

255803



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

EL PERFIL DEL TERAPEUTA SISTEMICO
EN TERAPIA DE PAREJA.

PO 1523/97
g. 2

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

GARCIA SOTO GABRIELA EMMA

NAVARRO LINARES MA. DE LOS ANGELES

ASESORES: CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
MUCIO ALEJANDRO ROMERO RAMIREZ
MARGARITA CHAVEZ BECERRA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A . .

L . .

G . .

D . .

A . .

D . .

U . .

Que asintió el movimiento de la hoja en el árbol

Un agradecimiento especial a nuestros asesores

Carmen Susana González Montoya por haber guiado nuestro trabajo y por toda su paciencia, con una gran admiración.

Margarita Chávez Becerra y Mucio Alejandro Romero Ramírez por el tiempo dedicado a este trabajo.

Agradecemos

A todos los terapeutas que compartieron con nosotras un momento en sus agendas para darnos a conocer sus valiosas experiencias:

Aurora Tovar

Lilia Díaz

Aurora Gutiérrez

Irma Vonwobeser

Josefa Fragoso

Leticia Pillado

Teresa Mandujano

Carmen Mieri Terán

Marquina Terán

Sonia León

Martín González

Germán Monroy

Dolores Mercado

Pablo Herrera

Jaime Dávila

Rosario Espinosa

Enrique Bernal

Guadalupe Santos

Gerardo Ponce

Emma Espejel

Lucia Politi

Quiero agradecer:

A mi padre, “Querido Maestro”, que con su amor, confianza, admiración, apoyo incondicional, pero sobre todo con su ejemplo ha impulsado cada paso que he dado y los ha convertido en escalón de uno nuevo.

A mi madre, pues sin su cariño, su confianza, su infinito amor y cuidados, este trabajo, ni nada de lo que he logrado en mi vida hubieran sido posibles. “Gracias por tus desvelos, tus lágrimas, tu risa y tu fortaleza que me han llevado siempre a ver hacia adelante con dignidad y entrega”.

A Erandi, quién me ha llevado siempre a pensar en lo que vendrá después de lo que hago, me ha enseñado a ver de frente; inspiración de muchas cosas en mi vida: “Te admiró”.

A Pepe, quién me ha enseñado a ver el lado optimista de la vida, aún en los momentos más difíciles y oscuros, cuando más pesado era todo, siempre he llevado conmigo su franca, tierna y abierta sonrisa.

A Israel, quién con su compañía, amistad, apoyo y amor, me ha impulsado a ser siempre mejor, no darme por vencida, establecer y clarificar mis metas siendo dedicada y ambiciosa en ellas.

A Lucy y Lulú por haberme acompañado y haberse desvelado ayudándome tantas veces.

A mi querida tía Lupita por su amistad y apoyo desinteresado que hicieron este trabajo posible en muchos aspectos.

A Eli, por haberme abierto las puertas del frío pero real mundo de la inteligencia artificial.

A mis cuatro abuelitos, a todos mis tíos y primos porque de cada uno de ellos sin excepción, he recibido apoyo tanto para la realización de mi carrera, como la de este trabajo.

A Ale, por su amistad desinteresada que tanto me impulsó.

A mis amigos Karina, Alicia y Gabriel de quienes he aprendido mucho.

No podría terminar de agradecer a todas aquellas personas que de cualquier manera tuvieron que ver en la realización de este trabajo y tal vez en este momento se escapan de mi memoria detalles, nombres o rostros, sin embargo quiero agradecer a todas aquellas personas con las que la vida me ha puesto en un mismo camino y que de una manera u otra me han ayudado en el verdadero inicio de mi vida.

De una manera muy especial quiero agradecer a Ángeles por todo el tiempo que hemos compartido trabajando, por su amistad que tanto me ha permitido aprender, por la cual muchos momentos difíciles no lo fueron tanto.

Quiero agradecer:

A mis padres por su incansable apoyo y comprensión

Al todo y a la nada que en su unificación promovieron e impulsaron al fin establecido.

A Consuelo por su colaboración en mi formación académica y personal.

A Alicia y a Karina por su amistad incondicional

A la chica Géminis con quien he compartido y aprendido a lo largo de esta aventura: la psicología.

A Lourdes Barrón por toda su ayuda.

A ti que consultas “La fe mueve montañas, pero por si las dudas lleva tu pala y pico, hay mucho por hacer”.

I N D I C E

RESUMEN

I. INTRODUCCION	1
II. PRIMERA PARTE. Revisión Teórica.	
CAPITULO 1. TERAPIA DE PAREJA.	
- La problemática de la Pareja	3
- Antecedentes de la Terapia de Pareja	5
- Objetivos de la Terapia	6
- Metodos de la Terapia	7
- Aspectos que determinan el éxito de la Terapia	9
CAPITULO 2. LOS TERAPEUTAS DE PAREJA DESDE DIFEREN- TES ENFOQUES CLINICOS	
A. ENFOQUE PSICOANALISTA	
- Teoría del Enfoque	12
- Elementos característicos del Enfoque	15
- La Terapia Enfocada a la Pareja	16
- Técnicas	21
- Características del Terapeuta	24
B. ENFOQUE CONDUCTUAL	
- Teoría del Enfoque	28
- Elementos caracteísticos	30
- La Terapia Enfocada a la Pareja	32
- Técnicas	35
- Características del Terapeuta	40
C. ENFOQUE HUMANISTA.	
- Teoría del Enfoque	43
- Elementos característicos	46
- La Terapia Enfocada a la Pareja	49
- Técnicas y características del terapeuta	50

CAPITULO 3. LA TERAPIA DE PAREJA SISTEMICA

- Terapia Sistémica Enfocada a la Familia	55
- Terapia Sistémica Enfocada a la Pareja	57
- Técnicas	63
- Características del Terapeuta	71

III. INVESTIGACION DE CAMPO.

- Método	92
- Resultados y Análisis	95

IV. PERFIL DEL TERAPEUTA DE PAREJA SISTEMICO..... 105

V. CONCLUSIONES 109

VI. CONSIDERACIONES FINALES 113

VII. BIBLIOGRAFIA 119

VIII. ANEXOS 122

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo la realización del perfil de terapeuta de pareja sistémico que labora en el área metropolitana de la Ciudad de México, contemplando edad, sexo, especializaciones, técnicas más utilizadas, así como aspectos personales que implican el sentir del profesional hacia sus relaciones terapéuticas.

En los primeros capítulos se hace una breve revisión de las posturas hacia la terapia de pareja en los enfoques conductual, humanista y psicoanalista que nos permite teóricamente una comparación del terapeuta sistémico con aquellos de las orientaciones ya mencionadas. Así mismo se realizó una revisión teórica del enfoque sistémico misma que fue tomada como base para la realización de los instrumentos realizados en obtención del perfil, propósito de estudio de este trabajo.

Finalmente se muestra el perfil del terapeuta de pareja sistémico en el que se encuentran datos en los que se muestra que el mayor número de terapeutas son del sexo femenino, tienen una relación de pareja estable, son flexibles y tienen un desempeño en su mayor parte ecléctico.

I. INTRODUCCION

Al hablar de relación de pareja, necesariamente se implica una búsqueda del sentido mismo de esta, una búsqueda del "para qué" de esta conducta arquetípica orientada al establecimiento de nexos estables y duraderos entre iguales. Por lo regular, una pareja inicia su vida común determinándola por expectativas falsas acerca de la función que cumple esta relación, nos desbordamos en ideales; buscamos en nuestra pareja una vida fácil y encontramos dificultades, esperamos cordialidad, comprensión y apoyo y encontramos dureza, crítica y oposición, creemos que nuestra pareja nos traerá felicidad y descubrimos una confrontación que nos fuerza a abandonar nuestro paraíso de ilusiones.

A través de la vida de pareja vemos fructuarse nuestras más sagradas convicciones; al igual que si nos arrancasen una máscara de nuestra propia piel, se produce una dolorosa transformación de nuestro "ego", para acercarnos a una nueva imagen de nosotros mismos. Es entonces cuando los conflictos llegan a la pareja, y cuando esta no tiene la habilidad necesaria para manejarlos, puede optar por neutralizarlos, o evadirlos.

Sin embargo la relación de pareja no es un diseño que tenga como fin inmediato alcanzar un estado de placer y felicidad, más bien cumple la función relacionada al cuestionamiento y transformación eventual de los sistemas de creencias y convicciones individuales.

La cadena de cambios de la pareja, comúnmente se inicia con incómodas presiones para formar nuevas consideraciones, esta dinámica es obviamente activada por las características individuales de cada miembro de la pareja, sin dejarse de lado la influencia de los grupos familiares de origen de cada uno.

Todo el tipo de disociaciones que implican el conocer y afrontar los propios conflictos reales, llevan a las parejas a tomar decisiones que pueden llevarles a evadir lo más

posible la crisis a la que lleva el encarar una situación problemática, muy probablemente ubicarán a un culpable ajeno a sí mismo, o muy comúnmente, llegarán a un divorcio físico.

Al respecto, la psicología proporciona elementos que permiten a las parejas vivir con un mayor sentido de la realidad dentro del marco de una comprensión de su significado y su proceso natural, factores que serán identificados dentro de un proceso terapéutico. Los objetivos de la terapia de los desordenes maritales son entonces, aliviar la zozobra y el funcionamiento perturbado de las relaciones, consolidar los recursos necesarios para reducir el conflicto, al tiempo que se mejora el nivel de manejo; fomentar el reemplazo de controles y defensas patógenas por otras más apropiadas, acrecentar la complementariedad de las relaciones a nivel sexual, emocional y social, reforzar la inmunidad contra los efectos desintegradores del trastorno emocional, promover el crecimiento de la relación y de cada uno de los miembros de la pareja como individuos, y adoptar el patrón de matrimonio o pareja a las necesidades del ulterior crecimiento de la familia.

Es importante recalcar que dentro de la terapia de pareja, existen diversas orientaciones teóricas, y dependiendo de ellas el método y estilo de trabajo del terapeuta variarán; en el presente trabajo, presentamos aspectos introductorios a la terapia de pareja desde el punto de vista del psicoanálisis, humanismo y conductismo, así como del sistémico, enfoque desde el cual partimos para realizar la investigación práctica de las características del terapeuta de pareja, marco teórico al cual nos apegamos por la integralidad del tratamiento, que sólo es llevado a cabo si ambos miembros de la pareja están presentes en el.

CAPITULO 1. TERAPIA DE PAREJA.

LA PROBLEMÁTICA DE LA PAREJA

Evidentemente la relación de pareja no es un diseño que tiene como fin inmediato alcanzar un estado de placer y felicidad, más bien cumple una función relacionada con cuestionamientos y con eventuales transformaciones de los sistemas de creencias y convicciones individuales. La cadena de cambios promovidos por la pareja, con frecuencia se inicia con incómodas presiones para formular nuevas consideraciones. Esta dinámica es activada por las grandes oposiciones resultantes de las características individuales de cada miembro de la pareja. Tal como lo menciona Harville, (1991):

"El amor romántico realmente prospera con la ignorancia y la fantasía, los amantes viven en el paraíso mientras mantengan un concepto idealizado del otro. Pero cuando damos el primer vistazo objetivo a nuestra pareja, descubrimos que son imperfectos, de rasgos negativos que constantemente habíamos rehusado y en este momento aparece una "lucha de poder"; oposiciones resultantes que en un principio fascinaron a cada uno cuando lo descubrió en el otro; pero que en el futuro habrán de ser el blanco de agresiones y ataques, lo que ahora es visto como egoísmo, exhibicionismo y superficialidad, al principio lo reconocimos como fortaleza y ambición, seguridad, y más tarde es descrito como prepotencia y control desmedido".

La pareja como vehículo de desarrollo implica reconocer y afrontar nuestros conflictos reales encubiertos, con frecuencia por contenidos aparentes y reflejándose estos en discusiones continuas por la administración del dinero, el mantenimiento de la casa, las actividades de tiempo libre, los horarios de uno como de otro, etc. (Fernández, 1991)

Claro está que no debe dejarse de lado la influencia de los grupos familiares de origen de cada uno, ya que la adaptación o falta de ella solo se puede evaluar en el marco de

la familia, considerado como un sistema integrado de conducta, con valores dominantes y un patrón organizacional definible (Ackerman, 1969).

A lo mismo que argumenta Whitaker (1991): "Con frecuencia he descrito la política transgeneracional como dos familias que se envían chivos expiatorios para duplicarse a sí mismas. La vida se vive entonces para ver quien gana. La verdadera clave para evitar esta clase de competición ridícula es alcanzar un nivel trascendente de vida. La nueva pareja debe ser claramente diferente de cada familia de origen, a la vez que conoce cuales son los aspectos que valen la pena conservar de cada una. Pero esto no sucede mágicamente, ni siquiera por el intercambio de promesas conyugales, la conspiración de "felices para siempre" que considera a la boda como el punto final, y no como un comienzo, es horriblemente destructivo... Hace que los cónyuges prevean un estado de amor y satisfacción espontáneo y todo poderoso, y que ignoren la realidad de que es necesario formar una relación más madura, cuanto antes nos liberemos del mito de la pareja perfecta, el matrimonio hecho en el cielo, más pronto podremos construir nuestra propia intimidad."

Como podemos ver, todos los factores sociales y culturales afectan, por supuesto, al matrimonio, nadie puede negar que las políticas gubernamentales, una creciente sensibilidad individualista, el movimiento feminista, la alta tasa de divorcios, las tendencias demográficas cambiantes, los eventos mundiales y la inflación producen su repercusión sobre la familia y la vida marital. También es cierto que la diferencia de razas, edad, religión o clase social influyen sobre el éxito de la relación marital. Pero hay un sector que es impenetrable a las condiciones y eventos externos, una especie de mundo privado exclusivo de la pareja. Esta parte de la pareja por lo general no está expuesta aún ante el terapeuta, porque es subterránea y a veces ni siquiera los propios cónyuges lo conocen, pero la fuerza de esta experiencia privada puede producir poderosos efectos sobre los sentimientos y conducta de la pareja.

Debido a esta necesidad social, ha surgido una profesión específica, la cual ha permitido desarrollar un tratamiento clínico para las parejas que presentan dificultades

en su relación marital. Así en los últimos años la atención a la pareja y a la familia se ha incrementado considerablemente, como unidad de tratamiento y estudio; esto representa un cambio en la perspectiva teórica de lo individual a la relación ente individuo operado dentro de un sistema: la familia (Luber, 1978).

De esta manera, actualmente se sabe que los problemas maritales son uno de los mayores conflictos sociales y que sus consecuencias se pueden observar en otros aspectos, tales como los propios hijos: "los niños como consecuencia se ven negativamente afectados al romperse la relación entre la pareja; el crimen y la delincuencia se presentan con mayor incidencia (70% aproximadamente) en jóvenes que provienen de un matrimonio infeliz (Azrin, 1973).

De igual forma, en la últimas décadas se ha encontrado que la violencia física en la interacción familiar, ha aumentado, por ejemplo Fraizer y cols. (Cit. por Steinments, 1977) encontraron que aproximadamente el 70% de los padres utilizaban la agresión con sus hijos y el 30% con sus esposas, como una forma de solucionar sus conflictos de pareja, y así podríamos seguir enumerando dichas consecuencias de esta falta de adaptación de la pareja o ese proceso de crisis, en donde les es inaccesible alcanzar la homeostasis por cuenta propia.

ANTECEDENTES DE LA TERAPIA DE PAREJA

Ahora bien, la sociedad misma al analizar "el problema actual" de la familia, y en la que se observa que uno de los mayores problemas se centra en el matrimonio, ha tratado de

ayudar a solucionar estos problemas, por lo que han surgido clínicas cuya finalidad es ayudar a la pareja. Las primeras clínicas surgieron en Estados Unidos en 1930 y en Inglaterra surgieron en 1943, siendo la primera clínica la National Marriage Guidance Council, misma que en los dos años siguientes abriría 100 más de estas clínicas.

En 1942 en Estados Unidos se fundó la American Association of Marriage Counselors (AAMC) y en 1970 amplió sus servicios de terapia familiar. Los miembros de esta asociación tenían diversas profesiones que incluían psicólogos (19%), sociólogos (8%) y un grupo que se identificaban como terapeutas maritales (26%) Olson (1970).

Ahora bien Gurman (1979), menciona que al inicio de la terapia marital, esta no comenzó con el avance de una nueva teoría o método de práctica, ya que el psicoanálisis no partió de una base de investigación experimental como la conductual, siendo así, esta emerge como una respuesta a las necesidades de los clientes por lo que fue conducido como el rubro de consejero matrimonial en (Olson, op. cit).

OBJETIVOS DE LA TERAPIA.

Así pues la Psicología al respecto proporcionó elementos que permiten a las parejas vivir con un mayor sentido de la realidad dentro del marco de una comprensión de su significado y su proceso terapéutico, siendo así podemos comprender que los objetivos de la terapia de los desordenes maritales son: aliviar la zozobra y el funcionamiento perturbado de la relación, consolidar los recursos compartidos, necesarios para reducir el conflicto, al tiempo que se mejora el nivel de manejo, fomentar el reemplazo de controles y defensas patógenas por otras más apropiadas; acrecentar la complementariedad de las relaciones en el nivel sexual, emocional y social; reforzar la inmunidad contra los efectos desintegradores del trastorno emocional; promover el crecimiento de la relación de cada uno de los miembros como individuos y adoptar un patrón del matrimonio a las necesidades de un ulterior crecimiento de la familia y por tal de la sociedad. (Ackerman, 1969).

Sin embargo Willi (1920) afirma que la mayoría de los terapeutas matrimoniales no tienen como objetivo fundamental de la terapia la salvación a toda costa del matrimonio, sino que les es de mayor importancia, sacar a la pareja del estancamiento de su forma de colusión, de modo que su relación pueda desarrollar una dinámica libre, haciendo que los cónyuges sean capaces de asumir o adoptar decisiones y,

entre estas también la de separarse. La terapia debe conducir a la clarificación de la relación, así pues el final de la terapia afortunada puede ser efectivamente un divorcio.

Así mismo este autor enfatiza el objetivo de un tratamiento en tres aspectos:

El primer aspecto consiste en el conocimiento de sí mismo, al final de la terapia todo consorte debe haber cumplido en comprender claramente que problemas personales profundos le han fijado hasta entonces en una actitud extrema, que ideales le han hecho deseable esa postura equivocada y que temores y sentimientos de culpabilidad y vergüenza intentaba rechazar con esa actitud, debería familiarizarse con la porción de personalidad que pretende exteriorizar en el consorte, de integrarla a sí mismo.

El segundo aspecto radica en una mayor comprensión para su consorte: en el conocimiento de los problemas personales profundos que hacen difícil al cónyuge el abandonar su postura errónea, por medio de esta comprensión profunda, debe aceptar al consorte tal como es y no como quisiera que fuese.

El tercer aspecto es el conocimiento de la dinámica de pareja, tal como se ha desarrollado partiendo de la temática común, comprendiendo especialmente cómo, a consecuencia de las provocaciones mutuas, ha salido la realización de un estado de equilibrio con oscilación libre, el conocimiento de esta temática fundamentales el resultado más importante de la terapia y, casi siempre es también el más inesperado para los cónyuges. Antes creían que no tenían nada en común, ahora se extrañan al ver, de improviso, que están embarcados en un mismo bote con sus problemas, lo que antes consideraban como separador, ahora resulta ser lo que los une.

MÉTODOS DE LA TERAPIA

Como ya se ha visto, el método que ha predominado hasta ahora en el tratamiento de problemas maritales ha sido, la psicoterapia individual, en parte porque la mayoría de

los terapeutas se han formado para comprender la psicología intrapsíquica y el tratamiento del conflicto interno, es una relación uno a uno entre médico y el paciente.

