica y la investigación. Segundo, que la pareja sería indudablemente un aspecto a considerar dentro de las relaciones que establece una persona que padece las implicancias de estos trastornos; y, tercero, que una terapia de pareja en contextos de trabajo médico hospitalarios (con tratamiento de diagnósticos psiquiátricos) debe tener en cuenta este tipo de información.

MARCO METODOLÓGICO

Enfoque

Los objetivos de esta investigación intentan describir el modo (la forma) en que un grupo de profesionales (psicólogos) pertenecientes a un equipo de psicoterapia de pareja, desarrollan su trabajo en un contexto institucionalizado (hospital psiquiátrico) de salud pública. En términos epistemológicos, esta práctica de trabajo clínico constituye la realidad que se desea conocer y, dada la naturaleza del fenómeno a investigar, se trata pues de una realidad humana, por lo tanto compleja, con múltiples y variados aspectos que la constituyen. Por lo tanto, es necesaria una perspectiva epistemológica que permita una aproximación a esta realidad de modo que pueda ser abordada en su totalidad, un paradigma alternativo al de observadores externos e independientes al objeto de estudio propuesto por el paradigma positivista. Es sabido, y ha sido objeto de críticas, que la realidad humana y social debido a su complejidad, no puede ser investigada con la misma epistemología con el cual conocemos el mundo natural, por lo que el posicionarse desde

el positivismo dejaría fuera aspectos importantes del fenómeno a conocer (Calventus, 2000; Martínez, 2006).

La investigación se propone conocer las variables contextuales que podrían tener impacto en el trabajo del equipo de psicoterapia. Para un primer acercamiento a ello, resulta necesario y enriquecedor poder abordarlo desde la mirada de los propios actores investigados. Cuando interesa la descripción y comprensión de la realidad humana, la mirada interna, los sentidos y significados de los observados se vuelven fundamentales para conocer esa realidad. Dicho lo anterior, el paradigma epistemológico de investigación que ofrece la mirada interna del fenómeno, es el enfoque comprensivo, el cual postula una realidad simbólica, cuyo conocimiento de ella emerge como una construcción a partir de la relación entre investigador e investigado y en la cual media un cuerpo valórico e ideológico a la base de las interpretaciones y significados dentro de un contexto histórico y cultural. (Calventus, 2000; Sandoval, 1996; Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Lo anterior argumenta que la concepción epistemológica sobre la cual se enmarca el estudio, es el paradigma comprensivo-hermenéutico, por ser el que aborda de manera más completa la realidad que se desea conocer. De acuerdo a lo que proponen diversos autores de investigación, un nivel epistemológico de investigación definido, supone utilizar una metodología acorde a éste, la cual permita aproximarse a la realidad de la manera más fidedigna a tal como se dan los hechos en el contexto, recabando la mayor descripción de los fenómenos (Calventus, 2000; Martínez, 2006; Sandoval, 1996)

El estudio requiere una metodología de investigación que nos permita entonces una descripción, comprensión e interpretación de la práctica clínica que será construida con la mirada que los propios integrantes del equipo de psicoterapia hacen de sí mismos y su trabajo, como también las que haga el investigador. Por lo tanto, los métodos cualitativos de investigación social son los que ofrecen el mejor camino para llegar a cumplir los objetivos de investigación planteados.

El uso de métodos cualitativos de investigación tiene como finalidad aportar datos descriptivos; las propias palabras de las personas, habladas o escritas y también la conducta observable. Martínez (2006) señala que una investigación cualitativa es un estudio que pretende describir el fenómeno con todos sus aspectos, conocer la esencia

de él, como un todo integrado que conforma una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es. Sandoval (1996) agrega que asumir una mirada cualitativa, no sólo aporta la comprensión del sentido de lo que los otros quieren decir a través de sus palabras y acciones, sino que también aportan la posibilidad de construir generalizaciones que permitan entender aspectos comunes a muchas personas o grupos humanos en el proceso de producción de realidad social y cultural.

Esto es a lo que se refieren los autores cuando señalan que la investigación cualitativa es inductiva, ya que a través de exploraciones, descripciones, interpretaciones se generan datos particulares con los cuales se obtiene perspectivas más generales. Lo relevante y útil de las metodologías cualitativas, es captar el punto de vista de quienes construyen la realidad social y cultural dentro del escenario de su vida cotidiana, accediendo a un conocimiento de lo específico y complejamente humano, que se relaciona con una realidad simbólica, cuya existencia se da en los planos de la subjetividad e intersubjetividad y, por lo tanto, no sólo de lo objetivo (Sandoval, 1996).

Tipo de estudio

Como se señaló anteriormente, este estudio corresponde a un estudio de enfoque cualitativo y, en este caso, con fines exploratorios y descriptivos, dado que el objeto de estudio se centra en las descripciones del trabajo que realiza un grupo de psicólogos en el escenario mismo donde se desarrollan las prácticas cotidianas de su labor. Un estudio cualitativo, con algunas incorporaciones etnográficas en su diseño, sobre todo por la inclusión del trabajo de campo y el tipo de análisis de los datos producidos, donde participa activamente el propio equipo que produce la información. Este tipo de estudio ofrece un modo pertinente para alcanzar los objetivos planteados, por lo que este método guiará el desarrollo del trabajo.

Un estudio de tipo etnográfico presta gran utilidad cuando los objetivos pretenden describir y comprender un grupo social. Al respecto, Martínez (2006) señala que los métodos etnográficos son los de mayor preferencia para conocer un grupo étnico, racial, de getho como una tribu, o institucional como una cárcel, hospital, empresa, escuela y hasta un aula escolar. La etnografía pone el acento en la dimensión cultural de la realidad

social, de manera tal que tiende a desarrollar conceptos y la comprensión de las acciones humanas desde una mirada interna. Si bien, en principio el origen la etnografía estuvo relacionado al estudio de la cultura de sociedades elementales, entendidas como aquellas sociedades ajenas a la civilización occidental, más tarde se llevó su aplicación a sociedades complejas, con grupos más específicos como ocurrió con los estudios en ámbitos institucionales como clínicas psiquiátricas, escuelas, fábricas, etc. Con ello se fue desagregando su área de estudio por temas más específicos como socialización, construcción de valores, expresiones culturales, desarrollo y comprensión de las reglas (Sandoval, 1996).

Si bien es cierto, el objetivo del presente estudio no es precisamente describir la cultura al interior del equipo de trabajo, los estudios etnográficos son útiles para este caso, ya que a través de la perspectiva metodológica que ofrece con sus estrategias de recolección de datos, permitirá la descripción del trabajo clínico del equipo de parejas desde una perspectiva interna.

La propuesta metodológica fundamental de los estudios etnográficos, es el trabajo de campo, pues en el se desarrolla la observación participante con la cual se accede al contacto vivencial con la realidad o fenómeno objeto de estudio. También recurren a las entrevistas en profundidad que pueden ser entrevistas individuales y entrevistas grupales.

Foco

El foco del trabajo está puesto, dependiendo de las dimensiones del estudio en varios niveles. En un primer nivel está el acento sobre el campo de la intervención clínica con parejas. Esto se va especificando desde lo qué se concibe como una pareja, hasta la especificación misma de la terapia propiamente tal. Es importante considerar estas variantes, ya que el estudio aborda a un equipo de atención clínica, cuya primera definición (distinción del resto de las actividades en el hospital) es a partir de la posibilidad de atender particularmente a parejas dentro de este mismo contexto y no como una acción de derivación clínica.

En un segundo nivel, se intenta generar la construcción de lineamientos para un modelo de atención específico para parejas, a través del conocimiento de las características del trabajo clínico del equipo, que tenga una alta consideración del contexto. Esto provoca que el foco también esté puesto en lo que serían algunas prácticas, las cuales articuladas, puedan ir constituyendo un modelo de trabajo. Gálvez (2010) postula que las prácticas clínicas, como lo que ocurre en los ámbitos de formación en psicoterapia, pueden llegar a conformar una teoría o modelo, siendo muchos de los reconocidos modelos de atención clínica, producto de un espacio formativo. “Los modelos son lógicas de trabajo que se escriben un vez que se han realizado” (Gálvez, 2010 p.13). Situar acá una mirada particular, implicará que se toma atención específica sobre el quehacer, pero también sobre aquellos principios, frutos de explicaciones de sus propios actores, que sostienen dichas prácticas. Asimismo esto requerirá una especie de sistematización que vaya configurando precisamente aquel modelo (si es el caso) o lineamientos generales que exigen cierto trabajo para llegar a un modelo (si es este otro el caso). Las diferencias en este sentido lo determinará la investigación y ello repercute nuevamente en su relevancia para este equipo y para la institución en su globalidad.

Un tercer foco, no con menos relevancia, estará puesto en el contexto hospitalario. Por una parte, por la preciosa posibilidad que ha tenido el grupo de instalar un dispositivo de trabajo formal y permanente en el propio hospital y, por otra, por las condicionantes que este contexto ofrece. Estas condicionantes pueden resumirse en que tienen que ver con las propias lógicas de funcionamiento del contexto, en este caso, del hospital. Justamente apuntar sobre esta relación de condición (del contexto) será parte del análisis y de ahí la presencia del foco.

Estos tres focos: pareja (en tanto unidad de análisis), modelo (en tanto práctica clínica), institución (en tanto contexto), constituyen la base además para la descripción de cualquier intervención, sobre todo en el ámbito clínico. Por ello el estudio centrará su atención en ello de manera progresiva, pero también los relacionará al momento del análisis, pues se requiere una discusión que permita mezclar las limitaciones o posibilidades del contexto, con la articulación de un modelo eventual de trabajo, con un consultante en particular, las parejas

Dimensiones

El desarrollo metodológico del estudio, también en directa relación con el tipo de análisis (que se detalla más abajo), incluye una inicial fragmentación de las variables que se observan y analizan, para luego volver a juntarlas en la discusión de carácter conclusivo. Esto implica entonces, la generación de algunas dimensiones del estudio, las cuales parten desde varias fuentes. En primer lugar, de la revisión bibliográfica, que se ha realizado para este estudio y la revisión de otros materiales que exceden esta investigación, cuestión que da cuenta, por ejemplo de la necesidad de mantener inicialmente separado los aspectos técnicos de los aspectos meta-teóricos, al hablar de una práctica clínica. En segundo lugar, se ha tenido en consideración los resultados iniciales de las observaciones de campo, desde las cuales se han generado insumos que han permitido una primera reflexión sobre el equipo y su contexto. El resultado de esto, es también que se consideren otras dimensiones que no habrían aparecido al momento de situarse frente al estudio y que son, justamente, un producto de estas primeras observaciones de campo, siguiendo la coherencia de la metodología cualitativa. Por último, producto de estos primeros hallazgos del trabajo de campo, se desprende un eje temático que fue útil al momento de construir una pauta de entrevista grupal (para el grupo focal y entrevista) en la que se incorporaron estas dimensiones, tratando de cubrir los diferentes aspectos que engloban una intervención clínica con parejas en este contexto en particular. De esta manera se generan las dimensiones del estudio, las cuales se definen brevemente a continuación:

Estructura y organización del Equipo. Esta dimensión alude a la conformación permanente de los integrantes del equipo, así como también a la conformación circunstancial para realizar el trabajo clínico durante una sesión. A su vez, involucra la organización del trabajo cotidiano en cuanto a la asignación de pacientes, roles, distribución de las tareas, entre otros aspectos que los integrantes realizan para el funcionamiento de su labor clínica

Dimensión Contextual. Se refiere a las condiciones pertenecientes y generadas por el marco institucional con las que la unidad se relaciona diariamente para su funcionamiento, como lo son las características del sistema consultante, en términos psicológicos y

sociales. Incluye también las características del contexto institucional en términos del paradigma que lo define y determina su operar. También incluye las relaciones de comunicación que establece la unidad de psicoterapia de parejas con el contexto, como el resto de los profesionales o con otras instituciones.

Dimensión Equipo. Tiene relación con los procesos de interacción profesional dentro de las sesiones de terapia, procesos de retroalimentación y reflexión crítica de la labor realizada entre los miembros del equipo. Para nadie es sorpresa lo relevante que resulta ser la dimensión trabajo en equipo, no sólo en términos de la efectividad, sino que además por la vivencia de pertenencia que los miembros de un equipo experimentan y lo vital que resulta para su desarrollo personal y profesional.

Dimensión Técnica. Esta dimensión hace referencia a aquellas condiciones ambientales y acciones específicamente diseñadas e intencionadas para llevar a cabo la labor psicoterapéutica. Se consideran el espacio físico condicionado para el trabajo en sala de espejo unidireccional, el encuadre terapéutico y desde ahí todas aquellas denominadas técnicas y tácticas de intervención psicoterapéuticas.

Dimensión Teórica. Explora los marcos referenciales sobre los cuales los miembros del equipo sustentan la labor clínica, incluyendo referencias teóricas y modelos de psicoterapia.

Dimensión Meta-teórica Involucra los posicionamientos filosóficos, políticos, éticos epistemológicos y ontológicos del equipo o de los integrantes, y cómo influyen en la labor de trabajo psicoterapéutico de parejas.

Muestreo

En las investigaciones cualitativas la definición de la muestra, entendida como un grupo de personas, comunidades, eventos, sucesos, etc., sobre los cuales habrá de recolectar los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), no se realiza de antemano, ni tampoco hay una etapa específica en la cual se define, sino que ocurre a medida que

avanza la investigación. Como señala Sandoval (1996) el muestreo cualitativo es progresivo y está sujeto a los propios hallazgos de la investigación. Tampoco el tamaño de la muestra es importante en términos probabilísticos, ya que no se pretende generalizar resultados de la investigación. Interesa el tamaño muestral en el sentido que sea suficiente para entender en profundidad el fenómeno de estudio que se desea responder conforme al objetivo de la investigación. Por lo tanto, en la fase inicial de este estudio, la muestra del grupo de personas es lo único que se tiene definido, ya que se trata del equipo de profesionales de conformación estable. Ahora, en cuanto a los sucesos o momentos al interior del trabajo clínico que desarrolla el equipo, es lo que no está definido y su muestreo se realizó de acuerdo a la riqueza de información que iba aportando al cumplimiento de los objetivos establecidos.

De acuerdo a la literatura, los muestreos de mayor valor para los estudios cualitativos son los que seleccionan muestras no probabilísticas o también llamado muestras dirigidas, ya que no interesa la generalización de los resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Para este estudio la muestra fue de tipo dirigida, mezclando las características de la *muestra de caso típico*, en el cual el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información o también donde interesa el conocimiento y análisis de los valores, ritos y significados de un determinado grupo social; y por otro lado, utilizando una *muestra de grupo homogéneo* en donde los participantes deben cumplir con un perfil o comparten características similares con el propósito de resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social (Sandoval, 1996; Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Técnicas de Producción de datos

Con el fin de lograr un mayor alcance y un eventual acercamiento a los objetivos de la investigación, se adoptó una modalidad de recolección de datos en relación directa con el diseño de investigación. Se ha señalado que es un estudio con elementos etnográficos en su diseño, por lo que la inmersión en el ambiente laboral del equipo de psicoterapia, es decir, el trabajo de campo, fue el eje central de esta modalidad. El trabajo de campo supone la observación participante como herramienta fundamental y que se realizó asistiendo a los encuentros semanales con el equipo donde desarrollaba atención clínica

de parejas. Así mismo, se realizaron dos sesiones de focus group con participación de todos los profesionales del equipo; y una entrevista semiestructurada aplicada al miembro fundador del equipo. Lo anterior, encuentra sustento en lo que autores como Sandoval (1996) y Valles (1999) refieren sobre la observación participante como una técnica específica de obtención y análisis de datos, que forma parte de una estrategia de recolección de datos llamado trabajo de campo. En éste no sólo ocurre la observación directa por parte del investigador, sino que también se despliegan otras herramientas como las entrevistas en profundidad, grupales o análisis de materiales y documentos. (Sandoval 1996; Valles, 1999). Se espera que esta forma de recolección de datos, permita disponer de vasta y variada información, para que su posterior análisis resulte lo más enriquecido posible. A continuación se detallan cada uno de los procedimientos.

Observación Participante

La observación participante es reconocida como la técnica clásica primaria para la recolección de información en las investigaciones de corte cualitativo (Hernández Fernández Baptista, 2006; Martínez, 2006; Taylor & Bodgan, 1987), debido a la naturaleza exploratoria y descriptiva de ésta, razón por la cual esta técnica está en sintonía con los objetivos de la presente investigación. Las descripciones de Jorgensen (1989; citado en Valles, 1999) proporciona más sustento a la utilización de esta técnica, al señalar que la observación participante resulta útil cuando se trata de fenómenos de los que se sabe poco, existen grandes diferencias entre los puntos de vistas de los miembros de él y de los ajenos, o el fenómeno se oculta a luz pública. Así mismo, este autor señala que esta técnica es adecuada en los estudios exploratorios, descriptivos y aquellos orientados a la generación de interpretaciones teóricas.

Taylor & Bodgan (1987) definen la observación participante como "...aquella investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el *milieu* de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo..." (1987, p.31). Para Hernández, Fernández y Baptista, (2006) implica adentrarse en profundidad a situaciones sociales, manteniendo un rol activo y una reflexión permanente de los eventos, interacciones y detalles ocurridos.

Lo característico, es que se trata de una observación en la cual el investigador se adentra en la escena donde ocurren los hechos y en donde se espera que no manipule el contexto natural, para captar el realismo y significado de lo observable.

Los citados autores reconocen como propósito esencial de la observación cualitativa: la exploración de ambientes, contextos subculturas y la mayoría de los aspectos de la vida social; describir comunidades, contextos o ambientes, actividades que se desarrollan en estos espacios, y las personas que participan en actividades y significados de las mismas; comprender procesos, vinculaciones entre personas, los eventos que suceden a través del tiempo, patrones que se desarrollan, contextos sociales y culturales.

La observación participante es una técnica flexible, ya que en la definición del foco de interés una vez lograda la entrada al campo, el investigador debe definir cuáles serán los fenómenos a ser observados y analizados. Esta decisión se realiza en base a las oportunidades, recursos disponibles, naturaleza de la investigación y de acuerdo a las propias habilidades que tenga el investigador para realizar las observaciones con una lógica comprensiva, según los avances en el entendimiento del problema en cuestión (Valles, 1999; Sandoval, 1996).