A continuación mencionaremos brevemente los métodos que se han utilizado en conflictos maritales: primeramente la terapia o análisis del marido y la mujer en forma sucesiva por el mismo terapeuta; terapia realizada por dos terapeutas, cada uno de los cuales ve a un cónyuge y ambos terapeutas deben consultarse periódicamente acerca de sus pacientes, sesiones cuadrangulares en las que cada cónyuge tienen una terapia por separado y a períodos regulares los dos terapeutas tienen sesiones conjuntas; tratamiento simultáneo de ambos cónyuges por el mismo terapeuta o varios coterapeutas ven juntos a ambos cónyuges; sesiones combinadas individuales y conjuntas por el mismo o los mismos terapeutas; grupoterapia de pareja; cónyuges en grupos separados y terapia con los cónyuges y sus familias de origen. (Souza y Machorro, 1980).

En la actualidad, la terapia marital parece estar en una fase de transición entre el método: modelo médico, que se centra sobre la enfermedad y los rasgos neuróticos de los esposos por separado y el modelo sistémico, que examina la unidad de la diada marital, la interacción entre los cónyuges, y el sistema del matrimonio como parte de sistemas amplios, aunado a esta transición, se encuentran las diferentes teorías del campo familiar en donde se hacen extrapolaciones de la terapia familiar a la terapia de pareja.

A su vez Andolfi (1985) afirma que a través de su experiencia con parejas en su consultorio, lo han llevado a creer que es tan importante saber lo que ocurre entre las personas -que ninguna de las dos dimensiones puede reducirse a la otra y que ambas son importantes- y es además una de las razones por las cuales coincide con Whitaker en que al tratar a una pareja uno tiene tres pacientes: el marido, la mujer y la relación; y que la terapia puede centrarse sobre cualquiera de ellos en cualquier momento. Además piensa que la relación entre lo psíquico (intra) y lo interpersonal es lo que proporciona la máxima comprensión y el mejor instrumento terapéutico, es decir, cómo

se vivencia en la actualidad a través del cónyuge y los hijos, los conflictos internalizados de las relaciones familiares pretéritas. Citando lo siguiente:

"Considero que la profundización y análisis de esta relación constituye la principal tarea que deberán realizar los terapeutas en los próximos cien años, puedo predecir, además, que las ampliaciones conceptuales en esta dirección darán por resultado sistemas de diagnóstico y enfoques terapéuticos de la relación marital y familiar de carácter más refinado." (pp.85).

ASPECTOS QUE DETERMINAN EL ÉXITO DE LA TERAPIA

Una vez que el paciente se presenta en busca de ayuda se le da la oportunidad de exponer sus razones que tiene para consultarlo, la terapia supone una cierta exposición de síntomas o de los problemas del paciente, según el mismo lo ve, el terapeuta deberá valorar el caso del paciente con toda honestidad y no prometer una completa recuperación. Por lo general al paciente se le da orientación acerca de la terapia, lo que se espera de él y lo que debe esperarse del terapeuta. Según se va avanzando se va poniendo énfasis cada vez mayor en la relación que se desarrolla entre el terapeuta y el paciente, una relación que se puede aprovechar para llevar adelante la terapia y los resultados por lo general serán más satisfactorios, además el terapeuta deberá de establecer una serie de compromisos con los pacientes, en este caso con la pareja que recurre a él, tal como lo menciona Harvell (1991):

1. Asistir a un mínimo de 12 sesiones de terapia (porque la mayoría abandona la terapia al 5o. día, cuando surgen los aspectos inconscientes).
2. Definir una perspectiva de relaciones.
3. Mantenerse unidos durante determinados períodos de tiempo.

4. Cerrar gradualmente las salidas (evitar alejarse de su pareja, por cualquiera que fuera la causa); estos acuerdos llevan a un compromiso mayor: la decisión de unirse en un viaje que durará toda la vida.

Por otra parte consideramos que es importante mencionar algunos aspectos que determinan el éxito o el fracaso de la terapia:

Primero, la mayoría de las personas que inician una terapia marital lo hacen para cambiar a sus consortes. Creen que si bien ellos mismos pueden necesitar algunos ajustes menores de personalidad, quien necesita realizar cambios profundos y fundamentales son sus cónyuges. Algunos cónyuges han estado esperando largo tiempo a que llegara el día de concurrir al tribunal, para poder demostrar finalmente ante un profesional objetivo; ¡que extraña!, peculiar, enferma, irreflexiva y desapegada es realmente su pareja.

Segundo, este aspecto es uno de los primeros motivos de desaliento en la terapia marital, se produce cuando el terapeuta no se pone en seguida del propio lado, y si bien comienza a retar, corregir, y tratar al cónyuge, tiene la temeridad de sugerir que espera que uno asuma la responsabilidad para el cambio que uno mismo necesita.

Tercero, punto muy importante, las habilidades del terapeuta para promover el cambio; porque también el terapeuta forma parte del concepto de familia como sistema. Es un sistema de combinaciones teórico-práctico en el cual la teoría determina la terapia y las observaciones que surgen de la terapia pueden a su vez modificar la teoría, es decir que cuanto más aprende un terapeuta de una familia, más esa familia, aprende de sí misma y cuanto más aprende el terapeuta, es un ciclo continuo (Bowen,1979).

Por otra parte Haley (1980) menciona que es importante las habilidades que posea un terapeuta sobretodo el de pareja, para poder manejar los conflictos de la pareja, tanto los individuales como los que manifiestan en su relación, la preocupación de este autor radica en que existen una serie de terapeutas de familia y pareja recién egresados que

proporcionan sus servicios a este tipo de conflictos maritales y no saben como resolver los problemas de dicha pareja, y esto no hace más que incrementar la deserción en la terapia, negándose la propia pareja a esperar un cambio en su relación. estos aspectos se retomarán en los siguientes capítulos.

Finalmente consideramos que la psicología está por buen camino proporcionando alternativas viables en lo que respecta conflictos maritales, dando así una esperanza a las que viven en pareja a no seguir pregonando "es la cruz que me toco vivir", soportando discusiones continuas y agresiones mutuas, que llevan a un desgaste físico y sobretodo emocional de cada miembro.

CAPITULO 2. LOS TERAPEUTAS DE PAREJA DESDE DIFERENTES ENFOQUES CLÍNICOS.

Como ya es bien sabido la Psicología proporciona elementos que permiten a las parejas vivir con un mayor sentido de realidad dentro del marco de una comprensión de su significado y su proceso natural, estos factores deberán ser identificados dentro de un proceso terapéutico. Dicho proceso dependerá en gran medida de la orientación teórica a la que pertenezca el terapeuta a quien acudimos a pedir ayuda.

Por lo que es importante señalar que entre los terapeutas de pareja existen orientaciones teóricas distintas, y dependiendo de la corriente que asuman, influirá no sólo en el método, sino en su propio estilo de trabajo, en el tiempo de duración y sobretodo la participación del terapeuta en sesión, siendo además diferente el punto de partida del conflicto dentro de la pareja, en dicha terapia.

A lo largo de este capítulo, se hará una breve revisión teórica acerca de los diferentes enfoques dentro de la Psicología Clínica (Psicoanalítica, Humanista, Conductual y Sistémico) y de como estos abordan los problemas maritales, aunado a ello, el tratamiento que proponen; las técnicas empleadas y sobretodo las habilidades que los terapeutas deben poseer dependiendo del enfoque a que este pertenezca.

A. ENFOQUE PSICOANALISTA

Sigmund Freud, fundador de Psicoanálisis, ha sido el pensador más original en el terreno de la Psicología Humana. Elaboró cuidadosamente una doctrina de la mente que perfeccionó durante muchos años de investigación y experiencia médica. Propuso la teoría de que la mente opera en dos niveles, el consciente y el inconsciente. Basándose en su descubrimiento de que nuestros impulsos y deseo (muchos de ellos de origen sexual) existen fundamentalmente en el nivel inconsciente, ideó una teoría de la personalidad que ha ejercido una profunda influencia en todo el pensamiento contemporáneo sobre la mente humana y la vida emocional del hombre.

Con frecuencia las interpretaciones populares de sus opiniones las han deformado o simplificado con exageración. Entre los profesionales, son muchos los Psicólogos y Psiquiatras que ven sus teorías con escepticismo. Muchos psicoanalistas se han apartado de sus teorías originales, con las consecuencias de que en los últimos 20 o 30 años han surgido varias escuelas que aceptan modificaciones de los principios freudianos.

El clima de controversia, la diversidad de interpretaciones que siempre ha rodeado al freudismo y su lenguaje metafórico se aúnan para hacer que este tema sea confuso para el profano. Un obstáculo muy grande para entender la doctrina es que exige la aceptación de algunas ideas sobre el comportamiento humano que son desagradables para la mayoría de la gente. Otra dificultad estriba en que las teorías de Freud no son susceptibles de la confirmación o refutación inequívocas que precisa el método científico ordinario, aún cuando construyó sus teorías y técnicas sobre experiencias adquiridas en el tratamiento de pacientes enfermos de ciertos males psicológicos.

Así y todo, por doquiera hallamos la influencia de Freud. Es ineludible. Expresiones tales como represión y complejo de Edipo son parte de nuestro vocabulario. Las enseñanzas freudianas han influido profundamente en muchos autores, y hoy es casi imposible evitar el influjo en libros, obras teatrales, películas, poesías, etc. En las relaciones sociales, en la valoración de la conducta interaccional o en nuestro trato con los enfermos mentales se emplean a menudo un punto de vista freudiano. Incluso quienes atacan, quienes impugnan sus creencias, emplean con mucha frecuencia su fraseología. No cabe duda de que Freud constituyó una de las figuras más importantes de su tiempo. (Rowan, 1978).

A partir del surgimiento del Psicoanálisis de Freud, se han propuesto otros enfoques a la psicoterapia. Algunos de estos son variantes del método propuesto por Freud y de ahí que se les incluya entre los métodos psicoanalíticos.

El enfoque freudiano llamado psicoanálisis, a menudo se considera un tipo de modelo médico, debido a que esta teoría pone especial atención en la anormalidad y apareció en una época en la que había un gran interés de las causas orgánicas de las enfermedades mentales.

El modelo freudiano psicodinámico se basó en un número reducido de principios fundamentales. Uno de estos es el determinismo psíquico, una creencia de que la conducta no ocurre al azar, sino de acuerdo con causas identificables que en algunas ocasiones son manifiestas y en otras se ocultan tanto de la vista de las observaciones externas como del mismo individuo que se comporta de una determinada manera (Breasteis y Nietzal, 1986).

Por otro lado Zimbardo (1986), menciona que la terapia psicoanalítica tal como la lleva Freud, es una técnica intensiva y prolongada para explorar la motivación del inconsciente del paciente.

Atribuye la importancia especial del conflicto y a la represión que se derivan de problemas experimentados en las primeras etapas del desarrollo psicosexual del sujeto.

Según la concepción psicoanalítica, los pacientes se recuperan cuando quedan liberados de la represión establecida en sus primeros años de infancia. Por lo tanto el objetivo del psicoanálisis es ayudar al sujeto a que traiga a la consciencia recuerdos reprimidos y capacitarlo para que exprese esos sentimientos reprimidos, es decir, liberar al individuo de sus síntomas, angustias e inhibiciones haciéndole además capaz de gozar y ser más eficaz en su trabajo. Para ello hay que hacerle consciente (preconsciente) los contenidos de su psiquismo inconsciente para que éste pueda ser mejor comprendido, aceptado y satisfecho (Garma, 1978).

La meta del tratamiento psicoanalítico según Bernstein (1986) es ayudar al paciente a pensar y conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión

de sí mismo. En teoría cuando el paciente comprende las verdaderas razones (inconscientes) por las cuales se siente o actúa en formas no adecuadas, comprende que estas razones ya no son válidas, tenderá a no actuar de esa manera.

Elementos característicos del enfoque.

Elemento fundamental de la doctrina freudiana fue la importancia que atribuía a la neurosis, a la que definió como la solución imperfecta de un conflicto entre los impulsos del individuo y sus esfuerzos por evitar que esos apetitos e impulsos lleguen al nivel consciente. Por ejemplo, un hombre puede ser neuróticamente tímido porque vive con una hostilidad arraigada contra la autoridad, que nunca se atreve a reconocer conscientemente (Rowan, 1978).

Freud comenzó a ampliar su concepto de la responsabilidad después de hacer observaciones minuciosas de soldados afectados por el combate; en su nueva interpretación de los instintos acabo sugiriendo que la personalidad se componía de tres partes, el id, el ego y el super ego, división que se ha convertido en parte integrante de la teoría psicoanalítica.

El id, es la parte totalmente inconsciente de la personalidad, compuesta de anhelos e instintos primitivos que buscan satisfacerse sin tomar en consideración las consecuencias. El ego, en contacto con el mundo exterior, esta entre el id y el mundo real, y sirve de mediador entre las necesidades contrapuestas de los dos. EL superego, tercer componente freudiano de la personalidad, es inconsciente en parte; entraña la aceptación íntima de los valores e ideales sociales, y juzga entre el comportamiento bueno y malo. Obedecer a el superego fomenta un sentimiento de estimación propia, que en tanto desobedecerlo produce un sentimiento de culpa. (Coleman, 1956 en Rowen, 1978).

González (1987) menciona una serie de principios básicos de la teoría psicoanalítica, los cuales son:

1. EL psicoanálisis debería interpretar a la naturaleza humana no importando características específicas de ésta. Por ejemplo; puntos de vista religiosos.
2. La energía psíquica en el hombre es comparable con la energía eléctrica, química o biológica.
3. La energía en el ser humano la cual es biológica, se transforma continuamente en energía psíquica.
4. Se reconoce la existencia de un proceso mental inconsciente, la teoría de la resistencia y la represión así como la importancia de la sexualidad y del complejo de Edipo.

La terapia psicoanalista enfocada a la pareja

La psicoterapia para los problemas maritales fue oficialmente reconocida en Estados Unidos, hace aproximadamente 60 años, pero es apenas hasta hace unas tres décadas que se separa de la profesión para desarrollar el tratamiento de pareja en un plan de orientación semiprofesional de tipo counselling o de tipo psicoterapéutico dentro del campo de la Psicología, la medicina Psicológica y la Psiquiatría (Olson, 1970).

El enfoque psicoanalítico afirma que las causas que provocan los problemas maritales, se deben a conflictos que en la infancia de uno o ambos cónyuges no se pudieron resolver, ya sea provocados por el complejo de Edipo o de Electra, o por situaciones neuróticas presentadas por los padres de dichos cónyuges. Asimismo Bergler (1987), menciona que el conflicto conyugal, constituye según las apariencias, una reproducción de las situaciones de Edipo, pero en el análisis se revela sin embargo, que el origen se halla en el impulso preedípico. Para este autor sucede a veces que la mujer proyecta sobre su esposo sus conflictos inconscientes relacionados con la

madre. En muchos casos el hombre odia en su esposa a una persona que en realidad no existe: la madre perversa, sádica, que todo niega a su hijo.

De esta manera los psicoterapeutas, postulan una relación compleja entre los traumas tempranos y los síntomas actuales por que evocan antiguos conflictos que habían sido reprimidos por el individuo.

Por otro lado Layman (1972) menciona que los principales problemas (maritales), que se manifiestan en esta corriente teórica son los de tipo sexual y los de comunicación. Haciendo referencia a los tipo sexual ya que considera que éstos que los problemas edípicos son el factor principal causante de disfunciones sexuales, así el psicoanálisis determina que las inhibiciones sexuales se adquieren invariablemente sobre las bases de las contingencias negativas que son el producto de interacciones específicas padre-hijo, durante la fase edípica (4 o 5 años); se refuerzan y mantienen por la represión de impulsos incestuosos produciendo angustia. En el área de comunicación, uno de los principales problemas que se presentan es la búsqueda (de uno o de ambos cónyuges) de complementariedad, es decir la búsqueda de una persona por medio de la cual sus necesidades sean complementadas, si el hombre, por ejemplo tiene una tendencia dominante, entonces buscará una pareja con la cuál pueda practicar esa tendencia, lo cual lógicamente provocará la presentación de problemas maritales en área de comunicación y posiblemente en otras. Aludiendo a lo que dicen varios autores, -en la base del funcionamiento de la pareja hay que colocar la colusión-, se entiende un recíproco acuerdo inconsciente que determina una relación complementaria en la cual cada uno acepta desarrollar ciertas partes de sí conforme las necesidades del otro y renuncia a desarrollar otras partes que, en cambio, proyecta sobre el compañero. (Laing, Dicks, Giannotti, Giannakulas y Nicoló, 1967)

Tal como lo afirma Dicks (1967), haciendo énfasis a los mecanismos sobre los cuales se basa la colusión, la idealización, la escisión y, sobre todo, la identificación proyectiva. La idealización que caracteriza al comienzo las situaciones de enamoramiento, pone en marcha la colusión de la pareja y, en las situaciones

fisiológicas, se transforma en una suerte de "ilusión sostenida" entre sus miembros que permite la permanencia modulada y realista del matrimonio a lo largo del tiempo. En las situaciones menos favorables, en cambio, la desilusión de ella derivada puede llegar a causar bruscos quebrantamientos del vínculo matrimonial.

La identificación proyectiva recíproca y complementaria determina un intercambio de sentimientos, de emociones y de partes de sí de cada uno de los miembros con respecto del otro. Este proceso puede llegar hasta la externalización de partes del sí mismo. (Rosenfeld, 1983 en Nicoló, 1990)

Es importante mencionar que en este enfoque los terapeutas que acceden a tomar en tratamiento a parejas que han decidido acudir a un psicoanálisis, **NUNCA VEN AL ESPOSO O ESPOSA**. El cónyuge no entra en tratamiento, por lo tanto el psicoanálisis es tratamiento basado en una relación intensa de uno entre el paciente y el terapeuta que se basa en los conceptos de la asociación libre, la interpretación de la transferencia, la resistencia y las actividades mentales inconscientes. Las asociaciones libres del paciente, las interpreta el analista. **EL** desarrollo de la neurosis transferencial y su interpretación es la piedra angular del análisis, todos los esfuerzos van dirigidos a mantener la neurosis transferencial libre de contaminaciones. El éxito de la terapia dependerá de la relación entre el analista y el paciente; la convivencialidad es crucial. (Souza y Machorro, 1980).

En el enfoque clásico, los cambios en la relación marital son vistos como dependientes e incidentales de los cambios fundamentales, analizando desde el punto de vista psicodinámico ya que el análisis tiende a catalizar y a mejorar de manera indirecta la relación marital, (por ejemplo, la mejoría del estado mental de la esposa, es un correlato positivo de la acción indirecta que se ejerce a través de el paciente sobre el cónyuge).

Según Khol (1962) menciona cuatro puntos por los que atraviesa la pareja en el proceso terapéutico de dicho enfoque:

Primero, los analizados se separan psicodinámicamente y tienden a la individualización y por ello son capaces de mantener un funcionamiento exitoso en el matrimonio, lo cual previene una serie de problemas.

Segundo, el cambio del analizado trae a consecuencia un cambio directo sobre su pareja, lo que hace que la relación tienda al éxito y se establezcan las bases funcionales.

Tercero, cerca de un 7% de los casos, el cónyuge responde con problemas psicológicos serios y disturbios importantes. En tales casos el mejoramiento de uno de los cónyuges rompe el equilibrio patológico establecido, de lo cual resulta la descompensación del cónyuge no tratado, lo que se puede solucionar por la vía del tratamiento y aun cuando tenga posibilidades de contribuir a un divorcio, el equilibrio puede precipitar una mejoría clínica suficiente para que se recobre el paciente inicialmente tratado. (en Souza y col. op.cit:).

Por otra parte, si el análisis no es exitoso, pueden aparecer situaciones tales como:

- a) el matrimonio continua en su disturbio previo;
- b) el cónyuge no tratado utiliza el análisis del paciente y su creatividad para basarse en ellos, hacer cambios y establecer una mejor relación, ya que los cónyuges no tratados pueden hacer transferencias positivas con los terapeutas que ya no atiendan a su cónyuge, pero si ésta transferencia es negativa, éste cónyuge no tratado trabajará para destruir los esfuerzos terapéuticos realizados sobre la diada.
- c) el cónyuge no tratado espera con desesperación que el tratamiento represente una esperanza de cambio y al ver lo no exitoso, opta ahora por el divorcio.