De las distintas modalidades de realizar observación participante, entendiendo que se describe una variabilidad desde la completa situación de observador hasta la completa situación de participante, se decidió adoptar el rol de *observador como participante* según la clasificación de Junker (1960, cit. en Valles 1999). Este autor postula que cada una de las formas de observación participante ofrece posibilidades o limitaciones para la investigación considerando dos aspectos: el grado de participación en las actividades del grupo a observar (mayor implicación o distanciamiento) y el grado de ocultación o revelación de la actividad de observación. Estas diferentes posiciones de observación no son estáticas durante el trabajo de campo, el investigador cambia de rol de acuerdo a los objetivos de la investigación, la naturaleza del campo a observar y a la fase del trabajo de campo que se encuentre. El rol observador como participante revela explícitamente la observación y a pesar de haber participación hay un predominio de la observación. Como se está en conocimiento de la actividad de observación, ésta es ayudada por los mismos

actores, revelando valiosa información, incluso confidencial, sólo y cuando el investigador tenga ganada la confianza del campo.

Para el caso de este estudio y considerando que se trata de un equipo de psicólogas cuyas actividades son dar atención clínica a los usuarios del Instituto psiquiátrico, se descartó la observación como participación completa, ya que en términos estrictos, esto implicaría participar en las acciones de atención de los usuarios, lo que no sólo implicaría conflictos éticos, sino que demandaría esfuerzo adicional por parte del investigador, con riesgo de perder el objetivo del estudio. El rol de completo observador o participación pasiva fue de gran utilidad para la primera etapa del trabajo de campo, ya que como lo afirma Spradley (1980, cit. en Valles 1999), es ventajoso para conocer las reglas y dinámicas grupales de la labor cotidiana del equipo de trabajo. El rol de participante como observador o participación moderada ofreció ventajas durante el resto del trabajo de campo, ya que permitió al investigador implicarse en acciones propias del equipo, adaptarse a las rutinas cotidianas, participar en las discusiones reflexivas de los casos clínicos y otras actividades en que participó el equipo fuera del contexto de atención de paciente. Este rol del investigador lo convirtieron de, un personaje extraño a un integrante del grupo, sin olvidar la posición de observador, lo que permitió al investigador aclarar situaciones ante las dudas e inquietudes que surjan durante el trabajo de campo. Las notas de campo están contenidas en fichas de observación, las cuales fueron seleccionadas y se dejaron aquellas que aportaron más contenido. Se encuentran el anexo número 5 "Fichas de observación".

Focos Group entrevista Focal Grupal

Esta técnica de recolección de datos ha mostrado en el último tiempo un gran incremento en su utilización para investigaciones cualitativas de orden social. Hace bastante tiempo ha sido utilizada como una técnica de recolección de información en el ámbito de los estudios de marketing, evaluación y desarrollo de productos de mercado (Valles, 1999; Sandoval, 1999; Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

La utilización de estrategias grupales en las investigaciones cualitativas ha mostrado tendencia a confundir, utilizar o llamar los grupos focales, entrevista grupal, o grupos de discusión, indistintamente. Valles (1999) intenta esclarecer el origen histórico de esta

confusión señalando que los autores anglosajones acuñaron la expresión “focus Group” para designar algunas técnicas grupales como entrevista grupal, tomando elementos de la “entrevista focalizada (focused interview) de Merton, y que finalmente fue modificándose según fueran las necesidades de los investigadores, hasta convertirse en una técnicas con características propias como hoy se le conoce (Valles, 1999).

Para el citado autor, en términos generales, se trata de una entrevista grupal cuyo propósito es recolectar información con fines exploratorios o preparatorios, que se lleva a cabo en escenarios no naturales y con un estilo de moderación semidirigido o dirigido siendo el formato de entrevista algo estructurado (Valles, 1999). Hernández, Fernández Baptista, (2006) lo definen como: “Participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales” (Hernández, Fernández Baptista, 2006, p. 605).

La característica fundamental de esta técnica es lo que le da sentido a su denominación, es decir, la focalización, que según plantean varios autores, es en dos sentidos. Uno es centrarse en un número reducido y acotado de temas, y el otro es la selección cuidadosa de los participantes que participaran (Bender & Ewbank, 1994; Sandoval, 1996).

Los grupos focales son útiles para la obtención de datos descriptivos sobre temas que no son bien conocidos para el investigador, o bien sobre temas conocidos, pero con el fin de desarrollar una comprensión más profunda de los significados de los participantes acerca de dichos temas, permitiendo generar nuevas hipótesis; explorar variables intermedias, como medio de explicar ciertas relaciones entre los datos recogidos con otras técnicas, o para validar hallazgos que se reunieron a través de otros métodos y que serán útiles en la triangulación (Bender & Ewbank, 1994).

Las características recién mencionadas hacen de los grupos focales, una técnica pertinente para los objetivos descriptivos y exploratorios del presente estudio, por ser una técnica en la cual los participantes aclaran y aportan información sobre temas poco explorados, desconocidos para el investigador o que no han sido abordados en su totalidad en el trabajo de campo. Autores como Morgan, (1998); Stewart & Shamdasani, 1991 y Kruguer, 1991, todos citados en Valles (1999) listan algunas ventajas para esta

técnica en la investigación cualitativa. Una de ellas son la facilidad, abaratamiento y rapidez para la obtención de información al compararla con la entrevista en profundidad y la observación participante. Señalan también, la flexibilidad como otra ventaja, ya que al compararla con otras técnicas cualitativas o cuantitativas, los grupos focales sirven para indagar sobre una variedad de temas, de personas y de ambientes. Por último, y quizás la más importante, es el concepto de interacción grupal producido en un grupo focal, el cual alude a la posibilidad de exploración y generación de material cualitativo derivado, no tanto por la presencia del moderador, sino por la misma presencia de los varios participantes en un contexto de grupo. La situación de grupo hace que las respuestas o intervenciones surjan como reacción a las respuestas o intervenciones de otros miembros presentes en la reunión. Los autores lo llaman “efecto sinergia”, provocado por el escenario grupal y que resulta en la producción de información que no pudiera producirse en entrevistas individuales. Cada participante es estimulado por la presencia y respuestas de los otros (Bender & Ewbank, 1994; Valles, 1999). En anexo número 1 “Pauta de Preguntas guías para Focus Group” se describe cada uno de los puntos consultados en el Focus Group, de acuerdo a la pauta de realización de la entrevista grupal. A su vez en el anexo número 2 y número 3 se presentan respectivamente las transcripciones de las dos sesiones de grupo focal realizadas.

Entrevista semi estructurada:

Se aplicó este instrumento a un miembro del equipo cuyo rol parece trascendente, al ser el miembro fundador de la unidad de psicoterapia. Se realizó para enriquecer los datos obtenidos en la observación participante y en los grupos focales. La entrevista semi estructurada es una forma de entrevista cualitativa que, por medio de preguntas y respuestas, se logra comunicación y construcción de significados respecto al tema de investigación (Janesick, 1998, citado en Hernández, Fernández, Baptista, 2006). Dentro de las entrevistas cualitativas existen de varios tipos, todas caracterizadas por su carácter íntimo, abierto y flexible. Se eligió el formato de entrevista semiestructurada, ya que al igual que los grupos focales, se realizó posterior a la observación participante, de dónde producto de su análisis emergieron los tópicos de la guía de entrevista. Como se realizó en fases avanzadas del trabajo de campo, era el formato apropiado para este caso, pues

tal como señalan Hernández, Fernández y Baptista, (2006), las entrevistas abiertas y poco estructuradas se abordan en las primeras fases del trabajo de campo, cuando se está conociendo recién el fenómeno a estudiar. La entrevista semiestructurada ofrece una estrategia de indagar con un grado de libertad, ya que permite al entrevistador introducir preguntas adicionales a la guía de preguntas, para precisar e indagar en algunos temas que surgen durante su desarrollo. En Anexo 4 se presenta la transcripción de la entrevista semi-estructurada.

Tipo de análisis

Calventus (2008) señala que el momento de definir una estrategia de análisis de datos en las investigaciones cualitativas, es uno de los que presenta mayor complejidad en el proceso de investigación, debido a la variabilidad epistemológica que asume la problematización inicial, la cual corresponderá a uno u otro tipo de estrategias de análisis. Para sortear esta complejidad, el autor refiere la intencionalidad, los objetivos y en definitiva la pregunta que guía la investigación lo que definirá el tipo de análisis.

La literatura muestra una diversa gama de estrategias de análisis cualitativo, siendo concluyente para varios autores, que las técnicas de análisis cualitativo están lejos de algún tipo de estandarización, y que finalmente, son los propios investigadores quienes desarrollan y sigue un esquema propio de análisis (Bodgan & Taylor 1987; Valles, M., 1999; Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Al tratarse de un estudio que incorpora elementos de la etnografía y con fines descriptivos, Bodgan & Taylor (1987) sugieren que el tratamiento de los datos debe ser manejado con un nivel bajo de interpretación y conceptualización, ya que el objetivo de los estudios descriptivos no es generar teoría, sino una descripción y comprensión profunda de la práctica clínica de un grupo acotado y específico de psicólogos considerando el escenario en el cual desarrollan su labor (Bodgan. & Taylor, 1987).

Por lo tanto, siguiendo la taxonomía propuesta por Calventus (2008), que por cierto ordena la diversidad existente de tipos de análisis de datos cualitativos, se utilizará un

análisis interpretativo de contenido o análisis estructural, en donde el significado de “lo que se dice” -que entregan los datos-, se agrupan y categorizan en un primer momento más descriptivo, para luego interpretar las relaciones entre las categorías, y otorgar un significado a los hallazgos de investigación. La descripción del fenómeno investigado, entonces se abordará por medio de un proceso constructivo de interpretación por parte del investigador.

En este mismo sentido, González (2000) coloca al investigador en un papel protagónico en el análisis de contenido, ya que lo indica como elemento esencial en la construcción de la información que emerge del fenómeno estudiado. Mediante las acciones que el investigador realice sobre el material analizado, se generarán indicadores y categorías que trasciendan a la codificación y lo conviertan en un proceso constructivo-interpretativo. Concluye que la forma de análisis de contenido debe ser abierta, procesual, constructiva y que no pretende reducir el contenido a categorías concretas restrictivas.

Respecto a la triangulación en esta investigación

De acuerdo a lo que plantea la literatura respecto a la triangulación, son variadas las posiciones que los autores adoptan en torno a ésta. Desde una estrategia de contrastación de resultados para verificar la veracidad de los mismos, o hasta un modo de integración de los paradigmas cualitativos y cuantitativos en una misma investigación. No obstante, la mayoría concuerdan que se trata de un procedimiento implementado para garantizar resultados confiables de una investigación, otorgando un enriquecimiento de éstos y cierto grado de control de calidad metodológica de los estudios, con el fin de aumentar la validez y consistencia de los hallazgos (Olabuenaga, 2010; Benavides y Gómez-Restrepo, 2005; Rodríguez, Pozo y Gutiérrez 2006).

Denzin, uno de los principales autores señalados en teorizar sobre triangulación (Benavides y Gómez-Restrepo, 2005; Rodríguez, Pozo y Gutiérrez, 2006), define ampliamente el concepto, como la aplicación y combinación de varias metodologías de investigación en el estudio de un mismo fenómeno. Para el caso de las investigaciones cualitativas se refiere también al uso de diferentes técnicas de recolección de datos,

teorías o investigadores en una misma investigación, lo que da origen a diferentes tipos de triangulación. Sea cual sea la utilizada, ofrece una perspectiva más amplia en cuanto la interpretación del fenómeno en estudio.

Para el caso de este estudio y de acuerdo al objetivo y pregunta de investigación, se podría señalar que cuenta con el tipo de triangulación en el que se utiliza más de una técnica de recolección de datos, a saber, observación participante, grupo focal y entrevista semiestructurada. Al utilizar triangulación de datos el problema de estudio se aborda desde los diferentes ángulos que ofrece cada técnica, para obtener mayor profundidad y riqueza de los datos y así abordar de mejor manera el fenómeno, que si se hiciera con una solo estrategia (Hernández, Fernández & Baptista, 2006; Benavides y Gómez-Restrepo, 2005; Rodríguez , Pozo y Gutiérrez, 2006)

Interesante para este estudio resultan los planteamientos de González (2000), quien plantea una crítica hacia los modos clásicos de triangulación, sosteniendo que ésta sigue la lógica positivista de validez. En palabras del autor:

“...se ha querido desarrollar métodos que están esencialmente comprometidos con una representación positivista de la validez, con vistas a legitimar el conocimiento producido en este tipo de investigación. Un ejemplo, en mi opinión, lo constituyen los llamados métodos de triangulación, en los cuales se pretende legitimar el conocimiento producido por un criterio de comparabilidad entre diferentes fuentes, lo cual sigue privilegiando la comparabilidad como criterio externo de validación...” (González, 2000 p. 91)

La postura de González (2000) privilegia la relación indisoluble entre los datos producidos por el investigador en el momento actual de las interpretaciones que van construyendo el conocimiento de la realidad y no por la consistencia de los datos definida a través de comparación de resultados entregados por métodos diferentes.

De esta manera y siguiendo al citado autor, el conocimiento generado sobre la realidad investigada en este estudio, es una construcción del momento actual de la investigación

en la cual las hipótesis sobre el problema abordado, la posición teórica-filosófica, las ideas que se desarrollaron en la producción de datos dan solidez a la información generada como un todo indisoluble.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

El apartado que aquí se presenta, contiene una serie de argumentos y enunciados que ponen en discusión los elementos que han surgido de la producción de datos, con los aspectos seleccionados dentro del marco teórico referencial y además con algunas hipótesis que se manejan desde la investigación, particularmente en relación al establecimiento de un modelo de trabajo y su correspondiente sistematización.

En esta línea, se presentarán discusiones inicialmente separadas por las dimensiones, que fueron las que sirvieron de estructura para la producción de datos, especialmente en los grupos focales. De estas dimensiones, seis se encontraban ya desde el planteamiento de la pauta para el grupo focal y se podría hablar de una séptima dimensión (emergente) que es precisamente el resultado de la producción de datos, que hace aparecer un nuevo foco de atención, particularmente sobre los aspectos ideales, descubrimientos, pero también algunas sugerencias, de cómo está trabajando el equipo de atención de parejas que se ha prestado para la investigación. Esta dimensión aparece transversalmente en las seis dimensiones exploradas, por lo que en la discusión aparece incluidas en ellas. A continuación entonces se presenta la discusión, en base a cada una de las dimensiones mencionadas:

Dimensión Estructura y organización del equipo

Esta dimensión alude a la conformación permanente de los integrantes del equipo, así como también a la conformación circunstancial para realizar el trabajo clínico durante una sesión. A su vez involucra la organización del trabajo cotidiano en cuanto a la asignación de pacientes, roles, distribución de las tareas, entre otros aspectos que los integrantes realizan para el funcionamiento de su labor clínica. También en esta dimensión, fruto de la distribución de los tiempos, pueden aparecer las actividades formativas, entre otras.

Aparece relevante tomar atención sobre estos aspectos, inicialmente, sobre todo por la posibilidad de considerar una estructura de funcionamiento que se presenta como flexible o no, que establece algunos parámetros de cómo se opera y además limitaciones que toda estructura presenta. Esto pues al momento de analizar el quehacer clínico propiamente tal, algunos procesos también se pueden explicar a partir de su relación precisamente con esta estructura de funcionamiento. Por ejemplo, el considerar de manera inamovible la presencia de una co-terapia para la atención clínica, también daría cuenta de una lógica de trabajo que no se puede llevar a cabo sin la presencia de dos terapeutas, sin embargo, en lo observado, el hecho de que se permita, en ocasiones, trabajar sólo con un terapeuta, también muestra que la lógica de trabajo puede operar sin que haya dos terapeutas y eso da cuenta también de algo que bien podría interpretarse como flexibilidad respecto de la propia estructura.

“...fluctuamos un poco, cuatro, cinco, seis, a veces una de nosotros tenía alumnos en práctica que también venían, se integraban...ahora no tenemos...pero en caso de tener, podemos traerlos a la unidad de pareja y participan durante los seis meses que están, ósea el número es como se dice la población flotante, es variable y nosotras somos como las permanentes...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.6)

Además de la flexibilidad que aparece ante la contingencia de no poder conformarse con todos sus integrantes para dar la atención, aparece otra característica del equipo que podría interpretarse como un principio, o valor si se quiere, en el sentido de proteger el vínculo terapéutico con los consultantes. Con esto se quiere resaltar que el equipo, prioriza la atención a los usuarios al considerar la asistencia de éstos a la sesión, por sobre si el equipo se ha constituido completamente. El no atender por la inasistencia repentina de uno de los terapeutas, sin mediar tiempo para avisar oportunamente a los pacientes, podría provocar debilitamiento de vínculo terapéutico en aquellos casos en que recién comienzan con la terapia, o también por el distanciamiento entre sesiones que se genera con una nueva cita (aun cuando se entiende que la sesión se realice igualmente). Entonces lo que se observa en el equipo ante situaciones en que la constitución de los integrantes no es completa y los pacientes están a la espera, se procede a atender, con el fin de mantener una continuidad en las sesiones. Pese a ello y a que durante el periodo

de observación, ocurrieron con frecuencia situaciones en que algún miembro del equipo se ausentó, los integrantes del equipo refieren otorgar gran valor a la conformación completa del equipo para el trabajo terapéutico.

“...Ósea los podemos atender igual, si es que una de nosotras no viene y entre todas “*aperramos*” y todo. Pero es necesario, por lo menos para mí es muy necesario-la presencia de todos los miembros del equipo para atender-“. (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.7)

Para un grupo terapéutico (y este no es la excepción) que trabaja con parejas, es siempre relevante el tema del género y se hace presente en variados aspectos: en la conversación terapéutica, en la definición de quién atiende, en la justificación de algunas problemáticas y, por cierto, en el establecimiento de una dupla mixta (en términos de género) para la atención clínica. En este equipo en particular, varias de sus declaraciones dan cuenta de una aceptación de que este es un tema importante, sin embargo, parece que no siempre se contara con las condiciones para provocar que se trabaje con una dupla mixta de terapeutas, es decir, existe el valor asociado a esto, pero no la exigencia de cumplirlo. Con todo esto, queda entonces transformado este punto en una atención que no tiene (o no puede) tener un correlato en la toma de decisiones en la estructura ¿Es vital para el equipo contar con una dupla mixta? Si lo fuera, entonces tendrían que trabajar particularmente en obtener las condiciones para que esto sea posible. Si se pensara esto en términos de exigencia, implicaría por ejemplo la imposibilidad de atender o de funcionar como equipo si no se cuenta con la presencia al menos (aunque no en todos los casos) de terapeutas de ambos sexos.

Asimismo, pareciera que el equipo frecuentemente se adapta a las condiciones contextuales (que serán revisadas en detalle en otra dimensión) y genera una estructura desde ahí. Entonces su entendida flexibilidad, quizás sea más bien una opción de sobrevivencia y sobreadaptación a las condiciones que le ofrece el contexto. ¿Cómo podría subsistir un equipo frente a estas condiciones si no es adaptándose a las mismas?; ¿Tiene otra posibilidad el equipo que no sea la adaptación frente a las condicionantes contextuales? Si asumimos por ahora que la estructura que genera el equipo es una forma de resistencia, mantención, sobrevivencia, entonces cualidades como la flexibilidad,

la integración, la inestabilidad, podrían ser también consideradas como acciones estratégicas.