Cuarto, el cambio del analizado, sin los cambios que acompañan al cónyuge hace una situación imposible, de lo que puede resultar el divorcio, que de todas maneras estaba presente como riesgo antes del análisis

Debido a esto, un gran número de psicoanalistas plantean que la teoría psicoanalítica es tan compleja, que consideran su aplicación conjunta a los individuos como algo superior a sus fuerzas y preferirían, limitarse a la relación terapéutica de un sólo cónyuge (único campo para el que se consideran competentes). Desafortunadamente, según ellos mismos señalan, la observación de esta manera es excesivamente limitada, lo único que se ve es hasta que punto se manifiesta la perturbación de la relación en una concreta relación bipersonal, inicialmente en un funesto juego de sus miembros reales. (Willi, 1920)

En esta orientación el terapeuta debe ser capaz de incluir al miembro sano en tratamiento, al menos de una manera imaginativa, pero de cierta forma, tal como se comporta en la realidad, y no como el consorte en terapia quiere verle. El bando analítico no quiere convertirse en salvador del matrimonio o consolidador de una elección neurótica del consorte, pero el cónyuge tiene que subordinarse con preferencia al individuo que se está tratando y no ambos a la relación marital que les está aquejando.

Por lo que enfoque no está indicado para el tratamiento de los problemas maritales, independientemente de que el cónyuge cambie o no. Está indicado para los pacientes cuyos casos requieren de privacidad y donde la confidencialidad es necesaria para el éxito del tratamiento de problemas maritales y su prevención. (Souza y col. op.cit.)

La finalidad de la terapia de pareja según Willi (1920) afirma que al igual que ocurre con la mayoría de los terapeutas matrimoniales, el objetivo de la terapia, no es la salvación a toda costa, del matrimonio, sino, de sacar a la pareja del estancamiento de su formación de colusión de modo que su relación pueda desarrollar una dinámica libre,

haciendo a los cónyuges capaces de adoptar decisiones y, entre éstas, también la de separarse.

Técnicas

Antes de pasar a una descripción específica de las técnicas que se emplean bajo este enfoque nos gustaría hacer un paréntesis en donde aclararemos un poco la diferencia entre el modelo de psicoanálisis considerado como clásico y la psicoterapia analítica. Pueden puntualizarse, en principio, en función de los elementos y técnicas empleadas. Dándose por entendido, la frecuencia y duración de las sesiones es mayor en el primer caso (Clásico) y menor en el segundo (Psicoterapia analítica); en el análisis no se ha fijado un límite de duración del tratamiento, mientras que en la terapia si (psicoterapia analítica), así como también en él se interpretan con mayor preferencia las resistencias, transferencias y mecanismos de defensa, se utilizan construcciones, se favorecen la regresión y se requiere al paciente que se recline en un diván, quedando el análisis fuera de su alcance visual, y todo esto no se efectúa en la psicoterapia analítica (por lo que en un tratamiento psicoanalítico apuntaría a producir modificaciones perdurables de las estructuras psíquicas (con mayores ventajas para la salud), una psicoterapia se aplica a un propósito más restringido: la investigación o resolución de un síntoma, de un modo crítico vital (duelo, operación quirúrgica inminente, crisis laboral o vital, conflictos, etc.), Goijman,(1968).

Ahora es preciso que el analista este presente en todo momento con una noción clara del papel que le toca jugar, y esto es independientemente de cómo va a clasificarse aquel procedimiento terapéutico que resulte; ya que toda terapia analista, y el psicoanálisis son una forma de psicoterapia, que colabora para permitir la toma de conciencia de nuevos sentidos, que deben ser develados del inconsciente, y esto comienza a funcionar desde el momento mismo de la puesta en contacto entre paciente y analista, y a veces hasta antes de esta.

Willi (1920) centra tres aspectos primordiales dentro de un tratamiento psicoanalítico:

El primer aspecto consiste en el conocimiento de sí mismo: al final de la terapia todo consorte debe haber comprendido claramente que problemas personales profundos le han hecho deseable esa postura equivocada y qué temores y sentimientos de culpabilidad y vergüenza intentaba rechazar con esa actitud.

El segundo aspecto radica en una mayor comprensión para su consorte: en el conocimiento de los problemas personales profundos que hacen difícil al cónyuge el abandonar su postura errónea. Por medio de esta comprensión profunda, debe aceptar al consorte tal como es y no como quisiera que fuese.

El tercer aspecto es el conocimiento de la dinámica de pareja, tal como se ha desarrollado partiendo de la temática común, comprendiendo especialmente cómo, a consecuencia de las provocaciones mutuas, ha salido la relación de un estado de equilibrio con oscilación libre.

El objetivo es no hacer ineficaces los temas fundamentales colusivos, sino acostumbrar a la pareja a un equilibrio libre y flexible. La dinámica de grupo exige un equilibrio duradero de la relación bipersonal. Pero este equilibrio puede pasar, si se sale de la zona media de oscilación libre, a un estado carente de afectuosidad en el que los consortes se fijan mutuamente en posturas extremas rígidas. La zona media sana permite que los temas de colusión se conviertan en un enriquecimiento recíproco:

- a) la temática narcisista en la reafirmación del consorte como un Selbst delimitado del otro.
- b) la temática oral como un mutuo dar y recibir,
- c) la temática anal-sádica como solidaridad sin violencia
- d) la temática fálica como un complementarse mutuamente en la identidad del sexo.

A continuación haremos referencia de las técnicas que se emplean en psicoanálisis.

Los psicoanalistas emplean diversas técnicas para hacer que los conflictos reprimidos afloren en la consciencia del paciente y para ayudarlo a resolverlos emplean las técnicas: 1) Asociación Libre, 2) El análisis de los sueños, 3) El análisis de resistencia y 4) EL análisis de Transferencia.

1. Asociación Libre.

La regla fundamental de las asociaciones libres es la de comunicar al enfermo al comienzo del tratamiento o se lleva gradualmente a ella, señalándosele, en el transcurso de sus sesiones, los aspectos de sus resistencias a expresar totalmente sus pensamientos. Es de suma importancia que también el psicoanalista se deje llevar por dicha regla, para lo cual, debe de escuchar sin seleccionar todo lo que le comunica el enfermo, lo que al mismo tiempo significa conducirse sanamente. (Freud, 1917).

2. El análisis de los sueños.

En el transcurso del tratamiento psicoanalítico, la interpretación de los sueños constituye la vía regia, el mejor de los caminos para llegar al inconsciente. Los sueños son importantes, sin excepción alguna: surgen del inconsciente patógeno, provienen de los conflictos presentes unidos a los infantiles, contienen la situación transferencial, indican el tema urgente de cada caso, en cada sesión psicoanalítica. (Garma, 1978).

3. Análisis de resistencias.

Resistencia quiere decir todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de la labor psicoanalista. En mayor o menor grado, esta presente desde el principio hasta el fin del tratamiento Freud, 1917). las resistencias defienden al status quo de la neurosis del paciente. Se oponen al analista, a la labor y al Yo razonable del paciente. La resistencia es un concepto operacional, no algo

creado por el psicoanálisis. La resistencia se manifiesta en el campo de la situación analítica Greenson, (1976).

4. Análisis de Transferencia.

El concepto de transferencia es un concepto clave para el psicoanálisis y se refiere a los sentimientos y actitudes que desarrolla el paciente hacia el analista. La transferencia es sentir impulsos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona, en la actualidad, que no son apropiadas para tal persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en la vida en la primera infancia. La susceptibilidad de un paciente a reacciones transferenciales se debe al estado de insatisfacción de sus instintos y a la consiguiente necesidad de oportunidades de descarga. (Freud, 1912 en Garfield, 1979)

Características del terapeuta analista.

La destreza del analista se debe a procesos psicológicos que forman parte también de su personalidad y su carácter. Greenson (op. cit) menciona las siguientes habilidades que el psicoterapeuta, bajo este enfoque debe poseer:

1. Entender lo inconsciente.

El talento más importante que debe tener el psicoanalista es la facultad de traducir los pensamientos, sentimientos, fantasías, impulsos y modos de proceder conscientes del paciente a sus antecedentes inconscientes. Tiene que ser capaz de advertir lo que está detrás de los diversos temas que toca el paciente en la sesión analítica. Debe escuchar la melodía manifiesta, pero oír también los temas ocultos (inconscientes) de la mano izquierda, el contrapunto. Ha de contemplar los cuadros fragmentarios que pinta el paciente y ser capaz de trasladarlos a su forma original inconsciente.

2. Comunicación con el paciente.

Supongamos que el analista ha comprendido el significado del material del paciente mediante el empleo de la empatía, la intuición y el conocimiento teórico. Le toca ahora comunicárselo al paciente. El debe decidir, efectivamente, que es lo que le dirá y cómo. Por lo que es necesario formular el material con palabras ordenadas de tal modo que resulten lo más claras y precisas que sea posible. El analista quiere establecer contacto y producir una impresión en el paciente. Por eso desea evitar que lo entiendan mal, sobre todo dado que las resistencias del paciente están siempre dispuestas a aprovechar semejante oportunidad.

3. Facilitación de la formación de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo.

La situación psicoanalítica exige del analista la capacidad de relacionarse con su paciente de modo tal que éste tenga una neurosis de transferencia y forme también una alianza de trabajo. Hay dos requisitos que el analista debe cumplir para favorecer la aparición de la neurosis de transferencia en el paciente: frustrar consecuentemente el ansia de satisfacción y tranquilización neuróticas del paciente, y mantenerse además en un anonimato relativo. Aunque no sólo debe fomentar esa neurosis sino que debe además comportarse de tal modo que garantice la existencia de una alianza de trabajo:

- a) El analista hace ver en su diaria labor con el paciente que considera cada palabra que éste dice, y cada manifestación comportamental suya merecedoras de seria labor para obtener insight y entendimiento. Nada es demasiado trivial, remoto o repugnante. La gran frecuencia de las visitas, la larga duración del tratamiento, la disposición de hacer todo lo posible por llegar a metas alejadas, la renuencia a perder citas, todo da fe de la dedicación del analista al importante objetivo de lograr el cabal conocimiento del paciente.

- b) Detrás de la búsqueda del insight y acompañándolo en cada paso del camino está el compromiso terapéutico que el analista ha contraído con el paciente. La dedicación del analista al paciente debe manifestarse visiblemente en su cuidadosa estimación de hasta qué punto podrá el paciente aguantar el dolor, en el tacto que tiene cuando es necesario impartir un insight doloroso y en el cuidado de no contaminación innecesaria en la relación personal.
- c) El analista tiene que servir de guía al paciente por el extraño mundo del tratamiento psicoanalítico.
- d) El analista tiene que salvaguardar el respeto de sí mismo y el sentimiento de dignidad del paciente. Tiene que resolver la desigualdad de la relación en ciertos campos, y aunque no pueda modificarla, debe comunicárselo así al paciente. El analista no debe de tomar una actitud de superioridad, autoritarismo ni misterio.
- e) La relación analítica es una condición humana complicada y frágil para ambas partes. El experto de la situación no debe dejar que sus reacciones impongan al paciente y velen así las reacciones de éste, que son individuales y únicas. Las reacciones del analista deben ser moderadas, delicadas y al servicio del empeño terapéutico, que reconoce el insight y el conocimiento como sus más poderosos agentes.

4. Rasgos de Personalidad y Carácter del Psicoanalista.

Nadie nace psicoanalista y nadie puede hacerse psicoanalista en un instante, por muy bien dotado que éste. Las dotes naturales y la abundante experiencia de la vida pueden unirse para proporcionar talentos especiales a la profesión de psicoanálisis.

Debido a las transferencias que se presentan entre el terapeuta y el paciente, el aspirante a este enfoque iniciará su actividad como terapeuta con un autoanálisis profundo; ya que la situación analítica tiene exigencias emocionales tan arduas para el

analista que si su talento no se apoya en una estructura de carácter analizada no resultará duradero. A su vez Freud (1917) afirma lo siguiente:

"-Aquél que no consiga llevar a cabo semejante análisis puede estar seguro de no poseer tampoco la capacidad de tratar de analizar a un enfermo-"

5. Rasgos relacionados con el entendimiento de lo inconsciente:

- ⇒ Sentir vivo interés por la gente, por su modo de vivir, sus emociones, fantasías y pensamientos.
- ⇒ Tener un cerebro de investigador, siempre en búsqueda de conocimiento, averiguador y orígenes (ser curioso).
- ⇒ Tener el placer de escuchar.
- ⇒ Tener una sensibilidad especial que permita al analista, distinguir la sutil combinación de afectos en la modulación del tono y el ritmo de la elocución del paciente, está relacionada con su apreciación de la música.
- ⇒ Dejar que los sentimientos de transferencia del paciente, lleguen a su intensidad óptima sin intervenir.

El analista muestra una actitud expectante, en una postura clásicamente neutral y benévola. El analista no debe influir en las reacciones del paciente, y el mantenerse fuera de su alcance inmediato, puede hacerse más impersonal, para evitar ser represor del inconsciente. "El médico deberá ser impenetrable para el paciente y a manera de espejo, deberá reflejar solamente lo que se le presenta" (Freud, 1917 cit. por Garfield).

B. ENFOQUE CONDUCTUAL

Comúnmente se hace referencia al conductismo, como un sinónimo de "ciencia de la conducta" y no es así según afirma el propio Skinner (1971) "El conductismo no es la ciencia de la conducta, sino su filosofía". Es decir, constituye una epistemología que sienta las bases o principios fundamentales a partir de los cuales se puede hacer ciencia.

Para entender mejor esta afirmación es conveniente adentrarnos un poco en los antecedentes de dicho enfoque.

Como ya sabemos la obra teórica y experimental de J. Watson aportó las bases del Análisis Funcional de la conducta a través de la introducción de nuevas perspectivas epistemológicas, las cuales constituyen una verdadera revolución copernicana (Ardila, 1971).

Sin embargo el desarrollo de la ciencia de la conducta ha conducido a una concepción un tanto diferente de los problemas abordados por su fundador, por lo que el neoconductismo se cristaliza alrededor de los años 30 en torno a dos ejes principales:

1. El neoconductismo metodológico, se aboca a la elaboración de teoría psicológica y constructos de explicación.
2. Neoconductismo radical; representa una reacción contra los sistemas globalizantes de interpretación en Psicología y la utilización de nociones hipotético-deductiva del neoconductualismo metodológico, Skinner fue, quién además impulsó el desarrollo de una tecnología de la conducta.

Dorna y Mendez (1979) afirman que al interior de estas tendencias neoconductistas se sitúan una verdadera legión de psicólogos, dando así origen a una pluralidad de enfoques que es difícil clasificarlos, sin embargo a pesar de las divergencias existentes

en el seno de los partidarios del conductismo, todos ellos reconocen que entre las fuentes que más han contribuido a la evolución del análisis funcional de la conducta se encuentran:

- a) Las teorías del aprendizaje, especialmente las llamadas conexionistas, aunque en estos últimos tiempos se advierte una renovada preocupación por aquellas designadas como cognitivistas.
- b) El condicionamiento clásico, la obra de Pavlov aporta las bases experimentales del actual A.F.C. y señala una ruta definida al quehacer concreto del psicólogo conductual, en donde toda actividad del organismo es respuesta -regulada por leyes- a la acción de un agente determinado del mundo exterior.
- c) El condicionamiento operante, cuya influencia será determinante en el desarrollo y constitución de la moderna tecnología de la conducta, suele expresarse así: "las consecuencias que siguen inmediatamente a la emisión de una conducta tendrán una alta probabilidad de controlar la futura emisión de dicha conducta " (Skinner, op. cit). Se afirma además que una conducta será mantenida si es reforzada y se extinguirá en ausencia de refuerzo, en intervalos de tiempo que dependerán directamente del tipo de programa de refuerzo que se haya aplicado.

La actividad conductista asume una variedad de tecnologías y campos concretos de aplicación. Por esa razón, la literatura especializada hace uso de diversos apelativos para describir dicho quehacer; terapia de la conducta, análisis experimental de la conducta, tecnología del condicionamiento, ingeniería de la conducta y otros.

- d) El condicionamiento vicario, es el aprendizaje social por observación, este ha permitido la incorporación al arsenal técnico del conductista valiosas herramientas.

- e) La práctica clínica conductista ha tenido lugar un destacado puesto en el progreso alcanzado por la tecnología conductual., pues ha permitido la aplicación de los principios de laboratorio a situaciones concretas y la elaboración de una gran cantidad de procedimientos.
- f) La sociología de la conducta se incorpora progresivamente al Análisis Funcional de la Conducta

Así pues la terapia de la conducta es el empleo de principios del aprendizaje establecidos experimentales con el propósito de cambiar conductas inadaptadas. En donde hábitos inadaptados son debilitados y eliminados, hábitos adaptados son iniciados y fortalecidos.

La terapia de la conducta es una ciencia aplicada, en cada aspecto paralela a otras tecnologías modernas que en particular, a aquella que constituyen una terapéutica médica moderna. Las posibilidades terapéuticas emergieron al poner al descubierto las leyes que rigen las relaciones de los procesos del organismo. Siendo el aprendizaje el proceso del organismo más relevante para la medicina psicológica, el establecimiento de las leyes que rigen el proceso de aprendizaje es el camino principal para lograr el poder terapéutico en este campo. El terapeuta de conducta, cuya mente posee orientación científica, no necesita confinarse a los métodos derivados de estos principios. Por el bienestar de sus pacientes el emplea, siempre que sea necesario, métodos empíricamente demostrados como efectivos. (Wolpe, 1985).

Elementos Característicos del Enfoque.

Según Dorna y Méndez (1979) afirman que puede considerarse los siguientes:

1. Se trata de un enfoque fundamentalmente tecnológico centrado sobre un aspecto particular de los organismos vivos: la conducta.

2. Corresponde a una manera de plantearse el problema de la investigación y la práctica profesional.
3. Acumular aquéllos datos de la conducta y expresarlo bajo leyes empíricas y mecanismos de aprendizaje al explicar el cómo y el porque de la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta.
4. Descomponer un todo en sus partes, para cuyo efecto se utilizan parámetros físicos: frecuencia, duración, latencia, intensidad, etc.
5. Exige la descripción como la explicación de los fenómenos conductuales, de tal manera que sean susceptibles de ser verificados experimentalmente.
6. Las variables se definen operacionalmente en ambientales, fisiológicas o conductuales.
7. Intenta establecer relaciones causales entre variables, siendo la conducta la variable dependiente y el ambiente la variable independiente.
8. Considera innecesaria la utilización de analogías para explicar la conducta, so pena de hacer una lectura simbólica de los comportamientos.
9. Se inscribe en un modelo epistemológico abierto y sensible a los cambios que el progreso de la ciencia de la conducta haga necesarios.
10. Se identifica con una actividad de tecnología aplicada los cambios conductuales, a través de la cual se pueden plantear nuevas interrogantes a la investigación y la formulación de sugerencias a los marcos teóricos que la sustentan.

Los propios conductistas han reconocido -a pesar de sus éxitos incuestionables- los límites del análisis funcional conductual. No obstante han señalado igualmente que los

progresos alcanzados permiten prever a despecho de los malos augurios pronunciados por sus detractores que sobre la base de los actuales conocimientos experimentales es posible ir más allá del ateoricismo y construir un cuerpo teórico satisfactorio.

La Terapia Conductual enfocada a la Pareja

Desde 1960, la investigación respecto a las relaciones de la pareja y desde el marco teórico de la Psicología Conductual (Snyder, 1971) se han interesado por las causas que provocan o hacen surgir un conflicto en dichas relaciones. Hasta antes de esa fecha, normalmente la investigación hacía énfasis en la identificación y explicación de un amplio rango de correlación sociodemográficas y psicológicas con respecto a la satisfacción marital, lo cual arrojaba datos generales.

Sin embargo, después de 1960, la investigación marital ha tenido a ser menos general con estudios independientes, enfocado en dimensiones más específicas o áreas de interacción marital.

La publicación en 1969 del artículo de Richard Stuard suele considerarse el punto de partida de la terapia marital conductual. Su teoría de intercambio social, reelaborado y perfeccionado, posteriormente, posibilitó un acercamiento operativo a los problemas maritales.