“...también habían unas figuras que no eran personas que estaban contratadas acá, eran las figuras ad honórem, que trabajaban con Romina directamente en la unidad de familia, algunas, y las otras no recuerdo porque llegaron, estaban haciendo pasantías...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.6)

En esta misma línea, aceptar población flotante, pasantes, becarios que participan, a veces de manera tangencial en el equipo, es también una forma de adaptación. Promueve la participación diferenciada y el hecho de que hayan personas de variado nivel de experiencia y origen formativo, también contribuye a una cierta inestabilidad en la propia estructura que, seguramente, afecta a la eventual repetición de prácticas, sistematización del operar de las formas de trabajo, como lo haría un equipo en donde siempre “*los mismos*” van replicando una modalidad de hacer las cosas.

En el mismo sentido, la lógica de trabajo flexible, pareciera no necesitar de la figura de un experto o propiamente un supervisor para dar respuesta a las exigencias de atención. Sin embargo, igualmente ocurre (o al menos así lo declaran los miembros del grupo) que sí se requiere de un supervisor o una figura de mayor experiencia, en tanto ocurre que se reconoce en un miembro, una cierta experticia o experiencia, por lo que esta persona se va posicionando, o la van posicionando, en el rol de un supervisor. Se hace presente la necesidad y desde ahí se considera útil, pero el grupo trabaja igualmente si se presenta la ocasión en que esta figura no esté. Nuevamente se transforma este punto en una exigencia, que al no poder ser enfrentada, no se explicita para el equipo si es una falta o no y por ello, no siempre sabe exactamente si exigirlo, reclamarlo, o sobrevivir como lo ha hecho hasta ahora. Si se considerara fundamental, entonces el equipo tendría que preguntarse si puede seguir operando así.

“...yo concibo así su rol, como de figura intermitente... como... una voz que aparece para ciertos casos, para supervisar, para apoyarnos en

ciertos casos en que ella tiene más “expertiz”. Yo concibo así su rol desde el comienzo...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.7)

“...hace mucha falta el supervisor, que venga de fuera. Otros ojos que vengan a decir -oye aquí y acá del equipo-...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p.46)

Esta modalidad de conformación flexible, genera que la adopción de roles por parte de los miembros del equipo, como la conformación de las duplas de terapeutas, el registro escrito, o dirigir las intervenciones del citófono, también se realizan con esta lógica y que sean definidos en forma espontánea en el momento de la sesión. Si bien el equipo reconoce y cuestiona en parte esta cualidad, señalan que no dificulta el trabajo clínico. Sin embargo, al tratarse de un equipo joven e integrado por miembros con diferencias en el tiempo de permanencia y en el nivel de experiencia, cabe la posibilidad de que estas variables estén actuando de manera implícita en las relaciones de poder, liderazgo, confianza y comunicación, que determinaría que algunos miembros del equipo adopten determinados roles con mayor o menor frecuencia que otros. Por ejemplo, en los casos en que se cuenta con la participación del integrante a quien se le reconoce cierta experticia/ antigüedad en el equipo, asume un rol de supervisor y/ o liderazgo para el equipo atrás del espejo, cuando no, este rol queda a disposición de ser utilizado o no, durante la sesión. Si se piensa en esta posibilidad, al no tener una organización del trabajo definida, el funcionamiento del equipo estaría descansando en las voluntades individuales de los integrantes del equipo y que de algún modo implícito, en el tiempo podrían poner en tensión los roles de trabajo y por lo tanto, la estabilidad actual del funcionamiento del trabajo en equipo.

“...no sé si tan joven, tampoco, pero no es una unidad que tenga tanta cantidad de años funcionando, todavía está en proceso de adaptación, además que llegó gente nueva. No todas las chicas están hace cuatro años...” (Anexo 4, Entrevista, p.65)

“...como que no tenemos una organización muy definida, en realidad, -No, ni si quiera para hacer las duplas...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.9)

Una de las formalidades básicas que realiza un equipo clínico de psicoterapia, es el registro escrito de las sesiones. Considerando que éste es un equipo que funciona dentro de un contexto institucional, que supone una protocolización de registros, los datos muestran que no existe alguna exigencia de parte del Instituto sobre un formato de registro escrito para la sesión de ingreso, por ejemplo, o el resto de las sesiones. El equipo cuenta con plena libertad para consignar en la ficha clínica lo que determinan trascendente de la sesión.

También en relación al registro, los miembros otorgan relevancia no sólo al contenido verbal de las sesiones, sino también al lenguaje analógico. Sin embargo, en la generalidad de los casos sólo se realiza el registro escrito del contenido de las sesiones, incluyendo las impresiones del equipo, pero no así al lenguaje no verbal. Tal vez dentro del funcionamiento del grupo, el contar con una pauta de entrevista de ingreso, o contar con una estructura que sistematice el registro, no sea trascendente en términos pragmáticos del trabajo de psicoterapia. La importancia parece emerger ante la situación que el equipo quisiera supervisar un caso, analizarlo con mayor detención y también sería útil para otros miembros de la institución, quisieran desarrollar actividades de investigación o actividades de tipo formativas, para las cuales el contar con estos registros en forma de pautas o protocolos de registro, facilitaría el acceso a la información. Incluso se podría contar con un sistema de registro que contribuya a la modelización de la práctica y que vaya además nominalizando el operar del equipo.

En el mismo sentido de los registros, el contar con registros audiovisuales de las sesiones, ofrece una importante fuente de material que podría contribuir favorablemente al desarrollo de un determinado proceso terapéutico, como también en la formación permanente del equipo a través de la autoobservación y las posibles instancias de investigación que pudiese efectuar la unidad. Sin embargo, no se realiza este tipo de registros, pese al gran valor de utilidad que le otorgan y a que los recursos materiales existen.

Las condiciones institucionales estarían incidiendo en la dificultad para poder llevar a cabo este tipo de actividad, siendo los resguardos ético-legales los que obstaculizarían el acceso a dicha posibilidad. Pareciera que esta posibilidad percibida por el equipo como

una necesidad, quedara trabada en una voluntad ajena al él, pero si esa percepción pasara al plano de una demanda imperante del equipo, tal vez cabría volver a preguntarse si ¿Las trabas institucionales son de una naturaleza lo suficientemente rígidas para impedir este registro? ¿Habría alguna posibilidad al alcance del equipo que éste pudiera gestionar para obtener este registro valioso para ellos mismos, como para la terapia?

Siendo así, el funcionamiento del equipo podría verse enriquecido tanto en sus funciones clínicas, como las actividades de la supervisión, autoobservación y finalmente docencia e investigación. La posibilidad de auto observación a través del material audiovisual resulta trascendente para conocer, analizar y establecer la naturaleza del operar del equipo en su labor clínica, si se piensa en una sistematización y elaboración de algún modelo de atención.

Es importante considerar que al incorporar este medio de registro al trabajo terapéutico, también se modificaría en algún grado el funcionamiento actual del equipo, y consecuentemente la distribución de funciones o roles. Estas nuevas actividades que deberán efectuar los miembros, tendrían que ver tanto con la preparación del equipo de videocámara, almacenamiento del material y también las instancias para revisarlo. Ante esto, un equipo con tales funciones, requerirá incorporar nuevos tiempos y espacios considerados para aquello.

Lo anterior da pie para hacer referencia al tiempo destinado al trabajo de equipo, una variable que no necesariamente requiere considerarse cuando se analiza el funcionamiento del equipo, ya que está establecido en horarios definidos. Sin embargo, resulta importante aquí considerarlo cuando la inasistencia de los usuarios a las sesiones, genera la aparición de un tiempo “libre” dentro de un tiempo “asignado”. Si bien el equipo refiere que ese tiempo que aparece, corresponde y debiera realizarse actividades relativas al funcionamiento del equipo con o sin pacientes, cuando ocurre, los miembros destinan ese tiempo a sus quehaceres profesionales de modo individual. Entrar en las explicaciones del por qué sucede de esa forma, adelantaría un tema que será abordado más adelante cuando se analice la dimensión contexto, por lo que bastaría señalar que, en cierto modo, algunas variables institucionales influenciarían al equipo a disponer de ese tiempo libre para fines de trabajo individual de los miembros. Sin embargo, durante el trabajo de campo y la recolección de los datos, aparecen situaciones en que se utiliza

este tiempo en comentar aspectos del caso que se ausentó a la sesión, pero el tiempo destinado a ello, resulta notoriamente menor al que si se dispusiera del tiempo completo que tiene el equipo para su funcionamiento.

“...Ante la ausencia del paciente que no llega, “V” lee lista de pacientes de las próximas citas. Nombran a una paciente que al parecer ha estado en terapia individual anteriormente y “V” la conoce, “P” también, ya que la ve en sesiones grupales. Comenta que la paciente ha presentado mejorías...” (Anexo 5, Ficha de Observación, p.76)

“...No nos hemos organizado...puede ser, pero además que yo creo el peso del trabajo en este hospital, en este sistema es fuerte, es pesado...entonces como que uno aprovecha un poco...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.15)

Aparece interesante la reflexión que hace el equipo al momento de la elaboración de los datos, señalando que ha faltado la instancia de organización para ocupar este tiempo que resulta ante la inasistencia de los usuarios. Si ocurriese, el equipo dispondría de ese tiempo para enriquecer la supervisión de los casos, actividades de tipo formativas y ante la eventualidad de contar con el registro audiovisual, se contaría con un tiempo, tal vez adicional a uno estipulado, para realizar trabajo de equipo con el material de las videograbaciones.

Finalmente, con lo que respecta a esta dimensión de estructura y organización del trabajo, resulta necesario incorporar a este análisis la presencia de alumnos de psicología que realizan la práctica en el equipo. Si bien esta pasantía se limita a un tiempo específico, es suficiente para producir cambios en la conformación y por lo tanto en la estructura, organización y en las dinámicas del equipo. La presencia de los alumnos supone un nuevo orden, tal vez tácito, en las jerarquías y por lo tanto, en la distribución de roles en un equipo que, en estas condiciones, ve aumentado el número de miembros. Así por ejemplo en el ámbito del registro, los alumnos adquieren este rol.

“...Llega paciente, se definen los terapeutas, F ofrece la ficha clínica para que uno de los alumnos realice registro escrito...” (Anexo 5, Ficha de Observación, p.82)

Por otro lado, el tener alumnos en el equipo, le confiere a éste el establecimiento de nuevas prácticas relacionadas con el ámbito docente, como las supervisiones de casos, que implica intercambios de información teórica y clínica entre miembros del equipo y alumnos. ¿De qué manera afecta la presencia de los alumnos en práctica en el modo de operar del equipo? ¿Cuáles son las posibilidades que el equipo puede considerar que la presencia de los alumnos sea vista como un recurso? Esta instancia formativa que aparece circunstancialmente en el equipo, configura un campo fértil que puede impulsar transformaciones y desarrollo en las prácticas clínicas ya establecidas por el equipo. Estas prácticas podrían nutrirse, transformarse, consolidarse con la influencia del ejercicio docente y en alguna instancia futura, con una actividad investigadora al interior del equipo. Ante esto, la evidencia histórica de los modelos psicoterapéuticos muestra que la mayoría de éstos surgen al interior de los equipos clínicos donde se desarrolla actividad formativa y de investigación desde sus propias prácticas.

Tomando esta última idea, a la flexibilidad ya identificada como característica de la estructura y organización del equipo, se puede agregar la característica de apertura y receptividad hacia las ya conocidas instancias de la docencia y abierto también a ofrecer el espacio del equipo a la posibilidad de realizar investigación, como lo fue el caso particular del presente estudio.

Dimensión Contextual

Se refiere a las condiciones pertenecientes y generadas por el marco institucional con las que la unidad se relaciona diariamente para su funcionamiento, así como también lo son las características del sistema consultante, en términos psicológicos y sociales. Incluye también las características del contexto institucional en términos del paradigma que lo define y determina su operar. También incluye las relaciones de comunicación que

establece la unidad con el contexto, como el resto de los profesionales o con otras instituciones.

La psiquiatría como especialidad médica, el carácter de hospital público (donde también se desarrolla esta disciplina) y una población usuaria con características específicas y propias, conforman de manera conjugada el contexto inmediato de la unidad de psicoterapia de parejas. Lo primero que podríamos señalar, es lo notable de la existencia de un espacio institucionalizado de psicoterapia de pareja para pacientes con psicopatología, hecho impensable hace algunos años, no sólo para este hospital, sino también para el desarrollo en este campo de la psicoterapia. Las dificultades relacionales que supone este tipo problemas de salud mental, generan en el sistema familiar y de pareja un deterioro de estas relaciones y en muchos casos, la rotura de los lazos con el consecuente abandono y aislamiento de la persona afectada por problemas de salud mental.

El equipo actual de psicoterapia de pareja, se posiciona como heredera de una valiosa iniciativa surgida al interior del departamento de psicoterapia, fruto de motivaciones de psicoterapeutas interesados en el ámbito de la terapia de pareja dentro de un contexto psiquiátrico. Los miembros del equipo lo señalan como una oportunidad que otorga la institución a los profesionales, para crear nuevos espacios en dónde puedan satisfacer sus necesidades de innovar en nuevas estrategias y desarrollarse en áreas de interés de su labor psicoterapéutica, así como también, en la posibilidad de ofrecer un espacio específico de tratamiento para atender problemáticas de los pacientes usuarios de este Instituto.

“...La unidad de terapia de pareja se crea porque a nosotros nos dan ganas... Te fijai, como que no viene tu jefe y te dice mira necesitamos que usted haga tal cosa...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.26)

“...es una suerte tener un trabajo, como una institución que dé cierta posibilidad de abrir nuevos espacios...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.27)

“...las pensamos como necesidad que observamos en nuestros pacientes, pero nadie las ha pedido...entonces...yo siento...por eso tienen cero apoyo en el fondo...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.26)

Sin embargo, aparece también una crítica respecto a esta condición, percibida por el equipo como un “*laiz a faire*”, es decir, existe la posibilidad de iniciar estas instancias, pero su curso, desarrollo y sostenimiento en el tiempo, es llevado por el esfuerzo de los mismos miembros, quienes perciben escaso apoyo y reconocimiento por parte de los superiores jerárquicos de la institución y también por el estamento médico. Se podría entonces argumentar que la responsabilidad de esta instancia descansa en los miembros, aún cuando los beneficios directos, son para los usuarios de la institución e indirectamente para el Instituto como prestador de salud mental ¿Dónde queda la responsabilidad de la institución en el desarrollo de estas instancias? ¿Cuáles podrían ser los posibles desarrollos académicos y de investigación que surgirían de una práctica como esta en una institución?

Se podría pensar que si el equipo de pareja no siente el reconocimiento que necesita del Instituto y en especial con quienes deben establecer relaciones de trabajo, como con los psiquiatras (punto que más adelante se abordará), pudiesen aparecer condiciones que debilitarían el funcionamiento de la unidad. Entonces, parece coherente señalar nuevamente la resistencia como una condición propia del equipo, una característica señalada en la dimensión anterior y que ahora toma nuevos argumentos relacionados con los factores contextuales: ¿Cuáles podrían ser indicadores para el equipo de dicho reconocimiento? Si se obtuviera ¿Qué otro tipo de requerimientos o responsabilidades implicaría para el equipo?

Como se señaló al inicio de este apartado, la psicopatología y la psiquiatría (y todo lo que su perspectiva conlleva) es el contexto inmediato dentro del cual se desarrolla la unidad de psicoterapia de pareja, contexto que ofrece condiciones que impactan en gran medida la práctica clínica del equipo y se asume que éste es consciente de ello.

Lo primero que aparece entonces, es que la psiquiatría como disciplina médica opera desde una lógica diferente a la que se posiciona la unidad. El modelo médico aparece con supremacía en la estructura y funcionalidad del Instituto, influenciando directamente el

modo de entender la patología mental y su recuperación, que manejan otras disciplinas que operan desde un enfoque biopsicosocial, como la psicología o el servicio social. Entonces, tal como refieren los integrantes del equipo, la concepción médica tradicional de paciente, es la del enfermo mental que consulta acompañado de su pareja, concepción que traspasa al sistema consultante, que llega al equipo con esta lógica, en la cual hay uno de los miembros con una enfermedad mental y el otro miembro viene a ayudarlo.

“...pareciera que la batuta la llevan mucho los médicos, y el modelo imperante de tratamiento es el biomédico. Y que es un modelo donde se ve como más al paciente no más. Yo siento que se olvida hartito el sistema que lo rodea...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.25)

...”yo creo que acá en el hospital, el paciente es uno, no son los dos...cachai, el que tiene la ficha es uno, el que tiene el diagnóstico es uno, entonces yo creo que en cierta medida si les influye...que nosotros tengamos que hacer un trabajo con eso...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.30)

Es aquí tal vez donde el equipo encuentra las mayores dificultades para su labor terapéutica, pues se trata de poder abordar y construir en conjunto con la pareja una mirada diferente del problema que ésta trae a la consulta. Lo anterior no ofrece novedad alguna, pues gran parte de un trabajo psicoterapéutico hace referencia a ello. Lo interesante es el esfuerzo desplegado por el equipo en realizar esa labor, cuando el contexto en que se trabaja se mueve constantemente en un plano epistemológicamente diferente al cual él lo hace. Para el Instituto el problema lo tiene el paciente, en cambio para el equipo el problema surge de la relación que la pareja establece con el problema psicopatológico. Entonces, ¿Suponer un enfoque biopsicosocial con una mirada sistémica de los problemas psicopatológicos como posición epistémica del instituto, permitiría al equipo de pareja desarrollar con menos dificultades la labor terapéutica?

No es difícil asegurar que aún estamos inmersos en un sistema de salud heredero del modelo biomédico, pese a los grandes esfuerzos de las políticas públicas de cambiar esta lógica, como han sido los centros de salud familiar comunitarios (CESFAM) y los centros comunitarios de salud mental (COSAM). Para los psicoterapeutas sistémicos insertos en

centros de salud con esta mirada, tal vez no representa mayor problema. Pareciera haberlo cuando la variable psicopatológica está de por medio, pues es frecuente que los usuarios diagnosticados con algún problema de salud mental, éste, su pareja o familia han incorporado el modelo biomédico internalizando la enfermedad en el sujeto. Entonces cuando llega una pareja a terapia, llegan con estigmatizaciones, prejuicios y limitaciones que hacen que la psicoterapia, y por lo tanto el alivio del sufrimiento, sea más difícil.