Desde un enfoque conductual se considera la relación de pareja como una relación interpersonal cuyo mantenimiento está sujeto a la regla general de intercambio de reforzamiento. A su vez este sistema de interacción implica una interdependencia respecto al funcionamiento de uno de ellos, repercutirá en la interacción, provocando un resultante distinto, que en el caso de implicar disminución de reforzamiento llevará una solicitud de cambio de comportamiento (Vincent y Weiss, 1975).

Una explicación resumida del origen de las relaciones y desarrollo de problemas de pareja proporcionado por Llavona y Carrasco, (1984) es la siguiente:

Primera fase.- Iniciación y constitución de la pareja, atracción mutua debido al poco conocimiento del otro y al intercambio de refuerzos que al principio es muy elevado, porque la pareja:

- Interacciona en un marco restrictivo; ya que se ven pocas horas al día o fines de semana en situaciones agradables para ambos.
- No tiene que tomar decisiones importantes, al revés que las parejas estabilizadas que deben decidir con frecuencia situaciones financieras, hijos, etc. conlleva el riesgo de consecuencias aversivas.
- Experimenta la novedad de la comunicación sexual, otro elemento muy gratificante.
- Se idealiza al otro y la futura vida en común, creándose expectativas de refuerzo exagerada.

Por tanto en esta primera etapa de enamoramiento, de luna de miel se, maximiza la taza de reforzamiento y se minimiza el castigo.

Segunda fase, desarrollo de problemas de pareja; al vivir juntos la pareja tiene que afrontar nuevas situaciones en las que ha de adaptarse, apareando así fuentes de problemas como:

El desajuste entre expectativas y realidad que se produce al convivir a diario.

- El aburrimiento, la monotonía, que surgen al perder el valor reforzante, la relación más o menos de un período prolongado de tiempo.

- Cambios significativos y/o imprevistos, el nacimiento de un hijo, un revés económico (pérdida de empleo), un amante, el trabajo de la mujer fuera de la casa.
- El desacuerdo en temas importantes como la discrepancia de la ideología política, presiones familiares, diferencias en el grado de intimidad deseado, etc.

Así, Azrin (1973), divide en categorías las distintas áreas del matrimonio, mencionando que cuando los individuos se casan, esperan un mayor reforzamiento como resultado del matrimonio, en el que surgen varios tipos de interacción, los cuales pueden ser reforzadores potenciales o causa de enojos derivados de estas interacciones, así son 9 las categorías mencionadas por este:

- a) La interacción sexual. lo considera como un pre-requisito legal para la continuación del matrimonio y puede ser reforzante o causa de enojos.
- b) División de responsabilidades; las cuales surgen al tener hijos, ya que las obligaciones aumentan.
- c) La cohabitación en una casa, es requisito del matrimonio y a menudo una nueva división de trabajo y responsabilidades de la misma, que están asociados con los reforzadores o insatisfacciones.
- d) El dinero; ahora es asignado para llevar a cabo las responsabilidades de la casa y de los niños, surgiendo nuevas interacciones en el aspecto económico, especialmente si sólo un miembro trabaja y el otro depende del dinero que proporcione .
- e) Actividad o Profesión, el dinero puede ser obtenido por la actividad realizada y el reforzamiento o enojo depende del ingreso recibido.
- f) Actividad Social; la pareja aún desearía esas actividades durante el matrimonio.

- g) Comunicación, es un aspecto importante dentro del matrimonio, aunque al cuidado de la casa, los niños, el trabajo pueden dar pocas oportunidades para hacerlo verbalmente.
- h) Independencia personal; como consecuencia del matrimonio y de las responsabilidades contraídas, es disminuida tal independencia.
- i) Independencia del cónyuge; es limitada por las responsabilidades del matrimonio.

Sin embargo al analizar la relación marital se ha encontrado que algunas áreas ocupan un papel importante, puesto que en ellas se encuentran diferencias cada vez con más frecuencia, que en otras áreas y son: COMUNICACIÓN, INTERACCIÓN SEXUAL, REFORZAMIENTO RECÍPROCO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Cuando se presenta alguno de estos problemas en las parejas, pueden buscar soluciones mediante sus habilidades de comunicación, de resolución de conflictos, solicitando ayuda (amigos, sacerdotes, psicólogos). También es posible que recurran a métodos coercitivos, por ejemplo, cuando un miembro desea que el otro cambie su comportamiento, le retira el refuerzo (no le habla, evita contacto físico, etc.) o le castiga (acusaciones, insultos, etc.), intentando conseguir la modificación de la conducta no deseada. En otras ocasiones se opta por el abandono, separación o divorcio.

Técnicas

Según Ulrich (1967), la ingeniería de la conducta combina dos tipos de tecnologías: la manipulación de contingencias de refuerzos y el control de estímulos. Establece relaciones empíricas entre los comportamientos que se desean modificar (conducta objetivo), las variables que controlan la conducta y los refuerzos disponibles, por lo que los elementos que componen las bases del enfoque podríamos esquematizarla de la manera siguiente:

Tec. del Control

Estímulos de los estímulos discriminativos (Sd)

	Tec. del Control de los estímulos	Estímulos discriminativos (Sd)
Ingeniería de la Conducta	Tec. de la manipulación de contingencias	Respuesta (R)
		Refuerzos (C)

La tecnología del control de los estímulos se especializa en programar los estímulos de tal manera que puedan ejercer un control adecuado sobre la conducta que se pretenda modificar: - La eficacia de este procedimiento descansa sobre la evidencia empírica -

LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ESTÍMULOS DETERMINADOS PUEDE CONTROLAR LA PROBABILIDAD DE EMISIÓN DE UNA RESPUESTA. Las leyes empíricas del análisis funcional conductual permiten desglosar algunas reglas simples: cuando un evento es administrado en una forma contingente a una conducta, aumenta, y a la inversa, el retiro del evento reforzante hace que la probabilidad de emisión de la conducta disminuya.

Previa a toda intervención y elaboración de una estrategia de modificación de la conducta problema, deberá efectuarse un análisis de la conducta para determinar el tipo de técnica a utilizar y los objetivos a alcanzar.

Por otro lado Dorna y cols (op. cit) mencionan que se deben considerar algunas premisas en el análisis y evaluación:

- a) La relación dinámica entre el saber científico aportado por el psicólogo y la información suministrada al sujeto que se somete a una intervención conductual, constituye una herramienta metodológica de primer orden.
- b) El análisis funcional, jamás utilizará las etiquetas de normalidad o patología al referirse a los trastornos conductuales, hará siempre referencia a las normas existentes dentro un cierto marco o contexto socio-cultural en un momento dado.
- c) Quizás el primer paso del conductista consiste en identificar la conducta con conductas que requieren cambios. La descripción de la conducta problema requiere ser realizada en términos objetivos y operacionales, a forma que permita identificar los parámetros físicos, que sirvan de criterios de evaluación.
- d) La identificación de la conducta a modificar exige una definición precisa y operacional, no sólo del comportamiento mismo, sino igualmente del entorno.
- e) Establecer desde el principio, un registro (línea base) de la conducta que se espera modificar.
- f) Hacer análisis de las condiciones antecedentes y consecuentes de la conducta problema.
- g) Toda estrategia de cambio reclama establecer objetivos bien definidos, jamás enunciados en términos hipotéticos.
- h) El análisis de los diversos aspectos que intervienen en la relación conducta-ambiente permitirá no solamente tener una mejor comprensión de la problemática, sino también la formulación de un programa coherente de acción destinado a

modificar las contingencias del medio, en la forma que se tenga que obtener la conducta deseada.

Dado que no es el objetivo de esta investigación ampliar sobre las técnicas de dicho enfoque, nos limitaremos a mencionar algunas de las más empleadas proporcionadas por Caballo (1991).

Técnicas basadas en el condicionamiento clásico.

- Entrenamiento de relajación. Aquí al cliente se le enseña a tomar conciencia de las tensiones musculares, bajo el entrenamiento de Jacobson, para suprimirlas, la mayor parte de los clientes son capaces de adquirir dicho entrenamiento.
- Desensibilización Sistemática. Es especialmente apropiada para el tratamiento de fobias y miedos. Puede ser útil para descondicionar miedos asociados con el trastorno del estrés postraumático y algunos síntomas de agorafobia. Sin embargo se alienta al Psicólogo Clínico para que experimente con la técnica e intente utilizarla con un amplia variedad de problemas.
- Terapia Implosiva. Se ha utilizado para tratar una amplia variedad de problemas psicopatológicos y actualmente existe un creciente campo de investigación con pacientes.
- Intención Paradójica. Los terapeutas han empleado estas técnicas de dos maneras, en una forma subordinada, los procedimientos paradójicos se han empleado para mejorar la cooperación del paciente con el programa terapéutico por otro lado como un rasgo central de programas que se centran en la mejora de un fenómeno de ansiedad específico.

- Procedimiento Aversivo. En cuanto a esta técnica el uso y abuso de ella la han llevado a un punto en el cual se ha considerado caduca y aún los conductistas se preguntan bajo que casos es aplicable y sobre que términos.

Técnicas basadas en el condicionamiento operante

- Métodos Operante. Se aceptan hoy día como una de las principales contribuciones de la terapia, tanto para los terapeutas conductuales: Reforzamiento, programas de reforzamiento, modelamiento, desvanecimiento y moldeamiento por estímulo, encadenamiento, generalización de estímulo, extinción, castigo, reforzamiento diferencial, control de estímulo para no responder, instrucción, imitación, sobrecorrección, desensibilización y autocontrol.
- Economía de fichas. Empleado para cualquier persona o en cualquier grupo, para lo que es aconsejable la modificación de conducta.
- Condicionamiento Encubierto. Parece evidente la utilidad la técnica de la sensibilización encubierta sobre todo ante trastornos de la conducta sexual.
- Biofeedback. No es una técnica aislada, sino que se inscribe en el marco de la modificación de conducta aplicado al ámbito biomédico.

Técnicas basadas en la Teoría del Aprendizaje social.

- Entrenamiento de Hab. Sociales. Se compone de un conjunto de procedimientos de terapia adecuadamente en situaciones sociales. El H.S. da por supuesto que al actuar de forma inapropiada, no agresiva, soluciona problemas de las situaciones antes de que se vuelvan excesivamente ansiógenas.

- Entrenamiento a Padres. para que sea de utilidad clínica dicho modelo tiene que propiciar datos sobre los tipos de problemas conducta sobre la posición del niño en el desarrollo progresivo de los problemas de conducta.

Técnicas cognitivas y de autocontrol

- Terapia Racional Emotiva. Se basa en la idea de que tanto las emociones como la conducta de un individuo y de su interpretación de la realidad, está técnica ha sido aplicada por psicólogos, psiquiatras y consejero psicológicos en una gran variedad de poblaciones y problemas.
- Solución de problema. Un conjunto de habilidades de afrontamiento que puede aprender un paciente como medio de reducir las perturbaciones psicológicas.
- Autocontrol. Abarca una serie de posiciones teóricas y una variedad de técnicas específicas modelo Kanfer: en 3 etapas, el autoregistro, autoevaluación y autoreforzamiento.
- AutoInstrucción. Se considera derivada de los aprendizajes cognitivos instruccionales y se incluye como una técnica cognitiva de la modificación de la conducta, el objetivo de esta técnica es el cambio de comportamiento a través de la modificación, o la implantación de nuevas cogniciones.

A lo largo de esta revisión, se han podido observar una serie de técnicas que se utilizan con mayor o menor frecuencia, en el ámbito de la terapia de conducta. algunas constituyen un enfoque por el cambio de amplias áreas de personalidad, mientras que otras son procedimientos simples que solos o en combinación, intentan modificar pequeños síntomas, todas pueden ser útiles y cada una de ellos pueden constituir la intervención adecuada en el momento oportuno.

Características del terapeuta de la conducta.

El terapeuta tiene como tarea, el ayudar a aliviar los problemas específicos que interfieren en el funcionamiento del cliente, por lo que tiene que precisar con toda claridad lo que el paciente quiere decir con "estoy triste todo el tiempo", lo que hace necesario hacer previamente una definición conductual, e identificar los estímulos que controlan la respuesta de estar triste.

Frank (1961) menciona que más allá de la eficacia de los procesos terapéuticos, están las características del terapeuta que desempeñan un muy importante papel, sosteniéndolo lo siguiente:

"el buen terapeuta tiene cualidades tales como confianza en sí mismo, energía y calidez emocional controlada. Estas capacitan para ofrecer a sus pacientes una pauta de participación activa y personal que despierta la expectativa de recibir ayuda y facilita los cambios de actitud " (pag. 141).

Schaffer (1982) plantea como variables de estudio en el terapeuta el tipo de conducta que manifiesta en la sesión clínica, su habilidad para aplicar las tácticas adecuadas que permitan conseguir los fines terapéuticos y la forma de comportarse en la relación interpersonal con el paciente. Las dos primeras las considera específicas y la tercera no específica. El tipo de conducta del terapeuta se refiere a las tácticas que éste utiliza para conseguir los fines u objetivos terapéuticos que se plantea de acuerdo con la teoría de la que parte. La habilidad de la conducta del terapeuta se refiere a la manera competente de aplicar las tácticas. La forma de comportamiento interpersonal hace referencia a la manera como el terapeuta se relaciona con el paciente. (en Caballo, op. cit.)

Goldfried y Davison (1981) mencionan las siguientes características que posee el terapeuta conductual:

- El valor del refuerzo potencial del terapeuta se vuelve particularmente importante a los clientes se les exige que realicen tareas entre sesiones, como sucede con tantos de los procedimientos utilizados por el conductismo.
- No existen reglas fijas que guíen al terapeuta en la administración de su influencia personal.
- Inadvertida o deliberadamente, el terapeuta conductual sirve de modelo al cliente. Por tanto debe ser consciente de la gravitación que tiene sobre éste y esforzarse por dar ejemplo de la conducta, las actitudes y las emociones que probablemente aceleren el avance de la terapia.
- El terapeuta utiliza las experiencias de su vida para facilitar el cambio de conducta de su cliente.
- El interés genuino del terapeuta por el bienestar del paciente, su capacidad para señalarle las consecuencias potencialmente negativas asociadas con los comportamientos desadaptados y para sugerirle modos de acción alternativos, pueden utilizarse eficazmente para suscitar el cambio.

En este modelo se considera al clínico conductual como un solucionador de problemas, ya que constantemente esta tomando decisiones sobre el tratamiento mismo (por ejemplo, ¿A qué conducta objetivo les tengo que dar prioridad?, ¿Qué instrumentos de evaluación emplear?, ¿Qué técnicas debería aplicar para ayudar, más a ese paciente, etc.

Hay que tener en cuenta que las técnicas son herramientas útiles que pueden incorporarse al repertorio de habilidades del terapeuta por que solo se han de emplear una vez realizado un análisis.

Así mismo Guidano, (1987) en Caballo; le da una gran importancia al establecimiento de la relación con el terapeuta, entendiéndola como una empresa en común que

supone una estrecha colaboración entre paciente y terapeuta, para formar dicha relación, es necesario que el terapeuta tenga conocimiento preciso de la OCP* del paciente ya que es necesario que la relación respete la identidad personal de éste y al mismo tiempo no se confirmen los supuestos básicos que están originando la patología.

Por otro lado Wolpe (1985) menciona que existen una serie de respetos que tiene que ver con la ética del Terapeuta de la conducta:

- Cuando un terapeuta de conducta encuentra que no tiene estrategia efectiva, debe admitirlo francamente ante el paciente.
- El hecho de que el terapeuta acepte la responsabilidad del fracaso del tratamiento produce algunas consecuencias, libera al paciente.
- La moralidad del terapeuta conductual: ciertos problemas son inevitablemente morales desde las perspectiva del cliente o del terapeuta, y algunos pueden considerarse estratégicos o técnicos, y pueden ser tratados sin hacer referencia a sistemas de valores particulares. En un caso, el terapeuta debe cumplir una acción moral para funcionar, mientras que en el otro puede limitarse a la ayuda imparcial o a la función contractual con la que se identifica comúnmente.
- El terapeuta de la conducta asume una especie de omnipotencia al pedir el consentimiento total del paciente para aplicar sus métodos, a lo que mucho se le ha criticado por considerarse inhumano.

ENFOQUE HUMANISTA

Primero que nada definiremos el concepto de psicoterapia, la cual es la interacción interpersonal sistemática, a través de la cual el individuo, el terapeuta, procura ayudar, modificar o mejorar el comportamiento de otra persona. La psicoterapia supone una

entrevista en donde la comunicación verbal juega un papel muy importante. Pero la conversación no es sinónimo de psicoterapia. La psicoterapia supone esencialmente una relación que se distingue en ciertos aspectos de todas las demás relaciones que el paciente haya tenido con otras personas, ya que el terapeuta no está ahí para juzgar al paciente como lo haría gente ordinaria. Aunque el cliente necesariamente tiene que relacionarse con el terapeuta en una forma muy parecida al modo como se relaciona con los demás, el objeto de esta relación, brinda las oportunidades que se conceden para que hable de sí mismo, el sincero interés del terapeuta por el cliente y el conocimiento especial que aporta el terapeuta con respecto al comportamiento humano, todo esto hace que esta relación sea muy especial y distinta. (Rotter, 1965).

La terapia centrada en el cliente ocupa una posición única en el espectro de enfoques de la psicoterapia, es enigmática en diversas formas; su fundador Carl Rogers, fue presidente de la Asociación Americana de Psicología, donde se lograron y otorgaron los más altos honores. Hechos recientes confirman que este autor continúa siendo considerado un gigante entre los que han ejercido influencia sobre la formación de consejeros y terapeutas. Sin embargo, un porcentaje muy pequeño de psicólogos y otros profesionales de la salud mental se identifican a sí mismos como profesionales de la terapia centrada en el cliente.

Los puntos de vista teóricos de Carl Rogers tienen su raíz en el trabajo clínico que ha realizado con sus clientes, es el caso de un psicólogo clínico que llegó a ser un profesor universitario muy influyente después de haber trabajado algunos años en una clínica comunitaria. Durante su estancia en la Universidad Estatal de Ohio y luego en las Universidades de Chicago y de Wisconsin. Rogers se interesó principalmente por emprender el estudio del proceso terapéutico en forma sistemática. Como resultado de escuchar la grabación de varias sesiones terapéuticas, tanto de sus propios clientes como de las de sus discípulos y colegas; del análisis que hizo de ellas, desarrollo y formuló sus propios puntos de vista teóricos sobre como procede la terapia, también procuró elaborar una teoría de la personalidad del yo. Con respecto a la psicoterapia él la llamó "NO DIRECTIVA" y más tarde "TERAPIA CON EL CLIENTE COMO

CENTRO". Esta secuencia la han desarrollado Hall y Linzey (1957) de la siguiente manera:

"Durante el tiempo en que estaba desarrollando el método de asesoría del cliente como centro, Rogers no se preocupó por formular ninguna teoría en general, y más aún parecía considerar a la teoría como un estorbo para la realización de la actividad terapéutica. Sin embargo, una vez que puso en plena práctica sus métodos y técnicas de asesoría, Rogers empezó a caer en la cuenta de la necesidad que había de elaborar un cuerpo de conceptos y de premisas que ayudaran para imponer orden y significado a las exposiciones verbales de sus clientes y para aumentar su propio conocimiento del cliente como personas. Consiguientemente, el tipo de teoría por la que Rogers ha demostrado su preferencia, es aquella que responde a el tipo de datos que proceden de un método particular de psicoterapia, conviene mucho no perder de vista esto: que la teoría de Rogers sobre la persona se ha modelado en gran parte a la luz de sus prácticas terapéuticas. Evidentemente que ahora que ya ha formulado una teoría de la personalidad, sus puntos de vista, teóricos influyen sobre su asesoría, pero al principio no fue así. (pág. 497 en Garfield, 1974). "

La teoría de la personalidad se preocupa principalmente por el yo y presta relativamente atención a temas como etapas de desarrollo, análisis detallados sobre la estructura de la personalidad, motivación, etc.

A lo largo de 5 años entre 1957-1963 Rogers, junto con un grupo de estudiantes y compañeros, diseñaron y ejecutaron un proyecto de investigación para evaluar la hipótesis básica respecto a que, incluso con pacientes hospitalizados y diagnosticados como esquizofrénicos, el suministro y la relación de condiciones facilitadoras centradas en el cliente darían lugar a cambios significativos medibles en actitudes y conductas. También se encontró que la percepción del cliente sobre el terapeuta era un mejor predictor del éxito o del fracaso que los juicios del terapeuta sobre la relación (Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax, 1967 en Lin y Garske, 1988).