“...ha sido todo un tema, integrar lo sistémico a lo psiquiátrico es un tema súper importante, porque si uno piensa en lo sistémico históricamente ha sido como el anti-diagnóstico y el hospital es diagnóstico, diagnóstico, diagnóstico...” (Anexo 4, Entrevista, p.66)

En este mismo sentido, aparece en el equipo la percepción de un modo poco integrativo en que se trabaja en el instituto, tal vez la lógica de trabajar a “box cerrado” no deja espacios para trabajos más interdisciplinarios, aparte de los equipos de psicoterapia de familia o de pareja. Los contenidos recogidos durante la recolección de los datos dan cuenta, por parte de los miembros, una cultura laboral individualista, especialmente ejercido por el estamento médico, quienes utilizan con poca frecuencia los otros dispositivos que funcionan en la unidad de psicoterapia, como parte del tratamiento de los usuarios, manifestado por las escasas derivaciones de casos de pareja que recibe la unidad.

“...A los psiquiatras, en general, les cuesta incorporar que existe una unidad nueva, mandar pacientes; es como que funcionan automáticamente un poco con lo que ya existe y con lo que históricamente ha existido...” (Anexo 4, Entrevista, p.66)

“...también adolecemos de poco trabajo comunitario, porque nosotros mismos como unidad sentimos que trabajamos con nuestro paciente y ya...es poco lo que hablamos con los psiquiatras...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.25)

Entonces pareciera que el equipo y los miembros se han acostumbrado a esta forma de trabajo y a pesar de cuestionarla, parecen adaptarse y continuarla. Incluso el equipo se

observa a sí mismo como un equipo algo aislado del resto de los otros equipos y profesionales que trabajan en la institución. Habría que preguntarse si esta característica de trabajo del Instituto, responde a una lógica común a instituciones semejantes, que se ha instaurado a través del tiempo y que se ha naturalizado. O tal vez el modelo biomédico, con la jerarquización de profesiones que supone, ha puesto una lógica de trabajo separado por las disciplinas con escasas instancias de trabajo interdisciplinario. También podría deberse a que desde los estamentos directivos no existan instancias que promuevan un trabajo interdisciplinario, o si lo hay, éste es débil. Se podría también hacer uso del “argumento posmoderno” de que la realidad que la sociedad vive hoy opera en una tendencia hacia el individualismo, exitismo profesional y el placer hedonista en el goce personal de resultados, producto de la tarea individual de cada profesional. Tal vez todos los argumentos podrían explicar lo que sucede al interior del funcionamiento del instituto, referido desde la visión de los integrantes del equipo.

Quizás estas iniciativas de crear unidades, como la unidad de psicoterapia de familia, o la unidad de terapia de pareja, pueden ser vistas como una posibilidad para integrar a los profesionales de la psiquiatría y la psicología con el fin de ofrecer un mejor tratamiento a los usuarios del instituto psiquiátrico. Lo que llama la atención es que este grupo de profesionales se percata de este problema, pero las instancias para ponerlo en discusión dentro de la institución, son pocas o inexistentes.

Estas percepciones que hace el equipo de sí mismo, aparecen en el contexto de la investigación, pero dejan entrever que, seguramente estas situaciones ya las habían problematizado. Una muestra de ello tiene que ver con las escasas derivaciones de parejas que recibía la unidad. En el focus group, aparecen dos hipótesis que explicarían esta situación. Una tendría que ver con que en la unidad no hay un psiquiatra que conforme el equipo, ya que al parecer en la historia de algunas unidades en la cual participa un psiquiatra, hay más derivaciones por parte de los médicos. La otra estaría en relación con la poca visibilidad o comunicación que el equipo establece con los médicos tratantes de los casos que el equipo atiende. Los hechos que avalan esto serían que cuando han tenido mayor comunicación con los psiquiatras o becados de psiquiatría con los cuales comparten otras instancias, notan mayor número de interconsultas al equipo.

“...yo pienso que también un elemento que podría pensar que tiene que ver, es que no hay un psiquiatra participando en la Unidad...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.17)

“...la pareja que acabamos de ver, vine derivada de un psiquiatra que fue un becado y ahora trabaja acá y que ha tenido bastante contacto con nosotras, en otras instancias...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.21)

Ahora qué pasaría si la unidad de psicoterapia de pareja estableciera mayor comunicación con los otros equipos y profesionales médicos, adquiriendo mayor visibilidad al interior del centro ambulatorio (CAE)? Probablemente recibirían mayores derivaciones (lo que no necesariamente podría ser percibido como algo positivo), tal vez tuvieran que asignar un tiempo mayor a la atención de parejas y posiblemente el equipo aumentaría el número de participantes. Tal vez desde la institución se le pediría nuevas responsabilidades, exigencias y el espacio que hoy conforma el equipo seguramente cambiaría algunas dinámicas que hoy mantienen al equipo cohesionadamente funcionando.

Más adelante en la “dimensión equipo” se abordarán en detalles estas características que tiene el equipo, pero relacionarla con el tema de la mayor visibilización al interior de lugar de trabajo, la intimidad, confianza y comodidad que los miembros encuentran en la unidad de parejas, tal vez ya no se generarían y por lo tanto daría origen a otras formas de ser equipo.

A las explicaciones dadas por ellos mismos, se debería añadir también la propia historia de la unidad, ya que su origen está en el equipo de psicoterapia de familia creado con bastante anterioridad, de la cual algunos miembros conformaron este nuevo equipo para terapia de parejas. Aparece entonces otro dato, la conformación reciente, es un equipo con cuatro años desde su conformación, que además ha tenido renovación de entre sus miembros y el que su fundadora haya dejado el Instituto (mas no el equipo), le confieren la condición de “equipo joven” y que es una característica importante al momento de relacionarse con la Institución.

Entonces, el problema de la derivación aparece como una dificultad trascendente que ofrece el contexto para su funcionamiento, pues un equipo clínico necesita y se define por su labor terapéutica, por lo que su historia, los cambios ocurridos en cuanto a su composición y la adaptación a lo lógico del modelo biomédico, vuelve a reflejar cierta adaptabilidad y resistencia, como estrategias para funcionar en este contexto de hospital psiquiátrico.

Por otro lado, el equipo da cuenta del descuido del enfoque psicosocial de la institución y al cual ellos como grupo parecen haberse incorporado, aludiendo al escaso trabajo con el entorno familiar inmediato del paciente o la red asistencial al cual está incorporado el Instituto. Pareciera que para este grupo, en su adaptación al orden imperante del hospital, la arista psicosocial quedara solapada, pero no ausente. Al contrario, al estar discretamente presente buscan instancias de visibilidad, como las generadas en espacios de reflexión, que ocurren al interior del equipo y que por cierto emergieron en el contexto de esta investigación. Esto los sitúa como un equipo crítico de su misma labor y crítico también del contexto en el cual desarrollan su práctica. Es interesante agregar, que pese a esta reflexión que hace el propio equipo, ellos mismos forman parte de una unidad que integra el aspecto de las relaciones sociales de los pacientes, en este caso la pareja. A la vez algunas de las terapeutas conforman otros espacios como en la unidad de psicoterapia de familia, la cual es otro intento por integrar el entorno social del paciente al tratamiento de salud mental.

Continuando con en el ámbito institucional, pero en otro aspecto algo más concreto y que tienen un impacto en el desarrollo de la labor terapéutica del equipo, serían las condiciones de tipo administrativas y de infraestructura. En las primeras, están contenidas aquellas condiciones en que el equipo organiza el tiempo para atender a los pacientes. Si bien el equipo dispone de un horario para atender, éste a veces pareciera insuficiente para efectuar la labor en una estructura ideal de sesión, con un tiempo para realizar pre y post sesión. También para algunos casos, el espacio entre sesiones aparece muy extenso, debido a esta misma disposición de tiempo del equipo, lo que podría llegar a dificultar el establecimiento del vínculo terapéutico y la continuidad del tratamiento.

“...es poco tiempo, claro, son dos horas de trabajo, donde hay dos pacientes que atendemos con el intervalo, la devolución y todo...”
(Anexo 2, Grupo Focal 1, p.12)

“...también en relación a las condiciones nuestras, el audio es como el ajo, a mí personalmente me perturba demasiado el no poder escuchar todo, cachai, entonces como que cuando el audio falla, esas son cosas técnicas de este hospital...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p.39)

En cuanto a la infraestructura un factor que aparece importante y señalado por el equipo también, son las condiciones del sistema del audio de la sala de espejo unidireccional (perfectible a un costo no tan elevado). Las reiteradas fallas en este dispositivo, dificulta el trabajo de terapia y produce perturbaciones al interior de la dinámica del grupo. En este sentido la autogestión en dar soluciones a temas de infraestructura o el adaptarse a las mínimas condiciones, es otra característica que el equipo desarrolla ante el contexto institucional.

Como se mencionó al iniciar este apartado, el otro contexto inmediato del equipo lo conforma la población usuaria de los servicios de psicoterapia. De este universo de pacientes vale la pena reparar en dos aspectos no menores que lo caracteriza, en primer lugar la condición psicopatológica y en segundo, el contexto social.

Lo primero que surge al pensar lo psicopatológico como un elemento gravitante en la relación del equipo y sus usuarios, es lo trascendente de incorporar, o si se quiere, recuperar un aspecto poco abordado en el tratamiento de las personas con trastornos mentales, a saber, la relación de pareja. En alguna medida es devolver este aspecto poco considerado en los pacientes psiquiátricos, incluso poco señalado por ellos mismos. Esta relación psicopatología y terapia de pareja, ofrece un nuevo escenario en donde el sistema terapéutico debe establecer relaciones diferentes a cuando la psicopatología no está presente, un campo nuevo según lo afirman algunos estudios.

La condición psicopatológica en uno o ambos miembros de la pareja, añade una complejidad propia al sistema consultante que determinaría la incorporación de nuevas

posturas teóricas y técnicas por parte del sistema terapéutico. Se trata entonces de un contexto en que la condición psiquiátrica pudiese o no, estar influenciando en las dificultades que surgen para llevar a cabo los procesos terapéuticos. Sin entrar en la búsqueda de respuesta a esto, lo que deja claro el equipo, es la naturaleza compleja de los casos, complejidad otorgada por la condición psicopatológica seguramente, pero además aparecen otras variables que emanan del contexto socioeconómico del cual los usuarios forman parte.

“...gente que además está inserto en un contexto socioeconómico súper como terrible, y no solo lidias con la pareja y con el conflicto de la pareja, sino que además con conflictos sociales, así como que viven en casas con ocho mil personas más, que no tienen espacio físico para la intimidad...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p.58)

“...Nos han llegado casos bien severos, también de violencia...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.7)

“...la certeza de que estamos trabajando con pacientes muy graves, muy difíciles, y que en eso estamos todas...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.10)

Este contexto es una fuente de múltiples variables consideradas como factor de riesgo para el desarrollo de las sociedades y de ellas seguramente la que produce más secuelas y variables a causa de ella, es la pobreza. Entonces a la variable psicopatología, se suman un número no menor de condiciones que van a configurar el contexto con el cual se relacionará el equipo, representado en los pacientes. Estas variables hacen referencia a los problemas de violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, baja escolaridad, disfunción familiar, narcotráfico, entre otros.

Entonces, ante este escenario habría que señalar que el equipo debe tener en cuenta estas variables al momento de realizar la terapia. Un equipo acostumbrado a trabajar en este contexto, cabría preguntarse: ¿Qué tan perturbador es este contexto para provocar la constante consideración del mismo para el desarrollo de la terapia? Cabría la posibilidad de una naturalización de estas variables, en la conducción de una terapia?

Está claro que el equipo considera la complejidad de los casos, pero ¿En qué medida han ajustado sus premisas teóricas, o más en lo concreto, sus prácticas terapéuticas para satisfacer esa demanda? De acuerdo a lo relatado por el grupo, la aparición de estas variables que emanan del contexto social de sus pacientes, generarían la necesidad de establecer determinadas prácticas en su quehacer, no sólo relacionadas con la psicoterapia, sino con áreas como la justicia o lo médico-legal.

Entonces la condición de ser un equipo joven en este contexto de demanda, como lo ofrece este tipo de usuarios, lo convertiría en un grupo de trabajo en permanente reflexión sobre sus prácticas, permanente formación, o por lo menos, consciente de sus necesidades de instrucción y formación asociada. A la vez, la experiencia adquirida en la práctica clínica constituye el sustrato sobre el cual el equipo construye y reconstruye sus prácticas y alimenta la perspectiva teórica que requiere. Sobre esto habrá una dimensión en que se profundizarán las concepciones teóricas y epistemológicas en las cuales el equipo se posiciona.

Por ahora bastaría agregar en relación a las características señaladas sobre el contexto social de los usuarios, que es un factor que complejiza la terapia de la pareja, y no sólo ésta, sino de familia y la individual también. Esta complejidad señalada por el equipo, se presenta a diario en los casos que los miembros atienden, no dejan de ser triviales los efectos que en los profesionales de los equipos clínicos generan. La literatura habla de síndrome de *burnout* o desgaste de los profesionales que trabajan con personas inmersas en contextos de vulnerabilidad social, refiriéndose al cansancio o fatiga que se produce al estar frecuentemente expuestos a estresantes emocionales, como se dan en las sesiones de psicoterapia con pacientes con las características descritas. La unidad de pareja detecta esta condición y seguramente es por esa razón, que en las situaciones en que los pacientes no acuden a sesión, ese tiempo se convierte en un espacio valioso para el equipo, ya que en él, encuentran un espacio para la contención, expresión emocional, distracción, y acciones que podrían equivaler al concepto de autocuidado de los equipos profesionales que trabajan en salud mental.

Dimensión Equipo.

En esta ocasión el foco tiene relación con los procesos de interacción profesional dentro de las sesiones de terapia, procesos de retroalimentación y reflexión crítica de la labor realizada entre los miembros del equipo. Para nadie es sorpresa lo relevante que resulta ser la dimensión trabajo en equipo, no sólo en términos de la efectividad, sino que además por la vivencia de pertenencia que los miembros de un equipo experimentan y lo vital que resulta para su desarrollo personal y profesional.

En esta dimensión lo primero que cabe resaltar es el género en la conformación de este equipo de terapeutas, constituido sólo por mujeres y de un rango de edad amplio. Quizá sea por esta cualidad que sea señalado por ellas mismas como un espacio de contención emocional para sus miembros, en ocasiones en que la labor clínica ha estado marcada por lo afectivo, tanto en el sistema consultante como en los terapeutas. El equipo parece tener características que abre espacios para la confianza entre sus miembros, en el que sienten un espacio cómodo para desarrollar el trabajo. También demuestra ser un espacio receptivo y acogedor en el sentido de la disposición y cordialidad para abrir la unidad a los distintos personajes que tienen una permanencia acotada en el equipo, como los alumnos de psicología en práctica, becados de psiquiatría y en el caso de este estudio, ofrecer disposición para el investigador.

“...creo que acá hay una cosa bien afectiva dando vuelta, entonces como que uno puede hablar de “que está cansada, que estaba chata, de que venía de un mal periodo, como que hay mucho espacio para poder hablar eso también. Y creo que es un súper buen recurso de esta unidad...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p.48)

“...la relación que se genera entre los colegas, es una relación muy rica, además. Porque como no tenís tanto apoyo en la institución, finalmente en quien uno se apoya es en el equipo, el equipo es quien te reconoce, uno reconoce a los colegas, y uno se siente reconocido por los colegas...” (Anexo 2, Grupo Focal 1, p.28)

Entonces según lo anterior aparecen nuevas características que definen al equipo como acogedor, receptivo y confiable, atributos que pueden ser asociados en primer lugar a *lo femenino* (el grupo siempre presente ha estado constituido sólo por mujeres) y en este caso explicado, además, por la naturaleza de su composición (terapeutas). Cabría la pregunta ¿Estas características se mantendrían si al equipo se integraran miembros del género masculino? ¿Los miembros volverían a percibir el equipo como un espacio de contención emocional en el caso de que las sesiones produzcan una perturbación afectiva?

A pesar de ser un equipo constituido por miembros con diferente permanencia en esta unidad, se observa un equipo cohesionado y en que los miembros se muestran cómodos al interior del grupo. También esto puede verse favorecido por la variable género y las características asociadas: contención, acoger, cuidar, entre otras. En estas cualidades surge otro aspecto que tiene que ver más con la dimensión humana que influenciaría, de algún modo, las características del funcionamiento del equipo. Pareciera que el cuidarse entre ellas es una característica del equipo reflejando, en parte, lo que el equipo señala como considerar la sobrecarga de trabajo que pudiesen tener algunos miembros en la labor terapéutica. Por ejemplo si una dupla de terapeutas tiene casos complicados, se trata de no asignarle nuevos pacientes para atención.

Aparte de la característica género que tiene este grupo, aparece también la variabilidad en la experiencia profesional y permanencia en la institución, habiendo terapeutas con vasta experiencia como psicólogas, o mayor permanencia trabajando en la institución, que otras. Vale la pena entonces preguntarse, si estas diferencias marcan de alguna manera las dinámicas de relación a un nivel implícito, ya que en lo formal se reconocen como iguales y en las mismas condiciones de roles como terapeutas. Si bien, también se reconocen como terapeutas con formaciones diferentes en cuanto al ámbito de terapia de pareja, se reconoce una formación académica y de experiencia mayor en la persona que toma el papel de supervisor. En relación a esto, más arriba se mencionó en la dimensión estructura y organización, que algunas dinámicas entre los integrantes del grupo, podrían ser explicadas por el reconocimiento de la experiencia dada por la mayor permanencia de algunos miembros en la unidad o en la institución.

Dentro de las dinámicas que se generan en las relaciones de trabajo, aparecen como importantes las instancias de retroalimentación que se propician entre sí. Las integrantes del equipo valoran estas acciones, ya que tal como señalan, al no haber un reconocimiento del trabajo de la unidad por parte de la institución, esta instancia producida por ellas mismas es vital y significativa para el desarrollo del equipo. A pesar de que los espacios para realizar estas actividades están acotados al tiempo en que se desarrolla la sesión, en ocasiones en que se generan espacios para hacer una pre-sesión, o hablar de un caso particular, el equipo considera importante el reconocimiento del trabajo entre ellas. Este reconocimiento habla de otorgar valor a la labor terapéutica que realiza cada miembro, quienes respetan las posturas divergentes que toman durante la atención de los casos, destacando el esfuerzo individual y del grupo, además de confrontarse respecto de lo que vaya ocurriendo. Entonces a la cualidad de confianza se añade el respeto, como un valor que les permite poder considerar diferentes miradas proveniente de cada una y que le otorgan al equipo mayor riqueza al momento del trabajo terapéutico.