Por consiguiente, la teoría se derivó principalmente de los estudios hechos sobre los clientes que se sometieron a una forma determinada de psicoterapia y su desarrollo principal fue como una psicoterapia. El resultado global fue, la evolución de la pareja, terapia centrada en el cliente al enfoque centrado en la persona.

Elementos característicos del Enfoque Humanístico.

- a) Tendencia Actualizante. En primer lugar, confía mucho más profundamente en el impulso del individuo hacia el crecimiento, salud y ajuste; la terapia no trata de hacer algo al individuo o de inducirlo a hacer algo sobre sí mismo, por el contrario, se trata de eliminar obstáculos para que, así, nuevamente, pueda salir adelante, Rogers, perfeccionó y amplió el concepto de esta fuerza general., describiendo una tendencia hacia la actualización característica de la vida orgánica y una tendencia formativa como un todo. (Rogers, 1959 en Garske y Linn).

- b) Fundamentalmente en la teoría de Rogers su concepción de una tendencia actualizante se concibe como la tendencia inherente del organismo por desarrollar o fortalecer el organismo, cuyo objetivo es no sólo lograr la satisfacción de necesidades como aire, alimento, agua, etc., sino también al crecimiento y diferenciación del organismo.

- c) Experiencia en la Personalidad. Rogers define la experiencia como todo aquello que está pasando dentro del individuo y que es potencialmente accesible a la conciencia del mismo individuo, también se refiere a la situación actual, a la que estimula al organismo, prescindiendo de que estos estímulos sean conscientes o no. Idealmente la persona debería estar abierta a su propia experiencia y a experimentar plenamente sus propios sentimientos. Si el individuo, o más bien el yo, es congruente con su experiencia, entonces la tendencia actualizante resulta relativamente unificada. Si el yo se organiza en un período determinado de tiempo de tal manera que llegue a excluir ciertas fuentes importantes de información necesaria acerca de sus procesos o acerca de del comportamiento de los demás

está falta de congruencia implica que se impide la actualización. La energía que se utiliza para mantener ficciones (es decir percepciones del yo o de otros, que no pueden ser confirmados por la experiencia) no puede aplicarse a una expresión productiva de sí mismo. De esta manera puede surgir el conflicto entre la tendencia básica a actualizar y la tendencia de actualizar el yo. (Garfield,1974)

- d) Teoría del yo. El concepto del yo ha recibido un énfasis muy particular en la teoría de Rogers; esta se refiere, al concepto del yo, y a la estructura del yo, lo cual se enfoca a las características conceptuales organizadas y constantes del "yo" (primera persona singular) y a las percepciones de las relaciones que tiene ese "yo" con los demás y con los diversos aspectos de la vida, a la vez que a los valores que se atribuyen a estas percepciones. El yo o el sistema del yo se concibe como un proceso fluido y organizado, pero de tal naturaleza que puede ser estudiado en cualquier momento concreto. Los términos del yo se refieren generalmente a la percepción que la persona tiene de sí misma; estructura del yo a la que se refiere más típicamente a la valoración de la propia persona desde un punto externo de referencia. (Garfield, op. cit).

Al igual que en los conceptos básicos de la terapia centrada en el cliente descritos hasta aquí, el experiencinng tiene profundas raíces en la historia de esta orientación. En la conferencia de Minesota, caracterizada como la que quizás haya dado origen al enfoque centrado en la persona, Rogers (1940) señaló que se enfatizan los elementos emocionales, los aspectos de situación relacionados con los sentimientos, en lugar de los intelectuales; Continuo diciendo:

"Esta nueva terapia se esfuerza por trabajar directamente en el terreno del sentimiento y la emoción en lugar de aproximarse a la emoción a través del intelecto... ubica mayor énfasis en la situación inmediata que en el pasado, los patrones emocionales significativos del individuo, aquellos enraizados lo suficientemente profundos como para influir en su vida y que necesita considerar detenidamente, se ponen en evidencia también en su ajuste presente e incluso a la hora consejo, al igual que en su historia

pasada... por primera vez, este enfoque pone énfasis sobre la relación terapéutica misma como una experiencia de crecimiento... este tipo de terapia no es una preparación para el cambio, es cambio."

Por otro lado Rogers (1980) menciona que en sí son tres características esenciales del enfoque de personalidad:

1. El primer elemento podría denominarse autenticidad, legitimidad o congruencia. Cuanto mayor sea la autenticidad del terapeuta en la relación con su cliente sin disfraces profesionales ni personales, mayor será la probabilidad de que este último cambie y crezca de un modo constructivo. Esto significa que el terapeuta se abra al conjunto de sentimientos y actitudes que fluyan en su interior en un momento dado, el término transparente captura el sabor de dicha condición; el terapeuta se hace transparente ante el cliente y este puede ver claramente lo que el terapeuta es en la relación; así el cliente no experimenta retención alguna por parte del terapeuta.
2. La segunda actitud importante para la creación de un clima favorable al cambio es la aceptación, el cariño o el aprecio, o lo que el dominio de "visión incondicionalmente positiva". Cuando el terapeuta experimenta una actitud positiva y de aceptación hacia lo que el cliente sea en un momento dado, aumenta la probabilidad de que el movimiento o cambio terapéutico tenga lugar. El terapeuta está dispuesto a que el cliente sea lo que sus sentimientos inmediatos le dicten: confusión, resentimiento, miedo ira, valor, amor u orgullo. Ese cariño por parte del terapeuta no es posesivo. Aprecia al cliente, no de un modo condicional, sino en su totalidad.
3. El tercer aspecto facilitativo de la relación lo constituye la capacidad de proyección de la comprensión. Esto significa que el terapeuta percibe con precisión los sentimientos e intenciones que el cliente experimenta, y le hace participe su comprensión. Este modo sensible y activo de escuchar es sumamente excepcional en nuestras vidas, creemos que escuchamos, pero raramente lo hacemos con

auténtica comprensión, realmente proyectándonos. Sin embargo, esta forma especial de escuchar constituye una de las fuerzas de cambio más potentes que conozco.

En breve, cuando las personas son aceptadas y apreciadas, tienden a desarrollar una actitud de mayor cariño hacia sí mismas. Cuando se les oye con proyección especial personal por parte del oyente, son capaces de escuchar con mayor precisión el flujo de sus propias experiencias internas.

El Enfoque Humanista en la Pareja.

Rogers (1973) en uno de sus ensayos sobre el "Matrimonio y sus alternativas"; hace un análisis en cuanto a la vida en pareja en sus diferentes modalidades y las alternativas que este propone para evitar conflictos entre ambos cónyuges; primeramente propone una educación para formar una pareja y si se implantase tendría que basarse en discusiones honestas entre personas sinceras en donde: La comunicación de los sentimientos reales, tanto positivos, como negativos, la resolución de conflictos y antagonismos; el sendero que conduce a una personalidad autoaceptada, todo esto podría lograrse, al menos parcialmente. Si se desarrollaran medios adecuados para continuar en formas inteligentes estas medidas iniciales, los beneficios adquiridos se consolidarán.

Pero la educación para formar una pareja no tiene que restringirse al sistema educativo ordinario. Hay varios recursos que forman parte de la propia vida familiar.

El más excitante, por que se relaciona directamente con el problema, es el grupo desarrollado por jóvenes que van juntos, de cara al a posibilidad del matrimonio o la simple convivencia, o que en otras palabras, están comprometidos. Mi experiencia me dice que las posibilidades son vastísimas en este terreno. Con una persona no evaluativa y habilitada para organizar este tipo de grupos, los jóvenes pueden explorar abiertamente sus diferentes expectativas hacia uno y otro, sus aspiraciones

conflictivas y deseos contrapuestos, sus reservas independientes de fuerza y su apoyo mutuo; esto supone una comunicación a nivel profundo, puede evitar dificultades futuras.

O sea: tratar directamente con jóvenes que consideran la posibilidad de establecer parejas, en el contexto de grupos que favorezcan la franqueza y honestidad, es una forma importante de crear relaciones más perdurables. Esto se ha llevado a cabo bajo este enfoque con excelentes resultados, cuando una relación profundamente perturbada y castigada por las incompatibilidades queda expuesta a un grupo de este tipo. puede surgir la separación o el divorcio. Pero es mucho más frecuente que se desencadene un nuevo tipo de comunicación interpersonal y una decisión de expresar y resolver las diferencias, lo que redundará en favor de su apoyo y cariño mutuo.

Conviene hacer algunos otros comentarios sobre la teoría de Rogers antes de concluir la exposición de ella. Primero, este autor insiste mucho y muy explícitamente en que su teoría está todavía en proceso de desarrollo y en que de ninguna manera deberá considerársela como una teoría que está todavía en proceso de desarrollo y en que de ninguna manera deberá considerársele como una teoría fija y completa sobre la naturaleza del hombre. Más aún insiste en que todas las teorías deberían ser consideradas como intentos temporales para explicar una gama determinada de fenómenos, para organizar nuestro pensamiento, para estimular la investigación y con el tiempo se reemplazarán por teorías mejores y más fecundas. En segundo lugar Rogers, ha hecho todo lo posible, en particular en la exposición más formalmente organizada para definir sus estructuraciones en términos más operacionales. Tercero, ha procurado relacionar su teoría con los datos de la investigación empírica y modificarla para acomodarla a los nuevos datos que ofrece dicha investigación. (Garfield, op. cit.).

Técnicas y características del terapeuta

Los terapeutas centrados en el cliente, quizás más que otros con orientaciones diferentes, comunican en su conducta desde el principio de la terapia actitudes como: lo que tú sientes es importante; yo respeto tus decisiones y estoy interesado en tus sentimientos; con todos sus diferentes tonos; sutilezas y matices.

Tales actitudes fueron sistemáticamente identificadas y concebidas como las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico de la personalidad; empatía, aceptación positiva incondicional o amor no posesivo y congruencia o autenticidad.

El proceso de evaluación que se desarrolla en este enfoque posee las siguientes características:

1. Es un proceso fluido, flexible y cambiante; el cliente no tiene que seguir manteniendo el sistema de valores que habían sido aprobados por las figuras de autoridad.
2. Es muy diferenciado; el cliente puede actuar de modo diferente con la misma persona en diferentes momentos.
3. El locus de valoración está en el individuo; el cliente hace la distinción entre el juicio personal de un evento y el juicio de otros, y es capaz de tomar decisiones que difieren de las tomadas por expertos.
4. El proceso de evaluación, más que un proceso rutinario, automático o preconcebido, es vivo, inmediato, y puede ser muy complejo, tomando en cuenta una variedad de grupos de experiencias pasadas y presentes.
5. El criterio del proceso de evaluación es el grado en el que una acción en particular contribuirá a la actualización de la persona da valor y es sensible a las relaciones profundas con otros. (Propuestas por Rogers, 1983).

Por tanto se puede decir que estos son las técnicas más empleadas bajo este enfoque: la empatía, consideración positiva incondicional y congruencia.

I. Empatía.

La empatía es un concepto importante, no sólo en este enfoque sino en toda la Psicología Humana, esta tiene que ver con la capacidad para apreciar lo que otra persona está experimentando. En la terapia centrada en el cliente, la empatía concierne particularmente al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar al cliente una comprensión de los sentimientos y significados expresados por éste. Barrette-Lennard (1974) ha esquematizado el proceso señalado que consiste, en una postura empática por parte del terapeuta y en un ciclo de tres fases que es repetitivo: 1. La resonancia empática del terapeuta a la expresión del cliente; 2. La expresión de empatía por parte del terapeuta, y 3. La recepción por parte del cliente de la respuesta empática del terapeuta, lo que conduce a 4. La expresión y la resonancia.

Lo que subyace y se impone en este ciclo de comunicación es un interés total por parte del terapeuta en apreciar el mundo como es experimentado por el cliente, y el sentimiento posterior de ser comprendido. (en Rogers, 1980).

II. Consideración positiva.

El terapeuta tiene que experimentar una consideración positiva incondicional hacia el cliente, tiene que ser veraz o congruente en su relación con él, es decir, tiene que estar consciente de sus verdaderos sentimientos y ser realmente él mismo y tiene que ser empático con relación a lo que el cliente está experimentando o sintiendo. Si estas consideraciones terapéuticas se cumplen, entonces, según Rogers, el cliente manifestará un verdadero progreso y un cambio como respuesta a la psicoterapia. (Garfield, op.cit):

III. Congruencia.

Linn y Garske (1988) afirman que la congruencia o autenticidad por parte del terapeuta fue una extensión del primer reconocimiento de que la empatía ofrecida, para ser efectiva, tenía que ser real. A lo que Rogers (1980) argumenta lo siguiente:

"Esta es la condición actitudinal más básica para fomentar el crecimiento terapéutico. Es más probable que la terapia sea efectiva cuando el terapeuta es lo que él es en la relación, sin fingir o aparentar... Lo que el terapeuta siente en un nivel experiencial o visceral está claramente presente en la consciencia y está disponible para ser comunicado directamente al cliente en el momento apropiado ... esto no quiere decir que el terapeuta agobia al cliente con todos sus problemas o sentimientos. Ni significa que el terapeuta deja escapar impulsivamente cualquier actitud que le viene a la mente. Lo que en realidad significa es que el terapeuta no se niega a sí mismo los sentimientos que está experimentando, y que el terapeuta está deseoso de expresar y de estar abierto a cualquier sentimiento persistente que exista en la relación. Esto significa evitar la tendencia a la tentación de esconderse tras una máscara de profesionalismo, pp. 2,158 "

En gran medida, la congruencia se expresa por vía no verbal, por una actitud subyacente que acompaña los comentarios del terapeuta. Aunque por otro lado se debe tener mucho cuidado en este punto, ya que se puede dar el caso que el terapeuta en su interés por ser congruente, puede hacer aún algo más difícil, como es compartir un sentimiento negativo persistente en el cliente.

Por otra parte Rogers, (1957) menciona que existen otras tres variables que también fueron incluidas en la formulación de las condiciones necesarias y suficientes para el éxito de la terapia:

- Que dos personas (cliente o/terapeuta) estén en contacto psicológico.

- Que el cliente esté experimentando algún grado de ansiedad, vulnerabilidad o incongruencia.
- Que el cliente reciba o acepte las condiciones ofrecidas por el terapeuta. (en Rogers, 1989).

Estas condiciones son más generales que las formulaciones anteriores, en cuanto a que requieren cierto grado de inteligencia y estabilidad emocional por parte del cliente.

Finalmente la gran aportación que ha hecho Rogers al campo de la Psicoterapia, utilizar grabaciones magnéticas de sesión de psicoterapia para analizar el proceso psicoterapéutico y colocarlo en el ámbito de la investigación científica.

Como ya nos hemos podido dar cuenta que las bases esenciales de la terapia centrada en el cliente, son las características y habilidades del terapeuta dentro de la terapia siguiendo las premisas anteriormente mencionadas, ya que el cliente encuentra en el terapeuta un alguien con un sentido práctico y técnico, teniendo una gran cualidad, la buena disposición para procurar comprender.

Por tal, la finalidad del consejero es percibir tan sensible y agudamente como sea posible la totalidad del campo perceptual tal como lo experimenta el cliente, con las mismas relaciones de figura-fondo, habiendo percibido este marco de referencia interno del otro tan completamente como es posible, indicarle lo que está viendo por sus ojos.

Podríamos decir entonces, que, para muchos terapeutas que trabajan con orientación centrada en el cliente, el sincero propósito de introducirse "dentro" de sus actitudes, de entrar en su marco de referencia interno, es la instrumentalización más completa que hasta ahora se haya expuesto de la hipótesis central de respeto y confianza en la capacidad de la persona. (Rogers, 1990).

CAPITULO 3. TERAPIA SISTÉMICA

TERAPIA SISTÉMICA ENFOCADA A LA FAMILIA

Comenzaremos especificando cual es el objeto de estudio de la terapia con orientación sistémica. Bowen,(1979) define a la familia humana como un sistema que sigue las leyes dinámicas de los sistemas naturales, como el solar por ejemplo, que es a su vez un subsistema de un sistema más amplio que es el universo. Dentro de este sistema que es la familia, toda persona tiene una función que lo convierte en un “segmento imprescindible” de un todo más vasto.

En base a la definición de Bowens, para el estudio y tratamiento de los padeci-mientos del individuo, será necesario enfocarnos al estudio del sistema en el que se desarrolla, de el que obtuvo sus primeros reconocimientos y experiencias emo-cionales, por el que se entiende aceptado o no, y del que, en general, recibió las primeras instrucciones acerca de como relacionarse con los miembros de un sistema más amplio, la sociedad. Dentro de la escuela sistémica no encontramos con diferentes estilos y modelos de tratamiento en la terapia familiar, pero una de sus características más importantes, es que el tratamiento se sigue con la partici-pación conjunta del total de los miembros de la familia de el paciente que es cana-lizado, o que requiere terapia. Una vez que la familia se ha convencido de que lo mejor para el tratamiento de este paciente identificado es el trabajo conjunto, y ya desde el hecho mismo de que hayan acudido a terapia, se da por sentado que la familia tiene esperanzas de poder cambiar, y de que son capaces de ello, para bien del miembro por el que originalmente acudieron por ayuda, aun cuando los miembros de la familia no se percaten de ello, o en los casos extremos de inter-vencción judicial, en los que los padres de familia prefieren acudir a terapia a ir a la cárcel.

El hecho de que la familia se encuentre en presencia de un terapeuta, es por que reconoce que necesita ayuda para efectuar cambios. El punto del que parte la terapia es que la familia posee los recursos necesarios para realizar dichos cambios, y la

tarea del terapeuta es solo la de ayudar a los pacientes a reconocer y aceptar los medios existentes en el sistema familiar, que en ese momento no son aceptados o aprovechados; así, hay que fomentar la armonía y la mutua confianza entre los familiares, pues sino existe confianza, no se tomarán verdaderos riesgos, ni se lograrán cambios positivos. Pero hay que partir también del conocimiento particular de cada familia, con cada uno de los subsistemas que posee, pues a partir de ello se sabrá como serán los cambios necesarios para este sistema único, ya que un cambio demasiado rápido puede desarticular a una familia, y uno demasiado lento puede desanimar a los familiares que desean impacientemente nuevas oportunidades y experiencias. Esta podría considerarse como la parte espinosa de la terapia familiar, desenvolver el sistema como un todo hasta un punto que proporcione bases de sustentación firmes a los miembros, quienes poseen los medios necesarios para avanzar en cierta dirección. El resultado que por lo general se busca es un medio ambiente en que cada familia pueda instruirse y evolucionar desde la base de apoyo que la familia pueda proporcionarle a cada cual. En realidad la terapia no le está añadiendo nada al sistema, únicamente pone a disposición de la familia nuevas aplicaciones de los recursos que ya estaban allí. (Bandler, Grinder y Satir, 1984)

Carpenter y Treacher (1993), subrayan que familias diferentes necesitan de enfoques diferentes, y que sobre todo la primera sesión es la más importante, pues hay que decidir cuidadosamente que miembros acudirán a ella, nos dicen que hay que “tratar de ganar la batalla por la estructura” haciendo hincapié en que todos los miembros de la familia acudan a la primera cita, puede significar perder la “guerra”, pues quizás algunos de ellos pueden encontrarla demasiado intensa; por otro lado algunos individuos pueden ser tan destructivos que su inclusión en terapia sería tan destructiva como ellos.

Dependiendo del grado de disfuncionalidad en que se encuentre la familia, es del todo aconsejable que se proceda con extrema cautela si se decide insistir en que todos los miembros de estén presentes, pero, nos dicen, es importante que siempre que sea posible, uno o más miembros de la familia deben ser alentados a acudir a la entrevista

inicial, sin dejar relegada la responsabilidad del terapeuta de ser él mismo quien cite a quién considere necesario, pero es importante que si decidió que para la primera cita solo acudieran unos cuantos, no se demore una cita con todos juntos, pues no será fácil adaptar al sistema terapéutico a un número mayor que los miembros claves con los que se tratará.