“...lo que hacemos es discutir en relación a como intervinimos, a qué es lo que nos pasó, a que quizás nuestras intervenciones estuvieron...no sé po...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 45)

“...en este contexto creo que si hay algo que me gustaría rescatar, y es que si nos podemos dar un feedback en relación a el cuidado de las otras...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 46)

Estas características que surgen, parecen ser elemento del cual se alimenta el equipo, lo llevan a cabo además como una forma de autocuidado de sus miembros. Se desconoce si hay instancias para realizar esa acción, necesaria en los equipos terapéuticos y especialmente en los servicios psiquiátricos, pero al observar y escuchar las impresiones del grupo, la contención, la confianza, el reconocimiento, el respeto y consideración de los aportes individuales al trabajo de equipo, parecen conformar estrategias de autocuidado, que sin ser explícitas por el equipo, configuran una necesidad y una forma de satisfacerla ante el contexto institucional, dado por el hospital mismo y la naturaleza de los usuarios.

Es importante notar, que como se trata de un equipo joven en donde hay miembros con reciente permanencia, resulta evidente que es también un grupo que está todavía en procesos de ajuste, pues es factible pensar que entre los miembros ocurren situaciones frente a las cuales deben adaptarse, integrar o resistirse a elementos que aporta cada uno de ellos. Seguramente, también se requieren ajustes en las perspectivas teóricas, como también en relación a los estilos terapéuticos de cada uno de los miembros. Como el eje transversal es la perspectiva sistémica, a modo general, es el lenguaje en común que ha propiciado estos ajustes y facilitado el trabajo.

Por lo que manifiestan los miembros de este grupo, se ha interpretado que este espacio brinda condiciones para que se establezcan relaciones de confianza como la contención emocional vista como una acción de autocuidado entre ellas mismas. Sin embargo, destaca también que como equipo joven, aun dicha confianza estaría en proceso de consolidación en lo que respecta a la autonomía de las acciones que provienen de los estilos terapéuticos individuales. Esto es comprensible, no sólo por la complejidad misma que reviste el trabajar estilos personales, sino que además por el tiempo y conocimiento entre los miembros de un equipo que dicha labor requiere. Acá el respeto nuevamente aparece como un vehículo para poder comunicar desacuerdos o discrepancias sobre puntos de vistas, así como también sobre las intervenciones terapéuticas que se dan en el espacio de trabajo. Este mismo respeto, sin embargo, puede en ocasiones ser demasiado importante y ubicarse como una barrera para entregarse, de manera mutua y persistente, retroalimentaciones que tengan un carácter más bien crítico.

“...el equipo es muy joven todavía para que esa crítica con más, no negativa, no es la palabra, una crítica al trabajo, al trabajo terapéutico todavía es muy cuidadoso... y está bien que sea así. Porque el equipo tiene que fortalecerse más aún, consolidarse...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 45)

“...el respeto, eso lo encuentro súper valioso de este equipo. La escucha...yo encuentro que es un equipo como bien...somos un equipo que puede recoger una idea, otra a la propia...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 48)

La unidad de pareja se ha ido conformando como un equipo que brinda a los miembros condiciones confortables, confianza, cuidado y contención emocional, características que lo convierten en un espacio íntimo y, tomando lo que señalan las integrantes, poco de estas cualidades se dan en otras instancias grupales de trabajo a las cuales ellas también pertenecen. Pareciera que las prácticas que se dan en este espacio íntimo, aparecen como exclusivas de la unidad y en opinión de las integrantes se comparte poco o muy poco de este espacio con otras instancias de la institución. En base a esta característica, durante la producción de datos surge la idea de “equipo hermético” produciendo interesantes reflexiones sobre esta descripción que hacen de sí, por ellas mismas. Al parecer esta percepción de equipo hermético no se debe sólo por mantener una escasa comunicación profesional con otros miembros de la institución en torno a los casos. Sólo ocurre con la asistente social del centro ambulatorio y muy rara vez con los tratantes de los casos, que por ejemplo, pudiese existir para comunicar resultados de avances, complicaciones o nuevos hallazgos que surjan y que sean importantes de comunicar con quienes están implicados en el tratamiento. Esta posibilidad de mirarse y pensarse como un espacio íntimo y por lo tanto privado, llevaría a posibles respuestas al por qué es una unidad con poca visibilidad dentro de la institución. Quizá se suma la necesidad de cuidar este espacio visto como uno que han creado en la intimidad de una relación de trabajo que se diferencia de las lógicas de operar de la institución. En este espacio, como se ha mencionado, los miembros encuentran satisfacción a las necesidades de reconocimiento, contención, retroalimentación y autocuidado. Entonces pudiera pensarse esta unidad como un refugio y que esta poca visibilización sería además una estrategia para cuidar este espacio valioso. Como se mencionó más arriba, si este equipo tuviese mayor visibilidad al interior del CAE, la dinámicas de relaciones que permanecen hoy, cambiarían con las nuevas relaciones que se establecerían con otros profesionales, el grupo se ampliaría transformando las relaciones de los miembros y por lo tanto el espacio como se concibe actualmente. Tal vez, estas transformaciones no serían sólo atribuibles a las nuevas relaciones que establezca el equipo, ni tampoco que cambie drásticamente la cualidad que la unidad tiene hasta ahora, pero sin duda, al ser más visible recibirán más derivaciones, tal vez se incorporen nuevos miembros, posiblemente tendrán nuevas exigencias de parte de la institución, y todo esto conjuntamente harían desaparecer el espacio tal como se conforma hoy en día.

Dimensión Técnica.

Esta dimensión hace referencia a aquellas condiciones ambientales y acciones específicamente diseñadas e intencionadas para llevar a cabo la labor psicoterapéutica. Se consideran el espacio físico condicionado para el trabajo en sala de espejo unidireccional, el encuadre terapéutico y desde ahí todas aquellas denominadas técnicas y tácticas de intervención psicoterapéuticas.

Resulta útil comenzar esta dimensión haciendo mención al *setting* terapéutico que ha establecido el equipo para el desarrollo su labor clínica. Éste es heredero del tradicional formato establecido por las escuelas cunas de la terapia sistémica, es decir, la utilización de una sala de espejo unidireccional, en la cual se estable un sistema terapéutico y un sistema consultante. Es parte del encuadre terapéutico que la unidad realiza, el darles a conocer esta modalidad de trabajo, pero frente a este formato surge la inquietud sobre las dificultades que se pueden dar, considerando las condiciones psicopatológicas de algunos pacientes (esto es relevante porque en otros contextos probablemente esta condición no se problematizaría así de tanto). Si bien el *setting* de espejo unidireccional puede resultar perturbador para una gran mayoría de usuarios, para aquellos con patología mental puede resultar incompatible o muy dificultoso para realizar el trabajo de terapia y el equipo debe enfrentar comúnmente esta variable. Respecto a esto, el equipo señala que han sido algunos casos en que ha sido francamente rechazado este tipo de setting.

“...yo creo que unas 3 veces, con pacientes más paranoides que no se quisieron atender con el espejo, o que no hubo caso. A pesar de que uno trata de calmar la angustia, decir que “pueden pasar atrás del espejo, conocer el equipo, todo”, no; no hay caso, entonces, no, finalmente es opción de ellos...” (Anexo 4, Entrevista, p. 69)

Entonces resulta pertinente preguntarse sobre si es viable la terapia de pareja bajo estas condiciones para pacientes con diagnósticos de trastornos paranoide, problemas de personalidad narcisista, histriónico o cualquier otro problema psicopatológico. ¿De qué manera dificulta o favorece el poder iniciar un proceso de terapia de pareja con estos casos bajo la modalidad clásica de terapia sistémica con uso de espejo unidireccional?

¿Podrá, bajo determinadas circunstancias, considerarse esto como un recurso dado el tipo de pacientes?

Las posibles respuestas necesariamente nos llevarían al escenario en el cual los modelos teóricos de psicoterapia sistémica de pareja son llevados a la clínica en que un trastorno psicopatológico esté presente en uno o ambos miembros de la pareja, cuestión frente a la cual la literatura chilena y una buena parte de la literatura tradicional no ofrece abundancia de información. Tal como se vio en el marco teórico, esta relación está poco documentada en publicaciones y es casi inexistente en publicaciones nacionales. La terapia de pareja sistémica para personas con problemas psicopatológicos pareciera abrir un prominente campo de estudio para esta área de la psicoterapia y particularmente para este equipo. Precisamente ahí está su potencial de crecimiento y validación.

Mientras, podemos señalar que los datos recolectados en el equipo, muestran que el actuar terapéutico se ajusta a los estilos propios de los miembros, más que a un estilo de equipo. Pese a esto, en su labor clínica hay prácticas que parecen ser más estables y por lo tanto, se van repitiendo, las que podrían conformar algunas bases para la posibilidad de configurar un modelo de atención propio. Entonces la discusión se centrará en base a algunas de estas prácticas en los siguientes párrafos.

El equipo recibe las derivaciones a través de la secretaría y en contadas ocasiones, el psiquiatra se contacta con una de las integrantes del equipo para referir el caso. Esto último ocurre en casos de pacientes con una historia importante de atención en el instituto. Previo a la primera entrevista se lee la interconsulta, se revisa la ficha en términos generales y se asignan los terapeutas. En la entrevista de ingreso se hace el encuadre del *setting* y modo de trabajo, seguido de una etapa social en la cual se conocen datos generales de los consultantes y se aborda el motivo de consulta, el cual puede tomar toda la sesión, o en otros casos, si no queda claro, debe ser abordado en una segunda entrevista. Se construye un motivo de consulta que a veces se aclara al abordar las expectativas. Las sesiones de terapia se centran principalmente en la circularidad, y dependiendo de los terapeutas aparecen estilos diferentes de conducir la terapia. La mayoría de las veces se realiza el intermedio del espacio equipo reflexivo y luego los terapeutas entregan la devolución. El tiempo que duró el trabajo de campo los

casos más constantes permanecían cerca de dos meses, siendo frecuente la inasistencia y el abandono de la terapia.

Más arriba en la dimensión de organización, se discutió el tema del registro y la inexistencia de alguna pauta de apoyo a completar datos de la primera entrevista, por lo que requiere de habilidad y cierta experiencia para realizar la recolección de la información necesaria para la terapia. Esta habilidad tiene que ver también con la capacidad de no caer en intervenciones terapéuticas sin haber establecido antes el contrato terapéutico. No cabe duda que cuando se realiza una actividad de entrevista con cierta frecuencia, la acción se realiza cada vez más fluida y completa. Sin embargo, debido a que los equipos se renuevan y en este caso existe diferencia de experiencia entre sus miembros cabría preguntar si todas abordan los temas necesarios para conocer el sistema en la primera entrevista. ¿Podría resultar útil para el trabajo del equipo que sus miembros generaran una pauta de entrevista específica para la primera entrevista de pareja?

De acuerdo a lo anterior, es frecuente que en las primeras entrevistas los consultantes acudan con montos emocionales importantes que los terapeutas deben manejar, lo cual a veces dificulta el conocimiento del sistema pareja, especialmente con algunos casos en que lo psicopatológico interviene en el desarrollo de la entrevista. Así también, las terapeutas señalan, el esfuerzo que debe realizar el equipo para construir junto con los consultantes un motivo de consulta de pareja. Ya se mencionó en la dimensión contexto que el modelo biomédico instalado en la institución -y no sólo ahí, sino en el la mayoría de los servicios de salud mental públicos-, traspasa las barreras institucionales y se instala en la lógica de los usuarios. Es por esto que muchas veces la pareja cuando llega a la consulta, es porque uno de los miembros del sistema tiene una enfermedad y el otro viene a ayudarlo. Esto es señalado por el equipo como una dificultad y seguramente es esa la razón en que la entrevista de ingreso con el establecimiento de un contrato terapéutico puede tardar dos sesiones, o más.

En cuanto al repertorio de técnicas terapéuticas el equipo adscribiría bastante a aquellas que han sido desarrolladas por el modelo de Milán, especialmente en el uso las preguntas circulares y la hipotetización. Sin embargo, durante el estudio, al indagar por técnicas, los

miembros reconocen dificultad de identificar alguna técnica específica, detrás de sus intervenciones, lo que pudiera tener que ver con la distancia entre los términos a través de los cuales se describen las técnicas y tácticas, más que su operatoria misma. En este sentido, impresiona que el equipo intervenga desde lo que cada una trae desde su formación académica y de la experiencia clínica individual, o desde lo que aparece en las sesiones de acuerdo al sistema consultante. Una de los miembros del equipo se refiere a esta característica del equipo como “*funcionar e ir armando sobre la marcha*”. Al mismo tiempo, sobre este tema refiere que en sesiones se despliegan dinámicas e intervenciones terapéuticas interesantes, las cuales no cuentan con un espacio para la reflexión posterior, acerca de cual fue la estrategia o técnica que gatillo movimientos al interior de la sesión, apareciendo la necesidad del equipo de analizar sus intervenciones (quizás este mismo espacio es el que, al no estar, se presenta la dificultad de nominar sus propios procedimientos técnicos).

“...todas aportamos una mirada o una técnica o lo que sea, como diferente, y yo creo que igual eso es una característica de este equipo, el hecho de que se reúnan formas de trabajo que son distintas, formaciones son distintas...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p.35)

“...aquí hacemos muchas cosas distintas entre todas nos complementamos, pero vamos haciendo sobre la marcha...más desde el conocimiento y la experiencia clínica que desde el nombre de las cosas...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p.36)

Esta demanda del equipo que aparece en una situación de investigación, puede que responda a las características de equipo joven que se está ajustando a los estilos terapéuticos de cada uno de los miembros, o bien a una real necesidad de incorporar espacios formativos y declarativos al interior del equipo. También podría ser explicado por la falta de un supervisor permanente y con formación específica en terapia de pareja en contextos psiquiátricos.

No se observaron durante el trabajo de campo, técnicas que salieran del formato conversacional, como por ejemplo la escultura humana o cuadros de enseño utilizadas

por Caillé en su modelo de terapia de pareja, u otras técnicas plásticas o narrativas que tengan que ver con dibujos o cartas. Pudiese ser que el equipo no las utilice por el esfuerzo que requiere algunas de estas técnicas de plasmar ideas, significados u otro elemento abstracto en algo más concreto y la condición patológica de algunos pacientes no lo permitiera. No obstante, el equipo sí utiliza bastante las técnicas conversacionales, premisas, las preguntas circulares que requiere trabajar en el terreno de las hipótesis, explicaciones, significados, por lo que añadir otras técnicas pudiesen ayudar en los procesos de terapia a poder expresar mejor lo que en el lenguaje verbal tendría mayor dificultad. A la vez las técnicas centradas en las necesidades emocionales, regulación y control de estas, son técnicas a las que recurre el equipo. El equipo señala además que en algunos casos, han recurrido a una técnica en que un miembro del equipo que observa tras el espejo, va a la sala de terapia a hacer una intervención. Esto es una de las modalidades de equipo reflexivo, que se sabe que la unidad de parejas ha incorporado, pero, de nuevo, sin tanta conceptualización asociada. En relación con esto, señalan los aportes que el equipo tras el espejo realiza a través de los citófonos, como un recurso significativo y de gran valor para enriquecer las sesiones. Ante esto, cabe preguntar ¿Cómo se afecta las sesiones cuando el equipo tras el espejo no ha podido constituirse con todos sus integrantes? ¿Cómo ocurre esto también en ausencia del supervisor?

Destaca en la labor terapéutica la importancia que otorga el equipo al componente emocional de los contenidos que surgen en las sesiones. Cuando no emerge en forma espontánea, los terapeutas estimulan su aparición mediante preguntas, o bien el equipo atrás del espejo, connota la importancia de las emociones presente o no en los miembros de la pareja, en los terapeutas y en el resto del equipo. Quizá sea característica de este equipo en particular, la trascendencia que le otorgan a la emocionalidad, ya sea por su composición femenina, por características individuales de sus miembros, o bien por la propia naturaleza del sistema pareja, pues se trata de un vínculo afectivo importante en su definición.

Para el equipo, el intermedio en que los terapeutas reflexionan sobre la sesión y preparan la devolución, es uno de los momentos que más destacan como trabajo en equipo. Refieren que es una etapa que requiere de bastante habilidad por parte de los terapeutas para poder conjugar las ideas recibidas por los miembros del equipo, que en ocasiones

son disímiles. Es una parte de la sesión en que se expresan emociones, se hacen retroalimentación, contención, y en base a todos esos elementos elaboran una idea para devolver a la pareja. Junto a esto reconocen que es un esfuerzo que el equipo despliega en cuanto a utilizar recursos como elaborar metáforas o prescribir tareas.

Sin embargo, durante el trabajo de campo se observó que la devolución somete al equipo a una tensión importante cuando deben elaborar una idea que contenga un contenido que produzca un impacto a la pareja. Con frecuencia las ideas son varias en cantidad y en contenido, deben ser seleccionadas para la devolución acotadas a un tiempo, que por lo general es breve, respondiendo al horario de funcionamientos de las sesiones. Esto que el equipo identifica como una necesidad de contar con habilidades y destrezas para realizar la devolución, habla de las expectativas que los miembros del equipo tienen en esta parte de la sesión, ellas hablan del impacto que debe generar en el sistema, y eso genera altas expectativas en lograr el objetivo. Además, muchas veces intentan elaborar una idea novedosa, entregar alguna hipótesis o prescribir alguna tarea.

“...tiene que tener una intensidad alta, creo que no lo explicitamos, pero es lo que me gustaría que pase, como que la devolución produzca un impacto en los pacientes, en las parejas...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 41)

“...la devolución es cuando más fuertemente aparece el equipo, como que ahí uno puede reflejar acuerdos del equipo o diferencias de opinión del equipo...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 41)

Una de los miembros refiere esta etapa como la más creativa de la sesión como trabajo en conjunto. Cuando el equipo cuenta con la presencia del supervisor, es éste quien toma una actitud de liderazgo y organiza el equipo para elaborar la devolución. Entonces ¿Qué ocurre cuando el equipo no se ha constituido por completo y tras el espejo sólo tenemos una persona que ha observado la sesión? ¿Será acaso que esta percepción de habilidades especiales para realizar una devolución responda a un problema de conformación del equipo y además a la intermitencia de la presencia del supervisor?; ¿Será que la devolución aparece como parte importante de la sesión por las altas

expectativas que el equipo genera en su impacto al sistema consultante? Tal vez, esto último tenga que ver con lo que sucede en algunos casos que la devolución se convierte en segunda sesión y la intencionalidad e intensidad de la devolución se pierde.

Sea cuales sean las posibles respuestas, pareciera que las dificultades del equipo en su operar técnico está también directamente ligado a la dimensión organización y estructura vista al inicio de la discusión.

Dimensión Teórica.