TERAPIA SISTÉMICA ENFOCADA A LA PAREJA.

Al hablar sobre la familia y de la terapia enfocada a esta, es importante detenerse un momento para concentrarse específicamente en su base: la pareja.

Para Haley, (1970) un matrimonio sano, es la mezcla de dos culturas extranjeras, el esfuerzo por mezclarlas para formar una nueva, es lo que resulta similar a los dos clanes que intervienen y a la vez claramente difieren de ellos. Este autor lo define como la política transgeneracional de dos familias que se envían chivos expiatorios para duplicarse a sí mismos, la vida se vive entonces, nos dice, para ver "quién gana". La verdadera clave para evitar esta competición tan ridícula, es alcanzar un nivel trascendente de vida, pues no es aceptable que se duplique una familia o la otra. La nueva pareja debe ser claramente diferente a cada familia de origen, a la vez que conoce cuales son los aspectos que valen la pena conservar de cada una.

Continua y nos cuestiona, ¿Porqué el matrimonios algo tan especial, que a pesar de los conflictos sigue siendo una institución maravillosamente vigente? Responde, que si bien suele empezar con la creencia ilusoria de que nos completa o satisface todas nuestras necesidades, pocas veces queda en este nivel. La promesa de euforia, rápidamente se adapta a la realidad cotidiana, remarca que debemos ser capaces de ir más allá de un "él" o "ella", y buscar el "nosotros" que faculta al matrimonio. Esta zona del ""nosotros" es el lugar de las superposiciones y la integración, el esfuerzo consiste en realmente encontrar un equilibrio viable.

La pérdida de este “nosotros” es lo que hace que el divorcio sea tan devastador, y la infidelidad tan destructiva. El divorcio declara legalmente que el “nosotros” es una no-entidad, y que el conjunto ya no existe. Si bien es un hecho legal, esto no sucede en el mundo de las realidades emocionales. Nunca se puede retirar la inversión emocional que se ha puesto en un cónyuge, y quedará encerrada en el conjunto del “nosotros”; sin duda se puede decidir dejar de vivir juntos, pero no se puede decidir que lo que sucedió no ha sucedido, se sigue siendo parte del otro para siempre.

La idea del compromiso en el matrimonio también es fundamental, pero por lo general se le comprende muy mal. El compromiso para este autor, en realidad trata de asegurar al matrimonio, es el acuerdo de verdaderamente crecer el uno más cerca del otro, de hacerse partícipes mutuamente de sus inquietudes, y de dar a las necesidades del cónyuge la misma prioridad que a las propias. La idea del compromiso tiene por objeto el contrarrestar el impulso de salir corriendo ante el primer signo de desilusión.

Todas las parejas sanas, nos dice, experimentan decenas de divorcios emocionales en el transcurso de los años, sea cual sea su duración, la sensación de pérdida puede ser devastadora. Para la pareja comprometida, estos periodos de separación son dolorosos, pero están lejos de la desesperanza irreversible. Conservan la sensación de seguridad que les da la historia de estar dispuestos a trabajar y luchar productivamente y de ser capaces de hacerlo. “Ellos saben que pueden sobrevivir a este periodo doloroso”.

La capacidad de abordar las diferencias es algo que estabiliza enormemente y mejora la calidad del matrimonio. Cuando las diferencias se ven como inherentemente malas, o como algo que debe eliminarse, hacen estar a la defensiva y terminan por producir un alejamiento. Sin embargo, cuando las diferencias pueden verse como oportunidades para crecer, se vuelven valiosas, , son las que nos permiten expandirnos. La capacidad de participar realmente en un proceso bilateral de contaminación mutua es fundamental en una relación dinámica y no estática. Los

pasos necesarios para llegar al punto de utilizar las diferencias productivamente, van desde el reconocimiento hasta la aceptación, el respeto, el disfrute y la valoración de ellas. Pero no siempre es fácil llegar a completar cualquiera de estos procesos por sí mismos, las alternativas pierden su lógica, el compañero se aleja cada vez más del otro, es entonces cuando es necesaria la intervención terapéutica que amplíe sus panoramas o que sepa guiar hacia una mejor comprensión de cada quién para poder, en armonía, encontrar los caminos que aprecian estar cerrados u obstruidos.

Desde el punto de vista sistémico, la terapia de pareja conjunta, es una variante de la terapia de grupo familiar, es un ambiente psicoterapéutico diseñado para tratar a la parejas y su campo transaccional, el matrimonio.

Norman (1985, en Zuk, 1985) nos dice que aunque la familia se concibe como la unidad básica de tratamiento, esto tiende a excluir los enfoques agudos y a definir las diversas compatibilidades de la pareja que pueden ser delineadas más precisamente en el ambiente marital conjunto. La terapia de pareja conjunta presupone que esta constituye una unidad con sus características, incluso con sus conflictos y necesidades, lo que contrasta con la otra unidad, la familia, en la que la pareja desempeña su papel de padres, pero la terapia de pareja no descarta a la terapia familiar.

Nos dice Caillé (1990), que la díada como el más elemental de los sistemas humanos, plantea problemas particulares al terapeuta, y señala que la forma de la toma de informaciones y las técnicas de intervención descritas en las obras de terapia familiar no pueden ser utilizadas de una manera precisa en el contexto de una terapia de pareja. Este autor considera como hipótesis básica, que todo sistema puede ser descrito desde dos niveles organizacionales: el fenomenológico y el mítico. Estos dos niveles se confirman mutuamente por medio de procesos auto referenciales que hacen al sistema estable e independiente del contexto. El hecho de que los sistemas humanos sean dentro de ciertos límites estables y autónomos, no se contradice con el hecho de que sufran constantemente una acción proveniente de otros sistemas. Nos

dice que, no obstante, no se puede modificar un sistema humano sin modificar su modelo organizacional.

Caillé enfatiza que el que una pareja se dirija a un terapeuta implica en nuestra cultura, una delegación del poder, puede entonces desde el comienzo tomar ciertas iniciativas, las únicas restricciones son que tales, no deben entrar en conflicto con el sentido moral o lógico de la pareja. Es posiblemente entonces organizar contextos inesperados de encuentro, donde paciente y terapeuta tendrán que utilizar recursos de sus propios "libretos", como en una representación teatral. Para este autor la duración de la terapia es limitada, pero esto no quita a los pacientes que han vivido en el "juego", un contenido más real que el que traían de lo cotidiano, pueda ser transformado por ellos en realidad.

Metaforizando la relación terapéutica, Caillé nos dice que es importante y necesario para que la representación tome un carácter real, que sea corta, que la obra sea un fiasco, fracase y que los actores tomen para sí mismos una parte de todo el libreto. Si los actores se contentan con desempeñar en la realidad el papel que tienen en la escena, no hay ningún cambio; lo que sucede en muchas terapias es que los cónyuges se portan bien mientras dura el contrato terapéutico. Sólo cuando el juego se detiene se puede estar seguro de que se ha incorporado un cambio. En el marco de esta metáfora, el terapeuta marca el contexto como actor y director a la vez. Organiza el metasistema de intervención, el cual será por un tiempo limitado, un contexto útil para una pareja angustiada por el cambio, pero al mismo tiempo interviene en este contexto como interlocutor.

Para Caillé es importante decir que salvo casos excepcionales, la pareja no requiere de buenos consejos ni tareas educativas, ya que es muy raro que no cuente de entrada con las informaciones necesarias. La dificultad del cambio, no se debe entonces a una ignorancia de soluciones alternativas, sino al hecho de que sólo se aceptan aquellas que concuerdan con la conciencia explícita que la pareja tiene de su naturaleza y sus reglas, lo cual reduce considerablemente las posibilidades de acción.

Una base más de la cual parte la terapia de pareja es la que nos presenta Framo (1990), quién nos dice que cada persona casada cree secretamente que su compañero está seriamente perturbado y no puede amar, por ello, la mayoría de las personas que acuden a terapia marital, lo hacen para cambiar a su compañero, pero, nos dice, que la única manera de cambiar a alguien es cambiando uno mismo, pues si tu eres diferente en actitud o comportamiento, el otro tendrá como respuesta actitudes diferentes. Basándose en que más que en una situación social en la cual los cónyuges deban sentirse cómodos y aceptados, la situación terapéutica es profesional, Framo define una mejoría como el acuerdo mutuo sobre la terminación y la consecución de las principales metas, así como que los cónyuges estén más diferenciados personalmente, que hayan llegado a adaptarse a las raíces de sus expectativas irracionales sobre el matrimonio y sobre el cónyuge derivadas de sus familias de origen, que hayan desarrollado una comprensión más empática de su compañero, que puedan satisfacer sus auténticas necesidades en el marco de sus diferenciaciones , que puedan comunicarse más clara y abiertamente, que se quieran más, que hayan aprendido a enfrentarse conjuntamente a los problemas y que ambos puedan disfrutar más de la vida.

Un marco que para este autor es fundamental (pero no determinante), en la relación de pareja, es el de las relaciones sexuales, las considera como un indicador diagnóstico, en el sentido de que cuando las relaciones sexuales son satisfactorias pueden tolerarse otros problemas, o cuando no lo son o no existen, los demás problemas se exageran. Se ha dado cuenta de que a menudo no pueden aceptarse literalmente la caracterización que hacen los cónyuges de sus relaciones sexuales en la primera sesión; parejas que inicialmente dicen que el sexo es "magnífico", más tarde te dicen la verdad. Dado que la relación sexual es especialmente sensible a las ofensas, la cólera, el rechazo, las decepciones etc. no es sorprendente descubrir que casi todas las parejas que acuden a terapia, tienen disfunciones sexuales o interés muy disminuido por el sexo. La mayoría de la dificultades sexuales de las parejas desaparecen en función del tratamiento de otros problemas por aquellos problemas sexuales que persisten después de una terapia matrimonial exitosa, se deben remitir a

un terapeuta sexual; son raras sin embargo las personas que informan que lo único que han ido a buscar el matrimonio es la excitación del sexo.

Retomando lo que nos dice Norman, hay una especial importancia en explicar claramente al inicio de la terapia a la pareja, que una meta concreta es terminar el tratamiento. Entre el inicio y el final de la terapia, cada miembro de la pareja participa en la experiencia de llegar a ser consciente del efecto del uno en el otro, cada uno adquiere la perspectiva de la importancia de las experiencias del pasado en el presente. Cada uno tiene la oportunidad, bajo la dirección del terapeuta, de descubrir hasta que grado y de que manera el pasado no ha pasado. Norman nos plantea como terminación ideal de la terapia, si las relaciones de la pareja han mejorado durante el tratamiento y si cada uno adquiere la capacidad de guardar luto, para que ambos estén preparados para perder al terapeuta, lo que dependerá del nivel empático del terapeuta para con el paciente.

Finalmente, Satir (1980), nos marca un aspecto de suma importancia para la terapia de pareja, que es aquel del que dependen las relaciones parentales, y que son importantes retomar, pues como ella misma nos marca, existen problemas conyugales que son canalizados en los niños. Nos dice que la teoría sistémica postula que las fuerzas exteriores son importantes principalmente porque afectan a los padres; los padres que enseñan por medio de palabras y de actos, traducen para el niño cual es el significado de las fuerzas exteriores para la familia. Si los progenitores como cónyuges están desilusionados uno del otro, y por ello se sienten molestos, confusos, vacíos, y desesperanzados, cualquier tensión exterior será de un impacto mucho mayor. Si los cónyuges como individuos no integraron lo que aprendieron de sus propias familias, sentirán que es especialmente difícil lograr una integración familiar que les permita dar mensajes claros y persistentes a sus hijos. Básicamente, nos dice Satir, las dificultades surgen cuando un cónyuge enfrenta los deseos del otro. El menor se encuentra entonces atrapado entre exigencias conflictivas y cada uno de ellos verá al niño como un aliado posible contra el otro, como un mensajero posible a través del cual ellos se podrán comunicar, o como un apaciguador del cónyuge.

A simple vista, este podría parecer un problema que se debiera tratar en el contexto familiar, pues el niño está involucrado directamente en el, pero la solución del mismo por la pareja, resolverá efectivamente la triangulación del menor, sin necesidad de su participación en terapia. Por ello, el terapeuta deberá diferenciar perfectamente que subsistema se encuentra el conflicto real, y no dejarse llevar por el impacto inicial de la queja del paciente, que puede ser la familia, un individuo, o la pareja misma.

Cabe mencionar que durante el desarrollo de la investigación teórica localizamos el término "matrimonio" encabezando el mayor número de los artículos referentes a terapia de pareja, sobretodo en los inicios de la misma, sin embargo, y considerando no haber alterado el sentido literal de los textos, para cubrir las necesidades del presente trabajo, no se consideró a la palabra en sí como determinante, cambiándola en algunas ocasiones por "pareja", pues desde nuestro punto de vista en la actualidad la institución matrimonial sigue siendo muy vigente, pero existen parejas no establecidas legalmente, que poseen un compromiso tan fuerte y tan delineado como aquellas que lo están, y como tales solicitan una terapia de pareja.

TÉCNICAS

Dentro de la terapia sistémica, existe un gran número de técnicas que le permiten al terapeuta desenvolverse en los diferentes momentos del desarrollo del contexto terapéutico, básicamente, la diferenciación entre el enfoque de familias y pareja, consiste en la puntuación de las características específicas de los pacientes. A lo largo del marco teórico de nuestra investigación retomaremos las técnicas estructurales que desde luego no son todas o las mejores dentro de la teoría de sistemas, pero que sin embargo han sido el punto de partida de ramales de la terapia de este enfoque, y las más conocidas en la actualidad.

Comenzaremos describiendo las técnicas que Minuchin y Fishman (1991) han desarrollado, quienes nos indican que es la vía para alcanzar el cambio, pero lo que le

imparte rumbo es la conceptualización que hace el terapeuta sobre la dinámica de la familia y el proceso de cambio. Nos dicen que la eficacia de una técnica no se puede valorar sin comprender la meta específica del terapeuta. Es este el que socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento, reúne elementos de los sistemas existencial y estratégico, realinea organizaciones significativas con el propósito de producir cambios en el sistema como un todo; cuestiona la realidad que la familia acepta, y lo hace con una orientación hacia el crecimiento. La terapia estructural de familia comparte el interés de reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización. La expresión cuestionamiento pone en relieve la índole de la lucha dialéctica entre paciente y terapeuta dentro del sistema terapéutico, pero no se refiere a maniobras ásperas o a un conflicto, no obstante que ambas cosas a veces puedan ser indicadas. Designa la búsqueda de pautas nuevas, así como el hecho de que el desorden antiguo tiene que ser acabado para que se pueda formar el nuevo.

Existen tres estrategias principales, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas, las tres estrategias son : cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar; el terapeuta ingresa en la situación terapéutica con el supuesto de que la familia se equivoca, que el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia, el síntoma solo es una solución protectora, y el portador de este se sacrifica para defender la homeostasis familiar. Desde esta lógica, el cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, directo o paradójico, su objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que el paciente tiene del problema, moviendo a los miembros del sistema terapéutico a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes. Las técnicas que están al servicio de esta estrategia son la escenificación, el enfoque y el logro de la intensidad.

Reencuadramiento.

Los pacientes poseen un cuadro dinámico que se ha formado en su historia, que se encuadra a su identidad de organismo social. Cuando acuden a la terapia traen consigo esta geografía de su vida en la definición que le dan; han hecho su propia evaluación del problema, de sus lados fuertes y sus posibilidades. Demandan del terapeuta ayuda para establecer esa realidad que han encuadrado. El primer problema cuando se hace copartícipe del paciente, es definir la realidad terapéutica, para ello, la terapia es una empresa orientada a un fin, pero no todas las realidades serán pertinentes.

Mediante la observación de las interacciones de los miembros del sistema terapéutico, el terapeuta selecciona los datos que le facilitaran la solución del problema. La terapia parte en consecuencia del choque entre dos encuadres de la realidad, la del paciente es pertinente para la continuidad y el mantenimiento de ese organismo en condiciones más o menos estables, mientras que el encuadre terapéutico atiende al objetivo de hacer que el paciente avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional.

El terapeuta inicia su encuadramiento tomando en cuenta lo que el paciente considere importante, pero el encuadrará lo recogido de manera diversa; entonces su tarea es convencer a los pacientes de que el mapa de la realidad que ellos han trazado, pueda ampliarse o modificarse, las técnicas de escenificación, enfoque y obtención de la intensidad, contribuyen al logro del encuadramiento terapéutico. En la escenificación el terapeuta asiste a los pacientes para que interactúen en su presencia, y ello con el propósito de vivenciar la realidad de ellos mismos con su propia definición, después reorganiza los datos, poniendo el acento en ciertos aspectos y cambiando el sentido de lo que ocurre; introduce nuevos elementos e insinúa modos diferentes de interactuar, que de ese modo se actualizan dentro del sistema terapéutico. En el enfoque, el terapeuta, tras seleccionar los elementos que parecen pertinentes para el cambio terapéutico, organiza los cambios de las interacciones, en torno a un tema que les imparte un sentido nuevo. En la obtención de la intensidad, el terapeuta refuerza el sentido del influjo del mensaje terapéutico. Destaca la frecuencia con la que se

produce una interacción disfuncional, las diversas modalidades que ella cobra, y cuanto penetra en los diferentes holones. La obtención de intensidad, lo mismo que el enfoque y la escenificación, contribuye en particular a sustentar la vivencia de una realidad nueva, terapéutica, donde se cuestionan el síntoma y la posición que su portador ocupa.

Escenificación

La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a los pacientes que “dancen” en su presencia. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales. Esta escenificación se produce en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta. Al tiempo que la promueve, este tiene la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los pacientes se emiten señales mutuamente, y controlan la gama de las interacciones tolerables. El terapeuta puede intervenir en el proceso, sea para aumentar su intensidad, prolongar la interacción, hacer participar a los otros pacientes, indicar los modos diferentes de interacción e introducir sondeos experimentales que proporcionarán información tanto al paciente como al terapeuta sobre la índole del problema, la flexibilidad de las interacciones para la búsqueda de soluciones y la virtualidad de modalidades diferentes de desempeño dentro del marco terapéutico.

Cuando el paciente acude a la terapia, suele haber acuerdo sobre quien es el paciente identificado, cual es el problema y como este afecta a los demás subsistemas. Los intentos previos de encontrar soluciones han concentrado excesivamente sus interacciones en el “problema”, convirtiéndolo en el telón de fondo contra el cual ponen en escena todos los demás aspectos de su realidad.

El paciente encuadrado en el problema y las interacciones relacionadas con este son tomados como la realidad pertinente para la terapia. La tarea del terapeuta es llegar a obtener la información que el paciente no considere pertinente, o más difícil todavía, obtener la información de que aquel no dispone. El terapeuta rastreará al paciente ,

requerirá más información de los temas que este ya ha presentado como nucleares, en todo lo cual cuidará de no inmiscuirse en el material, de suerte que la historia siga su propia secuencia selectiva. El terapeuta promoverá el despliegue del material hasta poseer información suficiente. El acto de observar influye sobre el material observado, de manera que siempre se esta sobre verdades de aproximación, verdades probables. El terapeuta desautoriza la fantasía del terapeuta objetivo, y la realidad permanente, y crea en la sesión una secuencia interpersonal donde se escenifica la interacción disfuncional entre los pacientes. En lugar de compilar un historial clínico, procede a introducir en la sesión sectores que el paciente ha encuadrado como pertinentes. Parte del supuesto de que hay algún comportamiento disfuncional solo en ciertos campos, prestar atención a estos permitirá comprender su dinámica nuclear.

Enfoque.

Cuando se observa a un paciente, el clínico es inundado por los datos. Es preciso deslindar fronteras, poner en relieve los lados fuertes, señalar problemas, e investigar funciones complementarias. Seleccionará y organizará estos datos dentro de un esquema que les confiera sentido. Pero esta organización debe ser al propio tiempo un esquema terapéutico que promueva el cambio. En consecuencia el terapeuta organizará los hechos que percibe de manera que formen trabazón entre ellos y posean también pertinencia terapéutica.

Pará hacer esto, falta en primer lugar que el terapeuta seleccione un enfoque, y en segundo, que elabore un tema para trabajar sobre el. Al mismo tiempo, desechará los campos que, siendo interesantes, no son por el momento útiles para su meta terapéutica. En la sesión escogerá ciertos elementos de interacción con el paciente y organizará el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica. Mediante la criba de cierta parte de la información que le afluye durante la sesión, queda en condiciones de situar en la mira los datos que son pertinentes para la terapia. El terapeuta desarrolla una "visión en túnel", y es preciso que tenga conciencia de ello. Tiene que advertir que tan pronto como ha empezado a elaborar un enfoque,

queda programado. Empieza a eliminar información, en consecuencia debe mostrarse hipersensitivo a los indicadores de alerta . Tiene que prestar oídos si el paciente le dice “no le responderé”. Deberá recoger la alimentación que le diga “usted se refiere a sus teorías, no a nosotros”. Tiene que saber también que el enfoque lo hace vulnerable a los peligros de la absorción. Cuando se acomoda al paciente y selecciona datos, puede verse inducido a elegir precisamente aquellos que al paciente le resultó cómodo presentar. El oficio del terapeuta es asistir al cambio, no hacer que solamente haya comodidad.

Intensidad.

Los pacientes tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común, por ello el mensaje del terapeuta puede no ser registrado o perder penetración. El terapeuta necesita hacer que el cliente “oiga” y esto exige que su mensaje quede en el umbral de sordera del mismo. Puede pasar que los pacientes oigan el mensaje del terapeuta pero sin asimilarlo dentro de su esquema cognitivo como una información nueva, esta última impone el reconocimiento de una “diferencia” , pero los pacientes pueden oír como semejante o idéntico a lo que siempre oyeron; pueden en consecuencia no oír, por más que el terapeuta haya conquistado su atención, y por más que ellos escuchen.

Las características del terapeuta son una variable importante; ciertos terapeutas son capaces de suscitar un drama intenso con interacciones muy suaves, mientras que otros para lograr esa intensidad, tienen que recurrir a un alto grado de participación; también los pacientes presentan diferentes modalidades de respuesta al mensaje del terapeuta. Los pacientes ya proclives al cambio pueden aceptar la alternativa del terapeuta como un apoyo que los empuja hacia una dirección a la que de cierta manera quieren marchar. Otros pacientes parecen aceptar el mensaje, pero de hecho lo absorberán en sus esquemas más previos sin cambiar; otros presentarán franca resistencia al cambio, un terapeuta adecuado para presentar atención solo al contenido de los mensajes, puede quedar el mismo tan impresionado por la “verdad”

de su interpretación que no se dé cuenta que los miembros de la familia solo se han limitado a reflejarla al exterior, o asimilaron su mensaje sin recibir información nueva. Un mensaje terapéutico tiene que ser “reconocido” por los pacientes, lo que significa que tienen que recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Los terapeutas tienen que aprender a no quedarse con la verdad de su interpretación, sino avanzar hasta su eficacia. Lo pueden hacer si prestan atención sobre el terreno de la retroalimentación que reciben de los pacientes como indicador de que realmente ejerció influjo terapéutico.

Reestructuración.

El terapeuta tendrá que interponerse a cualquier tipo de interacciones, a fin de hacer sitio a la flexibilidad y el crecimiento. El paciente es un sistema complejo “constituido por un gran número de partes que interactúan de una manera complicada”, estas partes están interrelacionadas en un orden jerárquico, y como en todos los sistemas complejos, de “uniones intracomponentes”. Esto es, las interacciones entre los miembros de un holon son más fuertes que las que ligan a los holones entre sí; en consecuencia, el holon es un contexto sumamente significativo para sus miembros. Los individuos pertenecen a una multiplicidad de holones y cumplen papeles diferentes en cada uno de ellos. En todos se activan segmentos del repertorio vivencial de los individuos.

La terapia es un proceso que se cuestiona el “así se hacen las cosas” y un objetivo importante de ese cuestionamiento son cada uno de los subsistemas pues constituyen el contexto donde se elaboran la complejidad y la competencia. Puesto que la terapia supone el cuestionamiento de la estructura, es preciso que el terapeuta comprenda el desarrollo normal del paciente y el poder de las reglas de los holones ejercen sobre el íntegro desarrollo de ellos. Hay tres técnicas principales para cuestionar la estructura del holon. Las técnicas de fijación de fronteras están destinadas a modificar la participación de individuos; el desequilibramiento modifica la jerarquía de las personas dentro de un holon; y la complementareidad cuestiona la idea de jerarquía lineal.

Fronteras.

Las técnicas de fijación de fronteras regulan la permeabilidad de las que separan a los holones entre sí. Participar en el contexto de un holon específico necesita de conductas especiales para el, y las personas funcionan siempre con una sola parte de su repertorio. Es posible actualizar alternativas potenciales si el individuo empieza a actuar en otro subsistema, o si cambia la índole de su participación en un sistema determinado. Las técnicas de fijación de fronteras pueden apuntar a la distancia psicológica de los pacientes y a la duración de la interacción dentro de un holon significativo. También son necesarias las fronteras entre subsistemas, y si los padres se inmiscuyen en conflictos entre hermanos o adolescentes, si estos descalifican a sus padres o intervienen en el territorio de los cónyuges, o si los abuelos se coligan con los nietos en contra de los padres, si un cónyuge entra en colisión con sus padres o hijos en contra del otro, el terapeuta dispone de una serie de técnicas para trazar fronteras, que en ocasiones se convertirán en reglas del principio de terapia. Podrá decir, “este es mi consultorio, en el que sólo tengo una regla: nadie puede hablar por otros o decir en su lugar como se siente o piensa otra persona , cada quién deberá contar con su propia historia y debe ser dueño de su propia memoria”. Puede utilizar maniobras espaciales concretas para cambiar la proximidad entre los pacientes y se puede utilizar a si mismo como un trazador de maniobras espaciales. Para subrayar su apoyo a alguien en específico puede cambiar las posiciones de las sillas de los pacientes.

Desequilibramiento.

En el desequilibramiento por el contrario, la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El terapeuta entra en cooparticipación y apoya a un individuo a expensas de otro, se alía con el paciente situado en menor jerarquía y le confiere un poder en lugar de quitárselo, desconoce a la central de operaciones. Para

lograr el desequilibrio, el terapeuta debe aliarse con alguien específico, o ignorarlo y hacer coaliciones en contra.

Complementariedad.

Una de las metas de la terapia de sistemas es el ayudar a los pacientes a vivenciar su pertenencia a una entidad que rebasa al sí mismo individual. En esta técnica al igual que el desequilibrio, se apunta a relación jerárquica, con la diferencia de que en esta se cuestionará la idea íntegra de "jerarquía". Si los pacientes son capaces de encuadrar su historia en lapsos mayores, percibirán la realidad de un modo nuevo, cobrarán relieve las pautas del organismo total y se advertirá la libertad de sus partes que a su vez son interdependientes. Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar epistemología habitual de los pacientes en tres aspectos: en primer lugar, cuestionará el problema, esto es, la certidumbre de que existe un paciente individualizado. En segundo lugar, la idea lineal de que un paciente controla al resto, cuando en realidad cada uno sirve de contexto para los demás; y finalmente el modo en que los pacientes recortan los sucesos, para ello introducirá un marco temporal más amplio que enseña a los pacientes a considerar su conducta como parte de un todo más vasto.

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA

Partamos desde el punto de vista de que el perfil del terapeuta, desde cualquier perspectiva se define desde su formación teórica, su propio contacto terapéutico, sus necesidades emocionales, etc., pero sobretodo estas últimas son de una importancia fundamental, pues desde su posición personal elegirá y se orientará a una profesión en especial. A este respecto, Carl Whitaker (op. cit) nos introduce al conocimiento del terapeuta sistémico planteando que la persona que atraviesa el proceso de convertirse en psicoterapeuta lo hace a partir de dos evoluciones caracterológicas funcionales: una es el esfuerzo tendente a vengarse de lo que ve como infancia pobre con mala paternidad, entonces un esfuerzo por evitar el pánico de la represalia, la persona

decide curar a la madre y al padre de sus malas cualidades paternas, o bien a un hermano o algún pariente. Vuelve a asustarse por el peligro o el posible fracaso de este esfuerzo, y se aferra a la oportunidad de llevar a cabo el mismo proceso con seres que se convierten en objetos transferenciales en la vida real. A medida que ese proceso psicológico progresa, por lo común envuelve una preocupación creciente con la patología de las otras personas, en cuanto se relaciona con lo que corresponde a la patología percibida del padre o la madre; el proceso puede evolucionar aún más hasta pasar a ser una reinterpretación atesoradora y simbólica de los episodios, tragedias, fracasos, distorsiones, etc., de la vida real, abarcando todos los relatos de el aspecto criminal, y la escatología sexual.

Si tiene bastantes oportunidades el individuo puede entrar en psicoterapia no profesional, entonces le revela parte de sí mismo, no tolerables sociológica o psicológicamente en público, a unpreciado objeto transferencial. Si todo va bien, puede pasar el experimento de psicoterapia no profesional a entrenarse para realizar terapia profesional; entonces se produce una situación peculiar paradójica, en la que la persona es tanto un hijo como un progenitor profesional temporal. El paciente paga, con lo que está paternalizando al terapeuta mientras el terapeuta imita el rol paternal de llevar las riendas, de un estatus superior, de poseer competencia y sabiduría. Si este aspirante a terapeuta es afortunado, la psicoterapia profesional lo llevará a dar un paso más y se convertirá en un terapeuta aficionado, frecuentemente una imitación de su propio terapeuta, y en el proceso de formación desarrolla objetos de transferencia secundarios. El paso original para convertirse en terapeuta profesional por lo general está gobernado por un especie de tenaz esfuerzo de aficionado, tendente a curar a ese progenitor introspeccionado que el ha estado incluyendo en cada uno de los pacientes que ve, y a manejar su propia contratransferencia con el paciente al que internamente considera como su padre o su madre.

En la profesión de la psicoterapia, nos dice Whitaker, este proceso de ser aficionado tenaz se convierte en la base del derrumbe. El derrumbe desencadena el repliegue técnico desde la relación íntima a manipulaciones mecánicas, que producen

contramanipulaciones por parte de los pacientes; además existe una tendencia a convertirse en víctima del propio sistema delusional. En el proceso de convertirse en un aficionado, es como si uno adoptará de por vida a cualquier persona que le pide ayuda, lo que es muy similar en sus resultados a largo plazo al proceso de la maternidad.

El psicoterapeuta profesional, continuo, es alguien que reconoce sus limitaciones, y establece la situación de modo tal que pueda ser más eficaz; asimismo separa muy cuidadosamente el tiempo, el lugar de ser un terapeuta, y el hecho de que es una persona y tiene una vida. Pasa de ser una persona maternal que tiende a adoptar a todo el que tiene necesidades y las limitaciones de la relación, tanto temporales como debidas a las preocupaciones pragmáticas que rodean a la paternidad temporal.

En el proceso de profesionalización el terapeuta v ascendiendo desde tener conocimientos sobre la terapia, a saber hacer terapia; finalmente si tiene suerte, o si una serie de pacientes lo empujan a una integración y un profesionalismo adicionales se convierte en un terapeuta. Ser un terapeuta es convertirse en una persona que ofrece abiertamente ser un progenitor de imitación, aceptar la transferencia y hacerlo por dinero. El terapeuta enfrenta incluso otro problema en este punto: como volver a caer en el estatus de aficionado de hacer terapia como amor al arte, como imitación del problema que todavía no puede resolver, "el de curar a sus propios padres". La función profesional del terapeuta tiene un beneficio adicional, es un contrato conjunto que el cliente y terapeuta saben que es artificial en el territorio del establecimiento del contrato profesional psicológico. El terapeuta obtiene una retroalimentación que impulsa su propia integración, su propio esfuerzo tendiente a ser más una persona total, detrás de su esfuerzo por ser cada vez más un progenitor artificial u objeto de transferencia adecuado. Pero el profesionalismo queda adicionalmente confundido por el conocimiento de que el terapeuta se enfrentará al fenómeno de nido vacío; inevitablemente el paciente una vez que se le ha ayudado con éxito avanzar hacia la madurez se va de casa, abandona la limitación psicológica de la vida y entra en la vida real. Si el terapeuta ha sido afortunado, o ha tenido determinación, o crece lo

suficientemente durante sus años de trabajo en la profesión, ha desarrollado una vida real que la trasciende a la función de rol de su vida profesional, de modo que el nido vacío se reconoce con la etiqueta de doloroso, pero necesario. En cuanto al papel del terapeuta frente al paciente, sea cual sea este (pareja o familia) sabe, tiene la conciencia constante de que para el terapeuta el lugar, el tiempo y la relación real, sino un rol. No corrige la relación del paciente con la vida, pero le ayuda a obtener en ese microcosmos de la vida real el valor necesario para iniciar la lucha de poner en orden su relación con su mundo real.

El terapeuta está en la posición peculiar de desplegar un rol estructurado, una imitación de sabiduría, de la disposición a desafiar las reglas culturales de interacción social en un escenario especial con un propósito especial. Así, puede realizar su mayor contribución invirtiendo su rol y enfrentando el hecho de que ésta en una relación de persona a persona y no sólo de persona a rol.

Whitaker continua y nos dice que el terapeuta en terapia de parejas debe intervenir, en primer lugar, si aceptamos el concepto de que una de las cosas que sucede cuando la angustia crece demasiado en la diada, en que la pareja triangula a una tercera persona, entonces, hay que permitir que la sesión corra con luchas entre esposos y esposas, y que esta siga su curso, hasta que algún movimiento apunte al terapeuta; el puede ser la persona que alivia la tensión y angustia en la medida en que se le considere aconsejable. En segundo término, se debe poder contar con el terapeuta como crítico de la interacción entre los miembros, después que la angustia se ha asentado, y los individuos declaren su separatividad o su unidad. Nos dice este autor que la tercera función del terapeuta es ser anestesista para ayudar al paciente a tolerar la ambigüedad del "nosotros", la separatividad o la vacilación entre ambas.

Finalmente Carl Whitaker nos refiere que al desarrollar una posición existencial como terapeuta, es importante hacer conocer la propia interioridad. Pero existen limitaciones, que nos indica, son esenciales para el y que a continuación presentaremos en un listado:

1. No revele directamente su interioridad a nuevos pacientes si usted no es un psicoterapeuta, sino un psiquiatra o un psicólogo.
2. No de a conocer problemas importantes, sino solo problemas menores, fragmentos de patología, de la propia excentricidad, de la propia locura, sus asociaciones libres, sus fantasías, sus síntomas psicósomáticos y en particular los que aparecen durante la entrevista.
3. No de a conocer problemas personales nuevos, puesto que probablemente tenga una carga afectiva que oprima al paciente que ya está en lucha con su propio afecto.
4. No deje conocer partes de sí mismo cuando sienta una necesidad imperiosa de ayuda para tratar con ellas. Hacerlos significa invertir la alianza terapéutica de modo que en esencia, se le advierte al paciente que “sea” bueno con mamá”, por que ella esta perturbada.
5. Cuando no se cuenta con otra ayuda para el terapeuta o cuando este no ha tenido terapia, la intimidad de la relación terapéutica tienta a utilizar a los pacientes para el proceso del crecimiento personal. Pero el uso de apertura y el requerimiento de retroalimentación debe apuntar al aliento del paciente, no a convertirlo en terapeuta.
6. No exponga sus propias luchas familiares si el paciente se parece a su esposa, dígame que lo encoleriza porque se parece a alguien significativo para usted con quién está en conflicto, es también importante que no cargue a su esposa o a sus hijos con problemas de transferencia puesto que ellos no tienen conciencia del input (entrada) no tienen por que manejar el output (salida).

Adhiriendo, el mismo autor nos hace referencia a el punto que el considera medular en la terapia de pareja, la empatía que el terapeuta debe sentir con el dolor del paciente, pues, nos dice, que si el terapeuta no puede sentir o empatizar con ese dolor, no está preparado para llevar acabo una buena psicoterapia; si lo está Whitaker desarrolla ciertos pasos que el terapeuta debe observar:

1. El terapeuta debe pedir “decisiones de unidad” que comprometan en la terapia a unidades más grandes que las ofrecidas. La pareja que ocurre a terapia, o el héroe salvador que pide ayuda para las víctimas propiciatorias, no se atreven a enrolar a toda la familia. Es el terapeuta quién tiene que hacerlo, pugnando por conseguir una carga emocional mayor que la que los miembros en terapia pueden o se atreven a ofrecer.
2. El terapeuta debe establecer una enérgica “posición del yo” para manejar la estructura de la interacción profesional, tiene que planificar tiempo, lugar y espacio. No debe aceptar el rol terapéutico exigido hasta definir su control en esta arrea clave. Se trata de una tarea administrativa: aclarar cual es el número de personas involucradas, el lugar y el momento para el encuentro, y la disponibilidad simple del terapeuta.
3. El terapeuta tiene que producir una estructura de poder para manejarlo entre los pacientes. (El terapeuta puede lograr un gran poder si sabe jugar con las inferencias de las migajas del caso que le ofrecieron para que se hiciera cargo).
4. Cuando empieza la terapia, el terapeuta tiene que aprender a negar las partes astilladas en la relación de los pacientes.
5. El terapeuta debe tener la libertad de añadir opciones creativas a los cambios que se empiezan a desplegar, cuando definen su “Posición de yo” que el terapeuta les obliga a desarrollar, al negarse a aceptar el desmesurado poder que le atribuyen.

6. El terapeuta necesita dejar claro que no pertenece a la familia. Hace todo lo que puede por realizar “metacciones” entre ellas se encuentran su repercusión inicial con la familia, producida por la “anestesia” que demuestre que es una persona separada, seguida por su nueva unión, para alentar a los miembros avanzar en su definición de totalidad y su reconstrucción.
7. El terapeuta tiene que ofrecer un modelo no solo de unión e individualización, sino también de apertura, lo hace permitiendo ver destellos de su propia personalidad, d su relación con su familia de origen, sin dejar de preservar con cuidado el derecho a la privacidad de su familia nuclear.
8. El terapeuta tiene que realizar esfuerzos especiales para catalizar nuevas triangulaciones y nuevas triangulaciones y nuevos subsistemas.
9. Es esencial que el terapeuta a cargo estimule los destellos de totalidad que surgen durante el tiempo que los pacientes pasan juntos en la sesión terapéutica.
- 10.El terapeuta debe respetar con mucho cuidado la subcomunidad étnica de cada familia. El sistema cultural de cada paciente es único y el terapeuta no pertenece a ninguna de las familias representadas.
- 11.El terapeuta es responsable de sacar a la luz y estimular la realidad próxima del síndrome bilateral del nido vacío: Tanto el terapeuta como el paciente. se quedaron sólo con la otra parte.
- 12.El terapeuta tiene que ofrecer una “reunión de familia” terapéutico cuando se lo pidan.

Por otro lado Caillé (op cit.) subraya que en nuestra cultura, el hecho de que una pareja se dirija al terapeuta implica una delegación de poder, el terapeuta puede desde el comienzo tomar ciertas iniciativas, las únicas restricciones son que no pueden

entrar en conflicto con el sentido moral o lógico de la pareja. Nos señala que es el terapeuta quién marca el contexto formando parte del sistema terapéutico como actor y director a la vez. Organiza el metasistema de intervención, el cual existirá por un tiempo limitado, y será un contexto útil para una pareja angustiada por el cambio.

El terapeuta, apunta Caillé, interviene en el contexto terapéutico como interlocutor, pero en tanto a director debe distinguir los elementos de la acción introducidos por los dichos y los hechos de las parejas y aquellos que son inducidos por su propia conducta. Al igual que la pareja, el terapeuta representa un elemento activo y original en la escena terapéutica, por conductas y palabras, introducirá puntuaciones y redefinirá las ya introducidas por la pareja.