Explora los marcos referenciales sobre los cuales los miembros del equipo sustentan la labor clínica, incluyendo teorías y modelos de psicoterapia. La importancia de la dimensión teórica radica en el hecho de que, normalmente la práctica institucional (no así la práctica privada), requiere de justificaciones respecto de cómo se sitúa en el contexto. Dicha justificación, muchas veces tiene que ver con el sustento teórico de las prácticas. Es decir, los miembros que conforman un equipo clínico y desarrollan un modelo, deben saber a cuál conjunto de explicaciones de la realidad está tributando su propio modelo. Un modelo propiamente tal debe tener explícito en su operar, las teorías a las cuales adscribe, o al menos, teorías que provisoriamente sustentan el modelo que van siendo modificadas en una constante revisión. Estas teorías no siempre están definidas a priori, sino que también pueden irse configurando a partir de las prácticas, es decir, pueden ser emergentes y no predeterminadas, tal como ha sido establecido en las referencias acerca de la formación clínica (véase marco teórico del estudio, Gálvez, 2010).

Otra razón por la cual la teoría reviste cierta importancia, tiene que ver con la posibilidad de que una práctica clínica, un modelo, en alguna ocasión forme parte de un plan de investigación o muestra (exposición, jornada de profesionales, congreso, etc.) en la cual debe mostrar su operar, pero también su sustento teórico al cual remite.

El equipo reconoce en sus supuestos teóricos una variedad de vertientes de las cuales se nutren y que intentan unificar las prácticas terapéuticas, por lo que en este sentido, se reconocen así mismo como un equipo ecléctico. Quizá durante el trabajo de campo este

aspecto fue el más difícil de poder visualizar, tal vez por la misma naturaleza de esta dimensión, pues la teoría no se hace presente sino más que en el operar mismo de las prácticas. Sin embargo, como se señaló en la dimensión anterior (la dimensión técnica), los miembros parecieran operar de un modo más o menos uniforme y con una discreta referencia, aunque no totalmente declarada, al modelo terapéutico de Milán. En base a esto se podría sostener desde ahí también habría un marco teórico que sustenta la práctica clínica del equipo.

Se ha mencionado que el equipo muestra diversidad en su composición en cuanto a la experiencia clínica y a formación. Miembros que llevan bastante tiempo en la labor terapéutica, como también algunas con pocos años de egreso. La formación también es una variable importante que influencia el cuerpo teórico del equipo, ya que hay algunos miembros que han realizado estudios de posgrado en terapia familiar o sistémica, lo que alimenta y aporta nuevas formas de pensar el fenómeno con el que trabajan y por lo tanto, traducirse en acciones concretas durante las sesiones. También es importante señalar, el contacto con el mundo académico que presentan algunos de los integrantes del equipo, ya sea desarrollando actividades de docencia o investigación en otros contextos diferentes al ámbito laboral, y que pudiesen explicar esta diversidad que refieren en sus planteamientos teóricos, reflexiones o técnicas de intervención sobre la realidad con la cual trabajan³.

Al parecer esta consistencia teórica mixta con la que se describen, no aparece explícita en su trabajo cotidiano y queda develada en momentos de observación acerca de su propia práctica, como ha sucedido durante la presente investigación. Esto podría llamar la atención para un equipo que debe sustentar la práctica en un conocimiento consensuado acerca de los marcos teóricos desde los cuales se definen. Sin embargo, en este contexto, hospital psiquiátrico público (que es también un contexto que aporta con sus propias teorías y explicaciones dominantes), la unidad pudo haber entrado en una lógica

³ Por otro lado la unidad opera dentro de una institución considerada centro de referencia importante en el área de salud mental y psiquiatría, por lo que constantemente está recibiendo alumnos en práctica, situación que también ocurre en esta unidad. Entonces la presencia de alumnos en práctica de universidades es importante entre otras cosas, porque su presencia conecta al equipo con el mundo académico, considerado fuente importante del desarrollo del conocimiento teórico, situación que pudiese ser un elemento que influencia positivamente para estimular y actualizar al equipo en algunas nuevas tendencias teóricas sobre terapia de parejas.

en que la operatividad ocupa gran parte del tiempo y energía del equipo, dejando los temas de autoobservación de su operar en un terreno algo más postergado, provocando que este funcionamiento responda a los referentes teóricos personales que cada integrante del equipo trae consigo. Esta posición pareciera que entrega cierta comodidad al equipo, en el sentido de que, abrir espacios para la reflexión y autoobservación, deben movilizar esfuerzos individuales extras y perturbar la lógica rutinaria de atención de pacientes. Esta situación se suma a la característica de equipo joven, que supone importancia a los procesos de ajustes a la estructura, composición y funcionamiento entre sus miembros, por sobre los espacios de autorreflexión como equipo. Además como equipo de conformación reciente, implica dar a conocerse como terapeutas portadores de marcos conceptuales y modelos terapéuticos de referencia, proceso que en equipos jóvenes pudiesen encontrar dificultades cuando los referentes teóricos no encuentran sintonía en el espacio que están conformando, o en el caso de que el encuentro entre los integrantes produzca resistencias conceptuales marcadas y rígidas. Lo anterior no es posible visualizarlo pero podría darse como una posibilidad.

“es bien ecléctico en realidad [el equipo], a veces hay casos como con los que asumimos, por ejemplo como una actitud mucho más directiva, como de modelos más antiguos y tradicionales en terapia sistémica y como que las intervenciones son más estratégicas, y como que en otros casos asumimos modelos más nuevos, más posmodernos, entonces como que nos vamos a otro tipo de trabajo, a otro tipo de actitudes, como que en realidad, claro a lo más podríamos decir que tenemos hermandad con lo sistémico, pero, nada más específico que eso, siento yo...(Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 51)

A pesar de las diferencias que ellas pudiesen notar en sus bases teóricas, lo que sobresale es el intento de sintonizar perspectivas, enfatizando más los puntos de encuentros, que detectar diferencias. Si fuera de otra forma, la operatividad del equipo pudiese verse afectada por la dificultad para llevar a cabo las terapias. Entonces, también pareciera que buscar esta *hermandad* en lo teórico, pudiese ser una estrategia de sobrevivencia del equipo, el no abrir aun estos espacios de reflexión o discusión teórica, ya que esto significa que cada miembro debe traer sus aportes a este trabajo de definir,

consensuar y declarar sus referentes teóricos, situación que pudiese provocar diferencias o desencuentros, generando movimientos al interior del equipo que pudiese afectar las relaciones de identidad, pertenencia, liderazgo al interior del equipo. Ante esto, la base en que se funda el equipo es la perspectiva sistémica relacional y pareciera ser suficiente con esto para su operar.

“...en los modelos teóricos que están a la base si podríamos detectar diferencias. Yo en lo personal, no las detecto mucho, no tengo manejo de las distintas teorías tampoco, entonces me es difícil hacer esa distinción. Pero a la hora de mirar a la pareja y la problemática, no hay grandes diferencias...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 52)

Esta dificultad de contar, o más bien de declarar una teoría, en el sentido de detenerse a revisar, reflexionar, buscar nuevas referencias que pudiesen otorgar las bases sobre las cuales puedan posicionar la práctica de terapia de pareja considerando el contexto en el que se desarrolla la terapia, se deba posiblemente a la ausencia de un requerimiento institucional definido, pareciera que la institución no solicitara a la unidades o los terapeutas que se posicionen teóricamente, sino que las expectativas hacia el equipo está en su operatividad. Por lo general, cuando los equipos clínicos tienen alguna exigencia, responsabilidad académica o de investigación, deben necesariamente definir los marcos teóricos desde donde se alimenta su práctica. En el caso de esta unidad, las instancias de presentación de su trabajo han sido escasas y circunscritas al propio instituto psiquiátrico. Por lo tanto, aún el equipo está en un ámbito íntimo de trabajo y no ha aparecido la exigencia de posicionarse teóricamente, más que desde la individualidad de sus terapeutas, se ha tenido la necesidad de presentar su práctica, pero no la investidura teórica propia del equipo.

“...Fíjate que no lo hemos pensado, pero sería súper interesante poder pensarlo y finalmente poder detectar desde qué posición trabajamos más...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 50)

Nuevamente nos encontramos acá con la dificultad que ha tenido el equipo de establecer sus propias bases, privilegiando el operar (que no es un operar irreflexivo, entiéndase) por

sobre la conceptualización de su propias bases, sobre todo en términos de aquellas teorías que sustentan, pero también, como se vio antes, en términos técnicos.

Finalmente, se podría señalar con lo que respecta a la literatura sobre teoría acerca pareja y terapia de pareja, se traduce principalmente a referencias de tipo históricas, sociológicas y culturales pero no necesariamente una explicación contingente y actual de lo qué es y cómo funciona una pareja. Si hay muchas descripciones, o bien teoría clínica de terapia de parejas, que además se parece mucho a veces a la terapia familiar, o tiene descripciones que son de la terapia sistémica en general. Entonces esto provoca que los diferentes equipos de pareja, tengan una mayor adscripción, declaración, conocimiento de su propia posición epistémica y mucho de técnicas, desarrollando más práctica clínica, a través de repeticiones permanentes de un modo específico de operar (hasta llegar a un modelo), pero se saltan frecuentemente el desarrollar una teoría propia de la pareja como concepto el cual se usa referencialmente lejano. En este caso, además la unidad está cruzada por la variable psicopatológica, lo que agrega otro factor a considerar en el posicionamiento teórico: ¿Qué tan trascendente es esta variable para mirar los fenómenos de pareja con una perspectiva teórica específica?; ¿Un pequeño equipo clínico en un contexto institucional como este, tiene posibilidades de aportar teóricamente a la literatura nacional sobre el funcionamiento de las parejas y de la terapia de parejas con psicopatología?; ¿Es esto parte del interés de la institución y del propio equipo?

Dimensión Meta-teórica

Involucra los posicionamientos filosóficos, políticos, éticos epistemológicos y ontológicos del equipo o de los integrantes y como influyen en la labor de trabajo psicoterapéutico de parejas.

Tal vez en este punto de las discusiones, sean las de carácter más subjetivas por parte del autor, ya que esta dimensión alude a aspectos que se encuentran en un nivel implícito, a veces poco claros en la postura de las personas y más aún de un grupo de trabajo. La importancia de abordar esta dimensión se encuentra en poder establecer relaciones entre el sentido existencial del ejercicio profesional como equipo clínico y la

práctica cotidiana misma en el contexto institucional. El equipo de unidad de parejas está conformado por psicólogas, profesión enraizada dentro las disciplinas sociales y de la salud, áreas del saber que tienen mucho que decir en torno a la mirada de la sociedad actual, sus problemas y posibles soluciones.

Se pudo observar en el equipo, que en su discurso y práctica, se posicionan desde el paradigma del constructivismo y el construccionismo social. Esto, a través de las notas de campo de las sesiones, queda manifestado en el intento de estimular en la pareja la expresión de sus premisas, explicaciones de su realidad y la co-construcción de nuevas ideas. En las entrevistas y grupos focales queda explícitamente manifestada en sus respuestas, que la forma de concebir la realidad es desde la epistemología del constructivismo y construccionismo. Este posicionamiento es coherente con la forma en que llevan la terapia, hay un intento en estimular en los pacientes esta lógica, en la que puedan ser críticos, deconstruir y volver a construir nuevas formas de observar y pensar su realidad. Sin embargo, pudiera pasar, se espera que no, que el equipo descansa en esta adscripción epistemológica general y que, desde ahí, sitúe su intervención. Para que esto no ocurra debiera también ubicarse dentro de la reflexión, una constante revisión de esta posición, para que no opere de manera silenciosa, ni tampoco se mantenga en el tiempo sin pasar por una asunción que debe ser también reflexiva.

“...hacemos hartas intervenciones que cuestionan un poco eso, como pretendiendo dejar claro que existen distintas versiones de la realidad, o incluso algunas posturas más críticas respecto con el diagnóstico con que llegan acá los pacientes y cuestionar eso, tal vez poner el diagnóstico desde una perspectiva más relacional que como desde individual y biomédica, yo creo que por ahí se coloca hartos nuestra pega...” (Anexo 3, Grupo Focal 3, p.54)

“...el modelo médico está muy instalado en el consultante. Y desarmar esa idea...esa expectativa es fuerte también. Ósea toma un tiempo, hay una cierta insistencia en el sistema consultante hacia nosotros...- “ustedes son las que saben díganme ustedes qué hacer-” (Anexo 3, Grupo Focal 3, p.54)

Frente a lo anterior aparecen algunas inquietudes válidas de plantear considerando el contexto en el que el equipo desarrolla la práctica clínica. Una de ellas tiene que ver con la real posibilidad del sistema consultante de poder entrar en la sintonía epistemológica del equipo. ¿Cuál es la posibilidad de los pacientes, considerando su condición psicopatológica, y acostumbrados al modelo biomédico y a que la verdad que es dada por éste, de poder asimilar el modelo con que trabaja el equipo? ¿Será visible para los pacientes estas dos formas de entender la realidad, uno representado por el equipo y la otra representada por hospital?

En relación a esto, resulta interesante analizar cómo se adapta el equipo desde su concepción epistemológica de la realidad, con la lógica que domina en el contexto donde está inserto. Pareciera nuevamente emerger la característica de adaptabilidad, y resistencia en el sentido de operar con una lógica diferente a la dominante. En este sentido entonces, ¿Cuál o cuáles serían las estrategias, si las hubiese, para esta adaptación? Se han mencionado varias características constitutivas de la unidad, una de ellas era su carácter de intimidad, equipo de escaso intercambios con el resto de los profesionales, u otras unidades organizativas el interior de la institución. Podría ser esta cualidad la que otorga solidez e identidad en su forma de concebir la realidad y mantenerla de este modo permanente, evitando el intercambio de otras posturas con el resto de la institución, situación que pudiese provocar modificaciones al interior de la unidad.

Parece claro que la posición del equipo frente a los diagnósticos psiquiátricos, es diferente a la de la institución, representada por el modelo biomédico en términos concretos por la disciplina psiquiátrica. Lo que no queda claro, es si esta diferencia se confronta, se disfraza, se oculta o se hace manifiesta a través de sus procesos. Pareciera, eso sí, que ambos polos podrían mantenerse en el tiempo, precisamente como aquellas parejas que no tienen acuerdo respecto de cómo llevar a cabo la relación, pero permanecen inevitablemente juntas. Entonces acá la forma que el equipo establece la relación con los diagnósticos psicopatológicos, lo hace desde la mirada sistémica, en el sentido de considerar la patología en relación con los sujetos. Esta perspectiva le permite trabajar con su enfoque considerando el diagnóstico médico como un elemento del sistema, y no

como parte constitutiva de la persona. Esta acción es la que el equipo invierte gran esfuerzo durante la terapia para que el sistema terapéutico y el sistema consultante puedan entrar en una lógica compatible de trabajo y poder llevar a cabo la terapia.

“...son como problemas relacionales que pasan mediatizados como por el peso de un diagnóstico. Y creo que ahí también por ejemplo, estar insertos dentro de una institución que trabaja con un modelo biomédico, está el tema de los diagnósticos puestos ahí... como que también nos suma una particularidad a nuestro trabajo, nos da ese extra que hay que trabajar...” (Anexo 3, grupo focal 2, p.55)

Uno de los aspectos relevantes que aparecen en el equipo como producto de la investigación en esta dimensión, es la consideración de la propia posición como actores sociales investidos de poder o conocimiento en el contexto en el que desempeñan su labor. El instituto psiquiátrico representa un modelo tradicional, por lo tanto históricamente ha tendido una posición de autoridad frente lo que es sano y lo que no es, frente a conductas prescritas a la población que deben ser cumplidas para lograr salud. Bajo esta condición es factible que los profesionales que desempeñan labores en la institución, sean investidos con ese poder y autoridad, por lo que todo lo que ellos indiquen será para los pacientes la opinión del experto, y por lo tanto la verdad frente a un determinado tema. Es por esto que los miembros del equipo se declaran críticos y conscientes de esta condición, siendo muy cuidadosas en como llevan a cabo la tarea clínica y las prescripciones asociadas. Evitar la posición de experto o de jueces son intenciones que declaran durante la recolección de datos, y están dentro del marco que su visión epistémica las define. Sin embargo, habría que cuestionar como se lleva a cabo la terapia desde esa posición, considerando el tipo de pacientes acostumbrados a tener expectativas definidas del equipo de salud que es visto como una autoridad. ¿De qué naturaleza serán las dificultades que resultan en el proceso terapéutico derivadas de estas expectativas de los pacientes ahora enfrentados con una postura novedosa del sistema terapéutico?

Resulta válido sostener que para algunos pacientes crónicos en sus problemas de salud mental y acostumbrados a la lógica institucional, necesitarán formas más tradicionales de

tratamiento, lo que en cierta forma coincide con lo que uno de los miembros del equipo relataba sobre la variabilidad de enfrentar las terapias de acuerdo al tipo de paciente. Se tiene así un equipo que debe evaluar las condiciones del sistema consultante para ver la posibilidad de cómo establecer un nexo entre la mirada epistémica del equipo y la mirada del sistema que demanda la atención.

Por otro lado, es interesante rescatar la opinión de una de los miembros sobre la facilidad que se puede caer en la lógica de autoridad o de poder con la que se inviste a los terapeutas, especialmente en estos pacientes de sistema de salud público, acostumbrados a esperar relaciones verticales con los profesionales que otorgan atención. Esto lleva a plantear una situación conocida en el contexto social del país, en que aún las instituciones, especialmente aquellas que tienen que ver con la salud, y sobre todo en contexto público, actúan desde lógicas de poder verticales con los usuarios a los cuales deben dar atención. En el caso del equipo, concientes, de la facilidad de caer en esa forma de operar, intentan posicionarse desde una lógica diferente, lo cual convierte al equipo como un grupo resistente dentro de un aparato sociopolítico mayor.

“...yo creo que un funcionario clínico de la institución, tiene un impacto en el paciente muy grande, y lo que uno diga, muchas veces para ellos es ley o regla. Y en ese sentido, en lo que a mi respecta, yo me siento muy responsable de todas las intervenciones que hago...” (Anexo 3, grupo focal 2, p.60)

“...es una población de escasos recursos por decirlo así, que están habituados a relacionarse con el poder...de una cierta manera...como mirar pa´ arriaba...” (Anexo 3, grupo focal 2, p.60)

“...nosotras tenemos conciencia de eso...lo cuestionamos, lo criticamos, estamos constantemente, pensando en...cómo incluso vamos a decir las cosas adelante, de cómo vamos a devolver algo y que palabras vamos a usar, yo creo que habla de que estamos constantemente auto monitoreándonos...” (Anexo 3, grupo focal 2, p.60)

Lo anterior visto como un acto de resistencia, lleva a relacionar esta idea con las lógicas de poder involucradas en las instituciones de salud y como un intento de validación de la posición política de los usuarios de un servicio de salud, es representado por las acciones de la unidad de parejas. Esto en el sentido de validar su posición, sus creencias, y considerarlo como sujeto biopsicosocial en todas sus dimensiones. Tal vez la postura de la unidad no es cualidad exclusiva de ella, pues deben existir otros profesionales o grupos de trabajo al interior del instituto con quienes la compartan, pero de acuerdo a las descripciones encontradas, serían una minoría al interior de ésta institución de salud y del un sistema de salud mayor, en la que opera con preponderancia el modelo biomédico.

Continuando con esta idea y relacionándola con los antecedentes surgidos en las otras dimensiones de la discusión, se podría señalar que la unidad intenta rescatar y validar aspectos ignorados de los pacientes hasta hace poco tiempo. El hecho de que al interior del instituto surjan iniciativas comandadas por la voluntad individual de los profesionales, como el equipo de psicoterapia de familia, y ahora más recientemente la unidad de pareja, no sólo habla de distintas formas de abordar la psicoterapia de los trastornos mentales de los usuarios, sino también, habla de grupos que intentan movilizar o cambiar un sistema estático y poco permeable a los cambios actuales sobre las nuevos enfoques en salud mental. Esta acción movilizadora dentro de la institución, puede ser vista como un intento de aportar a las prácticas hospitalarias, las miradas más integradoras de la realidad humana, como lo biopsicosocial, que muchas veces quedan sólo en la intención o llevadas sólo por algunos estamentos profesionales. Por lo tanto, estas instancias intentan afectar las lógicas de poder en la estructura vertical instalada tradicionalmente por el sistema médico.

“...nuestra postura en relación a la terapia de pareja, es que es tan necesaria como la terapia individual. En el sentido que la pareja podría estar manteniendo o gatillando o manteniendo ciertos síntomas, en el sentido que la persona no está aislada en el mundo, sino que está inserta en un sistema...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 56)

“...que acá se cuente con ese espacio, que haya gente que los escuche y que valide, que puede haber dificultades de pareja, pero que esas

dificultades puedan ser escuchadas por un otro y pueden ser apoyadas en su resolución o como puede ser llevados de mejor manera y que es válido hablar de los sentimientos, es válido hablar del romanticismo, es válido hablar de la sexualidad, yo creo que ese acto de validación es un acto político muy significativo, en una institución como esta...” (Anexo 3, Grupo Focal 2, p. 56)

La creación de la unidad de psicoterapia de pareja en pacientes con psicopatología, intenta visibilizar y devolver una cualidad inherente a la condición humana y tal vez ignorada en el tratamiento y rehabilitación de los usuarios del instituto psiquiátrico. Esto es, la necesidad de incorporar la relación de pareja en la terapia de estos pacientes, pues como la literatura lo señala, ésta puede afectar significativamente la psicopatología de estos usuarios. Esta iniciativa, vista como una acción terapéutica, a la vez es un espacio que intenta modestamente contribuir a la equidad en el acceso a oportunidades, en el sentido de la escasa posibilidad de realizar terapia de pareja en el ámbito público de la salud mental.

CONCLUSIONES

A través del trabajo desarrollado, se pudo obtener una visión general del modo en que el equipo de terapia de pareja del Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz, ejecuta cotidianamente su labor clínica considerando en particular las características del contexto. Teniendo en cuenta la perspectiva cualitativa, los hallazgos de la investigación fueron producto tanto de las observaciones e interpretaciones hechas por el investigador, como también por las propias percepciones y significados que aportaron los miembros pertenecientes a este equipo terapéutico. Es importante tener en cuenta al momento de realizar reflexiones, juicios o conclusiones que emergen de este estudio, que las descripciones aluden a una realidad específica acotada a un momento determinado y estrictamente a las situaciones y condiciones ocurridas en el tiempo en que se realizó la observación. Las conclusiones que a continuación se presentarán, pretenden establecer algunas ideas generales acerca de esta realidad co-construida durante la investigación, intentando además responder a las interrogantes planteadas por los objetivos del estudio.

En términos generales, se puede señalar que las características del modo de operar del equipo, son el resultado de la conjunción de variables que tienen que ver, principalmente, con cualidades propias del equipo y de sus miembros, junto a las condiciones del contexto institucional en el cual se desenvuelve la labor clínica. Estas variables parecen atravesar de manera significativa las dimensiones del equipo en cuanto a su constitución, organización interna, su operar técnico y las bases teóricas que lo sostiene.

El contexto, entendido como el espacio en el cual el equipo está inserto y desarrolla su labor clínica, está conformado por condiciones institucionales tradicionales y también por las características de los consultantes. Es decir, comprende las condiciones administrativas, normativas y de infraestructura del Instituto psiquiátrico, así como también la psiquiatría como disciplina médica y la condición psicopatológica y social de los usuarios.

Por otro lado, como características propias del equipo (como resultado de las cualidades profesionales y personales de los integrantes) comprenden la antigüedad del equipo, el género, el número, la experiencia terapéutica, relaciones profesionales, formación académica y posturas teóricas al interior del grupo. En análisis aparecen con mayor peso las características contextuales por sobre las otras en determinar la caracterización del funcionamiento del equipo. El hecho de que se hable de una conjunción de variables, no quiere decir que tengan todas el mismo valor, por lo que es relevante identificar cómo algunas variables impactan de manera importante y otras más bien acompañan el proceso. En este sentido, las características de los miembros de la unidad, conforman un factor de relevancia que marca el operar del equipo, cuestión que no ocurre así en todos los equipos clínicos (puesto que algunos responden más bien un modelo y cada miembro tributa a esta estructura de la operación).

La instauración y conformación del equipo es producto de una posibilidad que el Instituto puede ofrecer a los profesionales facilitándoles abrir nuevos espacios para nuevos desarrollos de la psicoterapia. Sin embargo, el progreso y mantención de éstas quedan bajo la responsabilidad y esfuerzo de la voluntad de los profesionales, no asumiendo el instituto parte de esta instancia, más que permitir su creación. Entonces en cuanto a la

composición del equipo o lineamientos teóricos de intervención, no existen exigencias ni condiciones institucionales explícitas hacia el equipo, ni tampoco de éste hacia el hospital. Es de este modo, que pareciera que el equipo consiente el número de profesionales que participan voluntariamente en su conformación, sin presentar exigencias en caso de solicitar mayor recurso humano, así como el incorporar terapeutas varones o un supervisor permanente para desarrollar su labor. En lugar de ello, se adapta a las condiciones establecidas a priori respecto a la dotación profesional de este centro de salud. En el mismo sentido, tampoco existen exigencias desde la institución en cuanto a posicionarse desde un modelo teórico de intervención, o cumplir con exigencias de rendimiento en la atención, lo que puede derivar en una aparente libertad en su operar.

En segundo lugar (y sin embargo lo anterior), a pesar de que el equipo funciona en la parte de atención ambulatoria de la Institución, la estructura funcional de ésta opera con la lógica hospitalaria, en la cual prima el modelo biomédico en la concepción del tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental. Esto afecta directamente el funcionamiento del equipo en diferentes aspectos. Uno, es la insuficiente comunicación y trabajo multidisciplinario entre el equipo y el resto de los profesionales que trabajan en el centro, existiendo una lógica de trabajo algo segregada por estamentos. Junto a esto, el predominio del enfoque psiquiátrico (biológico/ farmacológico) del tratamiento de los usuarios por sobre las terapias de familia o pareja, puede producir un inadecuado uso de éstos dispositivos terapéuticos, especialmente cuando se transforma en una especie de acompañamiento a un tratamiento farmacológico y no un tratamiento en sí mismo. Esto conlleva que las derivaciones sean escasas, reduciendo la labor clínica a una especie de laboratorio experimental y por lo tanto, una dificultad en establecer prácticas cotidianas que puedan dar pie a estructurarse como parte de un modelo de atención específico de este equipo y que sea reconocido por los otros estamentos. Sólo un aumento en la derivación, además de un cierto tipo de reconocimiento en este trabajo conjunto, podría garantizar condiciones para que sea considerado como una unidad a la par de las otras existentes.

Otro aspecto que afecta, tiene que ver con los efectos del modelo biomédico instalado en el sistema consultante, (no sólo presente en este centro) pues la marcada patologización y tratamiento asumido para un miembro de la pareja, dificulta la ejecución de la terapia

desde el enfoque propio que tiene el equipo. Entonces se observa una práctica clínica que demanda mayor número de atenciones, las cuales deben considerar la dificultad instaurada por trabajar desde su enfoque propio y que es diferente a la perspectiva dominante en la institución.

El otro aspecto del contexto que caracteriza la forma de operar del equipo, corresponde a la condición psicopatológica de los usuarios, la cual demanda en el equipo habilidades terapéuticas específicas, habilidades emocionales, necesidades de revisión de los elementos formativos y de posturas teóricas que regulen la práctica. Junto con la condición psiquiátrica está también el contexto de vulnerabilidad social (para usar una terminología amplia) de los pacientes que complejiza más los casos y por lo tanto la terapia, exigiendo prácticas de intervención más específicas que consideren estas variables como la pobreza, baja escolaridad, consumo de sustancia, violencia intrafamiliar, entre varias. Por lo tanto, se observa un esfuerzo por realizar prácticas de intervención específicas que pareciera estar considerando este contexto social, junto a la condición psicopatológica. El equipo, al estar conscientes del origen, acceso y posibilidades de sus consultantes, pudiera estar llevando a cabo una labor de alta consideración de las condiciones de vulnerabilidad, inclusive como una manera de reparar aquella ausencia que suele tener de este aspecto el modelo médico.

Se señaló que las otras variables que caracterizaban la labor clínica, tiene que ver con las características propias del equipo y también con aquellas cualidades personales y profesionales de los miembros. El equipo actual es de tamaño reducido con cuatro miembros permanentes y una figura intermitente que hace el rol de supervisor. Esta condición provoca que las cualidades personales y profesionales de los miembros invistan significativamente al equipo, que de ser más numeroso no sucedería de esta forma. Por otro lado, la unidad tiene cuatro años de antigüedad con variabilidad numérica y recambio de los miembros desde su formación, condición que lo convierte en un equipo joven e inestable. Actual e históricamente de composición marcadamente femenina, con variabilidad en las edades, formación académica y experiencia clínica de los miembros. Existe la presencia intermitente de profesionales, en este caso una psicóloga que cumple el rol de supervisora, que fue parte de la institución como funcionaria. Actualmente ella

desempeña una labor clínica importante para el equipo y por supuesto, para los usuarios, pero la realiza desde el voluntariado.

A la condición de equipo joven, se suma la diferencia en el tiempo de permanencia de los miembros en el equipo, siendo cercana a un año la última incorporación de una terapeuta. Esto seguramente supone para el equipo un estado de acomodación o ajustes en las relaciones laborales, estilos terapéuticos y enfoques teóricos, dados por la diversidad en formación académica y los fundamentos teóricos que cada una trae, y por supuesto la experiencia como terapeuta clínica. La alta variabilidad, seguramente atenta contra la posibilidad de establecer un modelo uniforme y que pueda ser repetido en el tiempo, donde sus miembros sean ejecutores reflexivos de una práctica que va evolucionando.

Todo esto daría cuenta de una práctica clínica del equipo sensible a los mínimos cambios al interior del equipo, en cuanto a conformación, estilos terapéuticos de cada integrante y a la acomodación de estos entre sí. Funcionamiento que se mantendría mientras la cohesión dada por la permanencia de los miembros en el equipo, la identidad, y procesos de ajustes se vayan consolidando en el tiempo para dar cuerpo a una práctica propia del equipo.

Valiéndose de estos argumentos se hace necesario entonces referirse a uno de los objetivos específicos de investigación, que tenía que ver con la descripción de técnicas y tácticas terapéuticas utilizadas por el equipo. Al respecto, se puede concluir que la naturaleza y calidad de ellas, están mayormente determinadas e influenciadas por las características de los estilos personales de los terapeutas que lo conforman, más que un estilo propio del equipo o modelo declarado. Sin embargo, en el operar cotidiano, esto no queda evidenciado de manera significativa, ya que al interior del equipo existe una supuesta correspondencia con el enfoque sistémico al cual todas suscriben. Además de algunas adscripciones a ciertos modelos reconocidos en el ámbito de la terapia de pareja, en su labor clínica el modo de operar queda uniformado en un lenguaje común acercándose, por ejemplo, bastante al modelo terapéutico de Milán, aun cuando no existan de por medio algunas autorizaciones, lecturas, discusiones, que acerquen al equipo aún más a este modelo. La circularidad, la hipotetización, la conversación reflexiva, el uso de metáforas, debelación de la contratransferencia, son técnicas a las

que recurren con frecuencia. No obstante lo anterior, existe una clara necesidad de definir y revisar sus propias intervenciones terapéuticas, como también otras que puedan incluir en la práctica y que se adapten a las condiciones del trabajo de la unidad.

Es así como la conformación reciente e inestable, la variabilidad de formación académica y experiencia clínica, procesos de ajustes de pertenencia e identidad y ajustes en los fundamentos teóricos, podrían explicar la carencia de un estilo de técnicas y tácticas terapéuticas identificables y característico del equipo, a pesar de funcionar de un modo uniforme dado por el enfoque sistémico.

La interacción cotidiana y permanente del conjunto de estas variables del equipo en relación directa con las variables contextuales, genera algunas condiciones que tienen que ver con la emergencia de necesidades detectadas en el equipo que no impactan de modo significativo la labor clínica, pero sí al funcionamiento interno de la unidad. Sobre estas necesidades emergentes (dimensión emergente del análisis) es necesario referirse a continuación.

La interacción entre dos paradigmas distintos, uno representado por el contexto psiquiátrico-biomédico con sistemas consultantes acostumbrados a que la acción del “sanar” está puesta en la figura del terapeuta, y por otro lado, un enfoque sistémico constructivista representado por el equipo, genera cierta tensión en éste, el cual debe crear estrategias y prácticas para poder abordar la terapia desde su enfoque. Por otra parte ya se ha mencionado, como el contexto de vulnerabilidad social complejiza la labor clínica del equipo, que lo psicopatológico tiene de por sí, demandando nuevas estrategias, revisión de sus prácticas y teorías que las sustenten. A su vez, un equipo joven, reducido en tamaño, con variabilidad de composición profesional, sin un apoyo de supervisión constante, son condiciones suficientes que generan dos demandas importantes. Una tiene que ver con la necesidad de revisión y definición de sus posturas teóricas, de sus estrategias y técnicas terapéuticas que integren los elementos del contexto a la labor del equipo. Al mismo tiempo, debe definir sus necesidades de estructura, integrantes para la conformación en número y género, definición de roles y estrategias operacionales al interior del equipo que faciliten el funcionamiento de la unidad.

La necesidad de autocuidado del equipo y de las integrantes de esta unidad, es otra demanda que emerge en relación al contexto, la cual pareciera desbordarse en instancias como cuando el equipo encuentra espacios de no atención clínica. Se considera relevante esta necesidad, ya que al parecer los miembros del equipo encuentran dentro del trabajo clínico mismo, un espacio de contención, un espacio íntimo, un espacio cómodo que se abre como una posibilidad para dar satisfacción a esta demanda que emerge notoriamente.

Lo anterior guarda relación con otra característica del equipo, que lo convierte en un equipo poco visible para la institución, al no haber exigencias de parte del hospital hacia ellos, ellos tampoco demandan hacia éste. Las relaciones laborales con el resto de profesionales son escasas al igual que el trabajo multidisciplinario, por lo tanto el equipo, aunque no está en una posición cómoda frente a esto, pareciera preferir mantener esta poca visibilidad al interior del centro, en pos de cuidar este espacio íntimo, de contención o de autocuidado si se quiere, que no encuentran en otros espacios. Quizás también por esta razón, es que paradójicamente aparece también, la necesidad de posicionarse, visibilizarse y fortalecer las relaciones de comunicación, referencia y contrareferencia de los casos con el resto de los profesionales, especialmente con los psiquiatras. El equipo necesita derivación de casos para poder realizar práctica clínica y a través de ella producir un estilo propio de intervenciones que considere la especificidad del contexto psicopatológico e institucional. En un sentido paradójico, a pesar de las condiciones contextuales ofrecidas por lo institucional, que pareciera complejizar el funcionamiento del equipo, existe un reconocimiento hacia la institución por la posibilidad que brinda de abrir espacios en donde desarrollar terapia de pareja en la modalidad de equipo terapéutico, y por pertenecer a una institución sólida y con reconocida trayectoria en la psiquiatría.

En las relaciones que se establecen con instancias externas, aparece como un equipo receptivo específicamente al configurarse como un espacio disponible para la formación de los alumnos en práctica de psicología. Si bien esto le otorga una composición inestable, variable en cuanto al número de integrantes, siendo una condición de menor relevancia, pues su presencia no implica atención directa con los consultantes, otorga al equipo un recurso valioso para la formación tanto de los alumnos, como la de los mismos miembros del equipo. El contacto con nuevos integrantes del mundo académico genera

espacios de reflexión, intercambios de posturas teóricas y mejora la discusión de los casos. A la vez, otorga la posibilidad de abrir espacios a investigaciones sobre las mismas prácticas que el equipo realiza, siendo un campo fértil para generar un modelo de la práctica clínica de este equipo de terapia de pareja.

El equipo de psicoterapia de pareja se posiciona como una unidad de resistencia dentro de la institución, al adscribirse a una perspectiva de la enfermedad mental distinta al paradigma dominante en la institución. Resistencia, en el sentido de mantener la permanencia del dispositivo psicoterapéutico al interior de este establecimiento y no cambiar sus lineamientos en conformidad a la lógica institucional. Por otro lado, y de acuerdo a lo ya señalado en la caracterización del contexto, también se suman las consideraciones de su estructura administrativa, normativa y de infraestructura en constituir dificultades detectadas para el desarrollo de mejores condiciones para el operar de un equipo psicoterapéutico de parejas, lo que argumenta más la condición de equipo resistente.

Los miembros del equipo son conscientes de la posición que ocupan en el sistema de salud del que forman parte, el cual los inviste de poder, por lo que esta consideración hace que su actuar sea muy cuidadoso al momento de hacer las intervenciones en la práctica clínica. Sin embargo, esta consciencia parece operar mucho más en relación a los consultantes que en relación a las entidades que les derivan los casos. En ese sentido y de acuerdo al posicionamiento teórico y epistemológico compartido por las terapeutas, es un equipo que ofrece una lógica más horizontal de relaciones entre terapeutas y usuarios, abandonando la posición de experto y de poder, propia de la tradición biomédica.

Por lo anterior, el equipo se abre como un espacio crítico del quehacer propio, de sus necesidades de formación y consolidar prácticas bajo posicionamientos teóricos definidos. También es crítico con el operar de la institución en el tratamiento de la enfermedad mental. Las débiles acciones por abordar una perspectiva integral biopsicosocial al interior del centro, es una de las observaciones que el equipo percibe del modelo institucional, incluyendo también la percepción de un escaso trabajo interdisciplinario entre los profesionales.

En cierta forma su existencia, funcionamiento y posicionamiento epistemológico de la unidad de psicoterapia de pareja o la de familia, vienen a aportar desde lo sistémico relacional, con el aspecto social poco considerado en el operar de la institución, y en este caso, poner en relieve la consideración de las relaciones íntimas en el tratamiento de los pacientes, como la relación de pareja.

REFLEXIONES FINALES

La práctica clínica de la psicoterapia ofrece constantemente un amplio y vasto campo de desafíos para los psicólogos, debido a que se enfrentan cotidianamente a nuevas problemáticas que aparecen en el desarrollo de su labor. Problemáticas que tienen que ver con nuevas reflexiones frente a variables como las intervenciones terapéuticas, modelos teóricos y a las características de los usuarios, insertos en una sociedad día a día más cambiante y permeables a los cambios sociales de un mundo globalizado.

El tema de la psicoterapia de parejas, es uno de los tantos que han tenido que adaptarse a los cambios sociales actuales. Si se acepta la lógica de la posmodernidad, en este caso entonces, se debe aceptar las nuevas formas de relación de pareja como las del mismo sexo o aquellas rearmadas luego de un divorcio, como también las nuevas formas de convivencia y los nuevos roles que hombre y mujer adquieren en la relación. Entonces frente a esta sociedad con una clara tendencia a aquello que se podría llamar posmodernidad y por sobre todo cambiante, los clínicos deben adaptar, revisar o crear nuevos modos de entender las relaciones de pareja para poder satisfacer la demanda de psicoterapia de las personas que requieren de ella.

Así mismo en el caso de pacientes con patología mental, es fundamental considerar las relaciones que ellos establecen con su sistema de relaciones cercano, como lo es la familia o la pareja. Dependiendo de los enfoques de psicoterapia de familia y de pareja serán los tipos de modelos de intervención con sus respectivos cuerpos teóricos de los cuales derivan la labor clínica, de la misma forma que también los consultante disponen sus propios cuerpos, reconocimiento popular, cultural y social, para una práctica clínica en la cual sitúan un montón de esperanzas de bienestar.

Sea cual sea el enfoque psicoterapéutico de la terapia de pareja en pacientes con psicopatología, no hay duda que se trata de un área de reciente investigación y un tema con un futuro prominente para el desarrollo de la psicoterapia. Un campo fructífero con variadas aristas en cuales se debe hacer investigación para desarrollar y fortalecer los fundamentos teóricos existentes y de este modo ofrecer intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia de la investigación. Gran porcentaje de las investigaciones y literatura respecto a este tema, está concentrado en países angloparlantes, especialmente Estados Unidos, Canadá, Países Bajos e Inglaterra. Sin embargo, el interés en el tema es reciente, por lo que la cantidad de información, a pesar de haber bastante, se concentra en principalmente en la efectividad de algunos enfoques, pero evidencian la necesidad de realizar estudios que aborden otras perspectivas, especialmente las perspectivas sistémicas constructivista y narrativa.

El presente estudio se enmarca dentro de este gran tema que requiere desarrollo de investigación, especialmente en la realidad chilena y latinoamericana, en la que fue difícil encontrar bibliografía respecto a estudios que comprendieran la terapia de pareja en pacientes psiquiátricos. Por lo tanto, esta memoria pretende contribuir discretamente a satisfacer la necesidad de investigar en este tema, aportando algunos elementos en cuanto a las consideraciones que un equipo de terapia de pareja debe tener para abordar la práctica clínica. Todo esto bajo el supuesto de que, efectivamente, existiría un mayor crecimiento de parte de cualquier unidad que conforma su propio modelo, aún cuando éste sea general, inicial y en constante revisión.

De esto se puede señalar que un equipo de psicoterapia de pareja que trabaja dentro de un contexto institucional, como un hospital psiquiátrico, necesita establecer una práctica clínica constante, con varias atenciones, las cuales ponen al equipo frente a situaciones que estimulen cuestionamientos sobre la intervención clínica y consecuentemente la producción de investigación. Por otro lado, un equipo necesita definir sus enfoques y posicionamientos teóricos y ver cómo se adaptan a la práctica, incluso la misma práctica clínica entrará en juego con los postulados teóricos del equipo produciendo conceptualizaciones emergentes que puedan terminar en el desarrollo de nuevas teorías propias del equipo. Así mismo, esta teoría debe llevarse a la práctica a través de un

modelo de intervención, el cual se irá definiendo en ese operar clínico constante del equipo a través de técnicas y tácticas específicas.

En el caso de este estudio, resultó trascendente el considerar los factores contextuales como la condición de hospital psiquiátrico, en donde apareció la primacía del modelo biomédico en el tratamiento de la enfermedad mental, como un factor importante en complejizar el desarrollo de la psicoterapia de pareja desde una visión sistémica constructivista. Este hallazgo deja la inquietud sobre qué tanto espacio tienen estas instancias de psicoterapia de pareja o de familia u otras instancias que consideran los aspectos psicosociales de los usuarios en su tratamiento. ¿Será que ocurre de este modo en todos o la mayoría de los establecimientos de salud mental dónde en el tratamiento se ejecuta con un predominio del modelo biomédico por sobre el modelo biopsicosocial? ¿Será que todos los médicos psiquiatras de este instituto trabajan desde el enfoque biomédico? ¿Habrán psiquiatras que consideren en su actuar el modelo biopsicosocial? Entonces queda la inquietud sobre ¿Qué tanto se ha avanzado en la región, o en el país, con los aspectos que propuso hace bastante tiempo la reforma psiquiátrica y la psiquiatría comunitaria? ¿Qué tanto se integran los aspectos biopsicosociales, como la integración de las familias, o en este caso, la pareja, al tratamiento de la persona afectada por una enfermedad mental. Pareciera que aún al paradigma dominante le quedarán varios años para dar espacio a otras formas de conceptualizar la enfermedad mental y su tratamiento. Estas interrogantes que surgen con los resultados producidos en esta investigación pueden dar pie a futuras investigaciones incluso en el mismo instituto, pero ahora enfocado a responder estas preguntas. Interesante sería dar cuenta sobre la realidad de los enfoques biopsicosociales implementados en instituciones de salud mental como esta.

Se ha señalado que el tema de psicoterapia de pareja en pacientes con psicopatología, es un tema poco estudiado y con escasa información. En estos casos y de acuerdo a la literatura metodológica, cuando existe poco conocimiento sobre un tema, se recomiendan los estudios exploratorios. El presente estudio está enmarcado dentro de la investigación cualitativa y corresponde a un primer acercamiento sobre este tema. Los hallazgos pueden dar pie para la realización de posteriores estudios que intenten investigar con mayor profundidad estos resultados. Por lo general, en los estudios exploratorios aparecen variables que emergen como descubrimientos de la investigación, y son éstas

que en posteriores estudios descriptivos se pueden evaluar y medir para realizar una profundización mayor del fenómeno a investigar. Sin tenerle miedo a aquello que se considera propiamente tal una investigación, sin estar a la espera de escasos financiamientos y, sobre todo, sin presiones institucionales al momento de generar conocimiento propio.

Como hallazgos de este estudio exploratorio aparecieron algunas características del funcionamiento del equipo de psicoterapia de pareja, las cuales fueron agrupadas en seis dimensiones, que pudieron dar cuenta del operar clínico de este equipo en particular. Siendo así, estas dimensiones podrían buscarse, estudiarse, y medirse en futuros estudios que intenten abordar el mismo fenómeno de esta investigación, ahora con un alcance más descriptivo, de modo de poder generalizar los resultados. Es decir las dimensiones contextuales; de organización y estructura; de relaciones interpersonales; dimensión técnica; teórica y meta-teórica, podrían investigarse en varios equipos clínicos que aborden la terapia de pareja (y no necesariamente terapia de pareja), con la finalidad de encontrar mayor evidencia que aumente el conocimiento del funcionamiento de equipos clínicos de terapia de pareja en pacientes con patología mental y de ese modo explorar posibles modelos de atención clínicos en distintos centros de salud mental.

Si bien la relevancia de este estudio podría ser el inicio de futuras investigaciones que pretendan establecer un marco conceptual sólido acerca de las diferentes maneras de abordar la psicoterapia de pareja en estos pacientes, la relevancia mayor está en la utilidad de puedan tener los resultados de esta investigación para el equipo donde se llevó a cabo.

Para este equipo en particular, la utilidad del estudio comenzó durante el trabajo de campo, especialmente durante los grupos focales, los cuales se convirtieron en espacios reflexivos, al parecer porque las preguntas realizadas abrieron instancias para dejar instalada algunas inquietudes en los miembros que pudiesen servir como posibilidad para desarrollar algunas revisiones sobre el funcionamiento del equipo. Del mismo modo, se espera que la descripción realizada de esta práctica clínica entregue lineamientos que ayuden a la comprensión del actuar terapéutico del equipo en el contexto dentro del cual desarrollan su labor. Aparece interesante la idea de hacer una profundización de este estudio también con la opinión de otros actores que trabajan en el Instituto psiquiátrico. Si

los objetivos hubiesen estado puestos en definir un modelo de intervención terapéutico de parejas para estos pacientes, sería interesante conocer la opinión del estamento médico. Muchos psiquiatras se dedican a la psicoterapia por lo que serían una voz importante que pudiesen aportar a entender el fenómeno de estudio. Metodológicamente, sería interesante grupos focales sólo con psiquiatras, y grupos mixtos, es decir, psiquiatras y psicólogos que pudiesen discutir sobre intervenciones terapéuticas, posicionamientos teóricos o meta-teóricos de un equipo de terapia de pareja. Incluso para el presente estudio las opiniones acerca del trabajo del equipo de pareja podrían haber aportado datos para profundizar el modo de operar del equipo.

Por otro lado, dentro de las limitaciones que tiene este estudio, debido a las características de su alcance como estudio exploratorio, sus resultados sólo pueden quedar acotados a la realidad de este equipo en particular y al tiempo limitado que en que se realizó el trabajo de campo. De este debe considerarse que el tiempo en que se realizó, abarcó además los meses de vacaciones, por lo que algunos terapeutas se ausentaron algunas ocasiones por este motivo, como también ocurrió con la asistencia de algunos usuarios, que se vio afectada por el período. Por otro lado, las observaciones se hicieron en el tiempo que los alumnos de psicología terminaban su práctica, por lo que hubiese sido interesante observar todo el periodo en que están los alumnos para aportar más datos al estudio y darle relevancia, cuestión que puede ocurrir en el futuro en este propio equipo, a la participación de estos alumnos en práctica y en formación dentro de un modelo que debiera estar declarado.

Con el fin de agregar mayores datos al estudio, tal vez hubiese sido interesante haber realizado algunas revisiones de las fichas clínicas para aportar más datos a las características del funcionamiento del equipo clínico. De esta actividad, seguramente habrían aparecido algunas nuevas dimensiones. Lo mismo ocurriría y para futuras investigaciones en el funcionamiento de los equipos clínicos, el registro del material audiovisual. Esto habría contribuido a enriquecer la descripción de las dimensiones de relaciones interpersonales, el lenguaje no verbal y las intervenciones terapéuticas del equipo. Por supuesto que la revisión de este material, los registros escritos y si hubiese existido registro audiovisual, habría complejizado la labor del investigador, tal vez requiriendo mayor tiempo para realizar el estudio. Independientemente de este caso

puntual, considerar estas fuentes de datos es significativo para profundizar los resultados de un estudio similar.

Es importante además considerar la inexperiencia del investigador, considerando que se trata de una memoria de pregrado y que los estudios con un diseño cualitativo similar a los diseños etnográficos, como el que se realizó, requieren inmersión en el campo clínico donde se realizarán las observaciones. El trabajo de campo requiere cierta habilidad de parte del investigador para que su presencia no sea perturbadora al momento de recoger la información, lo que demanda habilidades personales y de comunicación durante el trabajo. Lo mismo para conducir las sesiones de grupos focales y de entrevista, las cuales requieren preparación de las personas que las realizarán. En este caso el investigador realizó ambas estrategias de recolección de datos, por lo que también se suma a las consideraciones de un investigador novato y por lo tanto inexperto. Esto no desconoce que la participación del investigador también incluye su propia experiencia en otros equipos clínicos y de investigación, que se están haciendo preguntas acerca del funcionamiento de las parejas, de la terapia de parejas y de los modelos que se encuentran hoy disponibles.

Finalmente, se podría señalar algunos factores que facilitaron el desarrollo del estudio, como la familiaridad y el contacto previo del investigador con personajes claves que permitieron el acercamiento al equipo y la entrada al campo para la realización del trabajo de observación. También como se señaló dentro de la discusión, el equipo cuenta con características que lo convierten en un equipo receptivo, acogedor y abierto a la interacción con actividades formativas, académicas y en este caso de investigación. A la vez, se podrían señalar la experiencia del investigador en formar parte de algunos equipos terapéuticos, lo que favoreció la recolección y análisis e interpretación de los datos.

Para finalizar, bastaría con reafirmar que el tema abordado en esta investigación, es un área pendiente que tiene la psicoterapia de pareja por explorar en futuras investigaciones, por lo que con este estudio se ha intentado dar un paso a un largo y prometedor camino de investigación en la psicoterapia de parejas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baucom, D. H., Whisman, M. A., & Paprocki, C. (2012). Couple-based interventions for psychopathology. *Journal of Family Therapy*, 34(3), 250-270. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00600.x
2. Benavides, M. & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124.
3. Bender, D. y Ewbank, D. (1994). The focus groups as a tool for health research: issues in design and analysis. *Health Transition Review*, 4 (1), 63 – 80
4. Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*.
5. Biscotti, O. (2006). *Terapia de Pareja: una mirada sistémica*. Buenos Aires: Grupo editorial Lumen.
6. Bonelli C., Gálvez F., (2004). La construcción del espejo milanés. *Revista de Familias y Terapias* 18: p. 4- 15.
http://www.terapiafamiliar.cl/web/cont_revista_3.php?valor=18
7. Boscolo, L., Bertrando, P. & Gálvez, F. (2013). La terapia sistémica de Milán: historiografía, actualizaciones y traducciones. En: Roizblatt, S. (ed) (2013) *Terapia de Familia y Pareja*, Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
8. Calventus, J. (2000). Acerca de la relación entre el fundamento epistemológico y el enfoque metodológico de la investigación social: la controversia “cualitativo vs. cuantitativo”. *Revista de Ciencias Sociales*, 1(2), 7-16.
9. Calventus, J. (2008). Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales. Documento de trabajo 2008. Profesor de la carrera de Socioeconomía, Universidad de Valparaíso.
10. Carr, A. (2014). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 158–194. doi: 10.1111/1467-6427.12033
11. Carvajal, Á. (2012). Teorías y Modelos: Formas de Representación de la Realidad. *Comunicación*, 12(1), 33-46. Recuperado el 10 de octubre de 2014 desde <http://tecdigital.tec.ac.cr/servicios/ojs/index.php/comunicacion/article/view/1212/11>

12. Castrillón, E. (2008). Terapia de pareja: una mirada a sus procesos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 187-197.
13. Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad. Una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*.
14. Chambless, D. L., Miklowitz, D. J., & Shoham, V. (2012). Beyond the patient: Couple and family therapy for individual problems. *Journal of Clinical Psychology*, 68(5), 487–489. doi: 10.1002/jclp.21858
15. Coddou F. y Méndez C. (2002). *La aventura de ser pareja*. Santiago de Chile: Grijalbo.
16. Díaz F., Erazo J., Sandoval C. (2008). Actuales Políticas públicas para la desinstitucionalización y rehabilitación de personas psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolen. *Revista de Psicología* 18 (1), 9-37.
17. Escobar E., (2013). Historia del Instituto psiquiátrico “Dr. José Horwitz B.” (1980-2010). *Psiquiatría y Salud Mental* 30 (1), 9-14. Recuperado el 23 de diciembre de 2014 desde http://www.schilesaludmental.cl/revista2013_01.htm
18. Espriella (de la), R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 175-186.
19. Gálvez, F. (2010). Prologo: Formación, deformación, deconstrucción para una clínica atenta. En Gálvez, F. (comp.), *Formación en y para una psicología clínica* Santiago: Ed: Colección Praxis Psicológica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile
20. González, F. (2000). *Investigación Cualitativa en Psicología: rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores
21. Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
22. Luco, A. (2013). *Parejas Posmodernas ¿El ocaso del amor?* Santiago de Chile: Editorial Forja.
23. Martínez, M. (2006). La Investigación Cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 123-146.
24. Olabuenaga. J. (2012) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Detusto. (

25. Rodríguez, C., Pozo, T., Gutiérrez, J. (2006). La triangulación analítica como recurso para validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. *Relieve*, 12(2), 289-305.
26. Sánchez Escárcega, J. (2008). Efectos de la cultura postmoderna sobre la pareja. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (1): 132-145.
[<http://www.Psicoterapiarelacional.es/CelRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/language/es-ES/Default.aspx>]
27. Sandoval, C. (1996). Investigación Cualitativa. En G. Briones, S. Correa, H. Henao, G. Hoyos, A. Puerta, B. Restrepo, . . . L. Villegas, *Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social* (pp. 1-313). Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) - ARFO.
28. Tapia L. (2005). La investigación en Terapia Sistémica o haga usted mismo su propia investigación. De familias y terapias. Año 13 N° 20, 59-87.
29. Taylor, S. & Bodgan, R. (1986). En *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Buenos Aires: Paidós.
30. Valles, M. (1997/1999). En *Técnicas cualitativas de investigación social*. (1ª reimp.) Madrid: Ed. Síntesis.
31. Vicencio, J. (2011). En *Mapas del amor y la terapia de pareja*. México: Editorial Pax.
32. Villegas, M., Mallor, P. (2010) Consideraciones sobre la terapia de pareja a propósito de un caso. *Revista de psicoterapia*, 21(81), 31-106.
33. Yela, C. (1996) Componentes básicos del amor. Algunas matizaciones al modelo de Sternberg. *Revista de Psicología Social*, 11(2), 185-202.
34. Yela, C. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9(1), 1-15.
35. Zlachevsky, A. (1996). Una mirada constructivista en psicoterapia. *Revista Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 6(26), 1-12.

ANEXOS

Se encuentran en documento digital adjunto en CD de respaldo los siguientes anexos:

ANEXO 1: PAUTA DE PREGUNTAS GUÍAS PARA FOCUS GROUP ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ANEXO 2: TRANSCRIPCIÓN GRUPO FOCAL. PRIMERA PARTE¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ANEXO 3: TRANSCRIPCIÓN GRUPO FOCAL, SEGUNDA PARTE..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ANEXO 4: ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

ANEXO 5: FICHAS DE OBSERVACIÓN¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.