Este autor enfatiza que lo que legitima indudablemente la importancia acordada al modo en que el terapeuta debe programar su comportamiento, es su doble rol de director y actor protagónico de la escena terapéuticamente relativa al concepto clásico de la neutralidad. La delegación de poder necesaria para la puesta en marcha del tratamiento surge de la demanda de la pareja, el terapeuta no tiene más que situarse en frente de ella como suscribiendo lo que la institucionaliza o no adhiriéndose a los que desestabiliza, si hay neutralidad, debe ser sobre la base de una gran movilidad y una actividad muy consciente por parte del terapeuta. El hecho de que las iniciativas tomadas por el terapeuta sean programadas de antemano, independientemente del comportamiento de la pareja en sesión, permite que aparezcan muchas informaciones interesantes y representa un factor de fluctuación. Nos marca que al final, el terapeuta se encuentra en posición neutral, sin obligaciones ulteriores frente a una pareja que está en posición de innovar. El trabajo realizado durante las sesiones está cargado de significaciones, tanto para el terapeuta como para los miembros de la pareja, pero no implica un vínculo de dependencia.

Norman (en Zuk, 1985) al igual que Caillé enfatiza la importancia de la empatía diciendo que la capacidad del terapeuta para sentirla por el sujeto que recuerda y expone sus intensos sentimientos interiores por la pérdida es un factor crítico que

determina la capacidad de uno de los miembros e la pareja para actuar empáticamente con el que se lamenta en el espacio terapéutico. Básicamente la empatía es la capacidad de una persona para identificarse con otra, en términos de la experiencia emocional. reconocer que ambos han tenido sentimientos afines. La empatía en cualquier psicoterapia incluye una oscilación en la participación subjetiva y la conciencia objetiva de los dos. Hay básicamente dos tipos de empatía en psicoterapia, que el terapeuta debe tomar en cuenta:

1. La empatía es un nivel asociativo, en el que el terapeuta o el paciente reaccionan conjuntamente ante el cometido verbal del pensamiento del otro. Esta empatía asociativa generalmente se manifiesta en el tratamiento de los pacientes neuróticos.
2. La empatía es un nivel afectivo en el que el terapeuta reacciona a los matices emocionales de la corriente verbal de asociaciones del paciente. Está empatía afectiva no puede crearse, porque su presencia en el terapeuta solo puede determinarse basándose en la reacción del paciente.

Finalmente, Satir (1980) nos indica que desde esta perspectiva teórica el terapeuta juega un papel muy importante de director y parte dentro del sistema terapéutico y que (1) debe crear un ambiente en el cual la gente pueda tomar el riesgo de verse a sí misma clara y objetivamente y de ver sus acciones (2) que el paciente se siente asustado, tiene miedo, se siente solo y pequeño y no se atreve a preguntar lo que no sabe pero, (3) el terapeuta no tiene miedo y (4) muestra al paciente que aspecto tiene sobre el otro.

Nos dice que la paciencia es el mejor instrumento con el que cuenta el terapeuta y que el papel de este no es transformar completamente a un individuo del sistema, pues lo puede volver ajeno, es más bien transformar al sistema como un todo hasta el punto en el que el esfuerzo y la tensión sean reducidos y el apoyo pueda desenvolverse a fin de que los miembros del mismo puedan seguir progresando.

Sin hacer una diferencia real entre el terapeuta familiar o de pareja (si en la terapia), Satir realiza la siguiente clasificación de lo que el terapeuta sistémico deberá llevar a cabo en el proceso:

1. El terapeuta debe crear primero un ambiente en el cual la gente pueda, quizá por primera vez, tomar el riesgo de verse a sí misma clara y objetivamente, y de ver sus acciones.
 - a) Tiene que concentrarse en dar confianza a los pacientes, reducir sus miedos e infundirles tranquilidad y esperanza acerca del proceso de psicoterapia.
 - b) Debe mostrar que sus pasos tienen una dirección, que está yendo hacia un objetivo determinado. Los pacientes acuden a él porque es un experto, de manera que él debe aceptar la etiqueta y sentirse cómodo en ese papel.
 - c) Sobre todo, el terapeuta debe mostrar a sus pacientes que puede estructurar sus preguntas con objeto de averiguar lo que tanto como los pacientes necesitan saber.
2. El paciente tiene miedo. No se atreve a preguntar lo que no sabe, se siente solo, pequeño y asustado.
 - a) "Sufre del síndrome de la bola de cristal"; Se supone que debo saber, pero soy pequeño y no puedo preguntar; al mismo tiempo soy grande y lo sé todo; puedo adivinar. Usted, el terapeuta, deberá poder adivinar también".
 - b) Sufre del "síndrome de fragilidad": "Si pregunto, la otra persona se desintegrará. Si pregunto, obtendré una respuesta que hará que yo me desintegre".

- c) Sufre del: “miedo a lo desconocido: Faltan piezas del pasado o está prohibido verlas. Estos son territorios prohibidos.
- d) No sabe que es lo que uno sabe; se siente sin esperanza ha funcionado con información insuficiente durante largo tiempo. Siente que no tiene objeto continuar la lucha.
- e) Le es imposible preguntar acerca de lo que no sabe; se siente impotente. Las personas enfermas no pueden ser directas respecto a lo que quieren. Pueden decir que cosa las lastima, pero no pueden decir que cosa marcha mal.
- f) El enfermo teme que el terapeuta le mienta; se siente lleno de sospechas. Supone que los otros saben algo y no se lo dirán; que los otros ven y escuchan todo.

3. El terapeuta no tiene miedo.

- a) Se atreve a hacer preguntas, y la manera en que las ordena ayuda al paciente a sentir también menos temor.

El terapeuta pregunta cosas que el paciente puede responder para que este se sienta competente y productivo.

El terapeuta involucra al paciente en su proceso de relatar su historia, para poner en relieve detalles de la intimidad.

Esto hace que el paciente perciba que sabe cosas que el terapeuta desconoce y por lo tanto, el, como paciente, puede contribuir con algo. (Los pacientes se interesan mucho en precisar los hechos de su historia pasada. Discuten entre sí acerca de acontecimientos determinados, corrigen al terapeuta, etc.).

El terapeuta hace preguntas que el paciente puede manejar emocionalmente en ese momento, para que se sienta que tiene la situación bajo control.

- b) El terapeuta no sabe que es lo que sabe, pero cuenta con métodos de averiguarlo y verificar su propio conocimiento.

El terapeuta no presupone. No debe pensar que sabe más de lo que no sabe. Lo único que puede asumir es que hay cuerpos frente a él; que están respirando, que es hombre o es mujer y que tienen cierta edad.

Si el terapeuta actúa basándose en sus suposiciones sin verificarlas, a menudo se equivoca, tiene que hacer preguntas a sus pacientes constantemente. El terapeuta debe poner en duda también sus propias suposiciones. Si la familia llega tarde a la cita ¿Significa que se están “resistiendo” o no?

- c) El terapeuta puede preguntar acerca de lo que no sabe. Tiene un método para averiguar hechos:

Hechos acerca de los procesos de planeación, Hechos que revelan fallas en la planeación. Hechos acerca de las percepciones de sí mismo y de los otros. Hechos acerca de las percepciones del papel que las personas desempeñan de los modelos familiares. Hechos acerca de técnicas de comunicación. Hechos acerca de cómo los miembros de las familias expresan sentimientos sexuales y los convierten en acción.

El terapeuta no da a sus pacientes mensajes de doble nivel, para hacerlos sentir que en realidad desea escuchar más acerca de esos temas que acerca de cualquier otro tópico. Las preguntas del terapeuta se refieren a la vida diaria, incluyendo actividades sexuales y periodos en los que los deseos se convierten en acciones. Cuando el terapeuta comenta temas sexuales lo hace de una

manera abierta, concreta y refiriéndose más que todo a los hechos. Trata el tema como cualquier otro. Dice las cosas objetivamente.

- d) El terapeuta no teme que el paciente le mienta; no desconfía. Se da cuenta que el paciente no retendrá deliberadamente la información, ni dará una versión falsa de los hechos. El enfermo actúa movido por un vago miedo de lo que puedan culparle y por una baja autoestimación.

4. El terapeuta muestra al paciente que aspecto tiene ante los otros.

- a) El terapeuta se pone encima de la prohibición cultural que impide hacer observaciones sobre la persona.
- b) El terapeuta se da cuenta de que la gente agradece que se le diga como la ven los demás. Pero esta información tiene que ser dada en un contexto apropiado, dentro de una relación interpersonal apropiada. No conviene apoyar demasiado sobre los defectos y también se deben mencionar los aspectos buenos. Por ejemplo un esposo teme a la crítica social por algún aspecto de su arreglo personal, y recrimina a su mujer el no mencionarlo si ella se había dado cuenta ya de ello.
- c) El terapeuta también puede hacer uso de una grabadora de sonido. Desde luego con el consentimiento de la pareja, se graban conversaciones, y el eco de escucharlas de nuevo puede ser una buena manera de mostrar a la gente como suenan sus palabras y que impresión producen en los otros. Al mismo tiempo se vuelve más fácil para el paciente y para el terapeuta estudiar las interacciones del tratamiento. Además el escuchar las cintas es posible señalar a los pacientes cuales son actos positivos.

5. Cuando el terapeuta pide información o la da, lo hace de una manera que se refiere estrictamente a los hechos, sin lanzar juicios, sin solemnidad y en forma congruente.

- a) El terapeuta verbalmente recrea las situaciones con objeto de recabar hechos. Tiene la habilidad de aceptar a la gente y de imaginarse las situaciones.
- b) Conforme el terapeuta muestra que le es fácil dar y recibir información hace que para el paciente también se vuelvan fáciles las acciones.

Pero el terapeuta debe cuidarse de no dar la impresión de que toma demasiado a la ligera, y de manera inapropiada, los problemas.

6. El terapeuta hace que aumente la autoestimación de los pacientes.

- a) Conforme progresa la entrevista, el terapeuta hace constantemente comentarios que indica "yo lo estimo a usted".
- b) El terapeuta rotula los elementos positivos. El paciente recibe la empatía del mismo hacia sus acciones anteriores.
- c) El terapeuta pregunta al paciente datos que pueda contestar.
- d) El terapeuta hace énfasis en el hecho de que él y sus pacientes son seres iguales en lo que respecta a aprender.
- e) El terapeuta se incluye como persona a quién se le puede preguntar que quiso decir.
- f) El terapeuta investiga la historia y hace notar los logros pasados.
- g) El terapeuta comienza a poner en relieve la idea de que hay buenas intenciones pero mala comunicación.

- h) El terapeuta pregunta a cada miembro que puede hacer para complacer al otro.
 - i) El terapeuta es humano, claro y directo. El amor no basta. Con el hecho de ayudar a las personas a sentir que son simpáticas, el terapeuta intenta lograr una adaptabilidad máxima. Hace que aumente la capacidad de la familia para dar, y disminuye la sensibilidad respecto a temas dolorosos; por lo tanto, decrece la necesidad de defensas.
7. El terapeuta hace que también disminuya la sensación de amenaza cuando fija las reglas de interacción.
- a) El terapeuta se ocupa de cada uno de los miembros que son necesarios estén presentes.
 - b) El terapeuta establece con claridad que nadie puede interrumpir a otros.
 - c) El terapeuta subraya que nadie puede expresar en actos sus deseos, ni estorbar el diálogo entre otros durante la sesión.
 - d) El terapeuta no permite que nadie hable por otra persona.
 - e) El terapeuta trata de lograr que todos hablen claramente para que puedan ser escuchados.
 - f) El terapeuta pide directamente que las personas digan en voz alta lo que piensan.
 - g) El terapeuta bromea.
 - h) El terapeuta relaciona el silencio con maniobras ocultas de control.

8. Por la forma en la que estructura las entrevistas, el terapeuta disminuye la sensación de amenaza.
- a) El terapeuta anuncia que la psicoterapia va dirigida hacia un objeto concreto y tendrá un fin definido. En el momento de comenzar establece los límites. El terapeuta también puede establecer plazos más limitados.
 - b) El terapeuta planea las entrevistas de modo que los pacientes entiendan que el considera que está de parte de todos y a la vez no toma partido por nadie, pues la terapia es conjunta.
9. El terapeuta disminuye la sensación de amenaza reduciendo la necesidad de las defensas.
- a) En una relación disfuncional sus miembros actúan en un reino del terror, temiendo que serán lastimados y que lastimarán a otros. Todos los comentarios se toman como ataques a la autoestimación, por lo tanto el terapeuta debe reducir el terror. Las defensas son simplemente maneras de aumentar la autoestimación y defenderse contra los ataques que la afectan. Así que el terapeuta no tiene que “destruir” defensas para producir cambio, pone todo su esfuerzo en reducir el terror, y reduce así la necesidad de defensas.
 - b) El terapeuta pregunta a cada miembro del sistema que puede hacer que produzca ira en el otro.
 - c) El terapeuta interpreta el enojo como una reacción a sentirse lastimado.
 - d) El terapeuta reconoce que la ira es una defensa y maneja el sentimiento de ser lastimado.
 - e) El terapeuta muestra que es válido defenderse a observar lo que duele y lo que se cree prohibido.

- f) El terapeuta bromea acerca de los miedos básicos de la pareja o familia. Al bromear, o al exagerar una situación ad absurdum, el terapeuta ayuda a disminuir los sentimientos de sobreprotección y de omnipotencia, por lo tanto reduce la necesidad de las defensas.
10. El terapeuta disminuye la sensación de amenaza cuando comenta con tacto el material que lleva una gran carga emotiva.
- a) En la sesión el terapeuta elige con cuidado cual es el momento apropiado de manejar material difícil, y progresa de los temas menos cargados de emoción hacia los más emotivos.
- b) Cuando la atmósfera de la entrevista se pone demasiado tensa el terapeuta cambia el tema hacia otros menos cargados de emoción.
- c) El terapeuta aborda el material cargado de emoción por medio de generalizaciones sobre lo que es más habitual en las familias.
- d) Para manejar material cargado de emoción el terapeuta, relaciona los sentimientos con los hechos.
- e) Para maneja material cargado de emoción , el terapeuta utiliza su manera personal de hablar.
- f) Para manejar material cargado de emoción, el terapeuta traduce la conducta y los sentimientos hostiles.
- g) Al manejar material cargado de emoción, el terapeuta evita salirse del tema antes de recabar suficientes datos para evaluar que provocó los sentimientos.

11. Prosigamos ahora para ver como el terapeuta reeduca a los pacientes para que se conviertan en adultos responsables.

- a) El paciente constantemente insinúa que no se siente responsable de sus actos y de sus sentimientos.
- b) El terapeuta utiliza algunas técnicas para restaurar la sensación de responsabilidad en el paciente. Le recuerda al paciente su capacidad de controlar sus propios actos.
- c) La relación misma entre el paciente y el terapeuta pone en relieve los problemas de responsabilidad.

El paciente se comporta de una manera determinada, actúa como si no pudiera evitar dicha conducta, como si estuviera atado a ese comportamiento. Si el terapeuta también maneja dicha conducta como algo separado de la persona, está diciendo al paciente: pienso que usted no podrá controlarse. El clínico subraya que el hecho de que la conducta pertenece a la persona y fija los objetivos del tratamiento en términos de cambios de conducta.

El paciente espera que el terapeuta sea un gran padre o madre de quién provengan todos los bienes. Espera que el terapeuta se haga cargo del tratamiento pero no trata al paciente como si fuera un niño ni espera que se comporte como tal. Trata al paciente como adulto y espera que se comporte como adulto, no viola el papel de adulto que corresponde al paciente.

El terapeuta no es indispensable para el paciente, aunque algunas veces necesita del padre, del esquizofrénico, quién dice a su hijo: me necesitas para subsistir, por eso el terapeuta no ayuda a sus pacientes en forma nutritiva, arrolladora, simplemente busca que aprendan a ayudarse a sí mismos y a obtener ayuda del otro.

12. El terapeuta ayuda al paciente a ver como sus modelos pasados han influido en sus expectativas y en su conducta.
- a) El terapeuta señala al paciente cuando está actuando con base en modelos pasados.
 - b) El terapeuta abiertamente contradice ciertas expectativas.
 - c) El terapeuta subraya las expectativas al hacer más explícita la comunicación.
 - d) El terapeuta recuerda a sus pacientes que cada uno se casó con el otro por las mismas características de las que ahora se quejan.
 - e) Para subrayar expectativas el terapeuta las exagera.
13. El terapeuta delinea los papeles y las funciones.
- a) El terapeuta mismo reconoce el papel de cada persona y por la manera en que se dirige a cada parte. Al investigar la historia y hablar con la pareja y se refiere a ellos en su función de padres los llama mamá y papá, y los llama por su primer nombre cuando se refiere a ellos como esposa y esposo.
 - b) El terapeuta interroga a los pacientes acerca de sus distintos papeles.
 - c) El terapeuta puede enseñar de manera explícita a la familia cuales son sus papeles.
14. El terapeuta llena los huecos en la comunicación y hace una interpretación e sus mensajes.

- a) El terapeuta separa los dos aspectos de un mensaje: el que atañe a la relación entre las personas que intercambian dicho mensaje, y el que se refiere al contenido del mensaje.

Los pacientes habitualmente confunden esos dos aspectos del mensaje y hablan de las relaciones en términos de “contenido”.

- b) El terapeuta hace una distinción sobre los comentarios de una persona acerca de sí misma y los comentarios sobre los demás. Los pacientes habitualmente confunden los dos tipos de comentarios y no aciertan a distinguir entre la parte de un intercambio que se refiere al que habla y a la que está dirigida a ellos.
- c) El terapeuta pone en relieve las discrepancias importantes en la comunicación.
- d) El terapeuta pone en palabras la comunicación no verbal.
- e) El terapeuta explica en forma clara los mensajes “doble nivel”.

15. El tratamiento se ha complementado cuando cada miembro del sistema terapéutico puede completar las transacciones, verificar con los otros y preguntar lo que no entiende.

- a) Otras razones para terminar el tratamiento son que el hombre y la mujer adultos jueguen en su papel de esposo y esposa: Esto es ser directos, lo cual se nota porque usan el pronombre personal “yo” y en seguida usan frases o hacen preguntas que:

Critican. Evalúan. Confirman una observación. Encuentran defecto en algo. Revelan disgusto. Expresan perplejidad.

Ser definidos, lo cual se nota porque usan lenguaje que muestra con claridad que "yo soy yo" y "tú eres tú" "yo soy un individuo separado y aparte de ti y reconozco mis propios atributos como parte mía. Tú eres tú, eres un individuo separado y aparte de mí y reconozco tus atributos como parte tuya".

b) Ser claros, lo cual se nota porque usan preguntas y frases que reflejan la capacidad de ser directos y averiguar datos acerca de los testimonios, las instrucciones, o las intenciones de alguien más, con objeto de lograr un buen resultado.

c) En resumen, el tratamiento se ha completado cuando los que participan en la psicoterapia pueden usar el pronombre personal "yo", en seguida usando un verbo activo y un complemento directo.

Por otro lado Elkaim, (), nos dice que el terapeuta de pareja debe tener bien claro, que esta no puede comprenderse solo como diada, ni en función de sus familias de origen o como triada en el contexto terapéutico, sino que basta estudiar el comportamiento de la pareja en el contexto de las familias de origen para verificar que los elementos que mantienen y suscitan el conflicto tienen por función (entre otras) mantener las reglas de un sistema que incluye igualmente a esas familias. El terapeuta debe partir del hecho de que la pareja no es más que la parte visible de un sistema más amplio que incluye elementos socioculturales y políticos.

III. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

A. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

La presente investigación consistió en realizar una serie de entrevistas a una población de profesionistas que ejercen como terapeutas de pareja bajo el enfoque sistémico en el área metropolitana, tanto sector privado como público, para obtener el perfil del terapeuta de pareja sistémico.

B. MÉTODO

- **Características de la población.**

La población entrevistada, cubrió con los siguientes requisitos:

1. Especialidad en Terapia de Pareja Sistémica.
2. Ejercían como terapeutas en el Distrito Federal.
3. 6 meses de experiencia laboral como mínimo.

- **Aparatos y Materiales.**

- Grabadora portátil Sony TCN-S68V DCIN3V.
- Cassettes virgen "Sony" (De uno a tres por terapeuta).
- Baterías "AA".

- **Instrumento.**

El instrumento utilizado para recabar información fue una guía de entrevista (ver anexo 1), la cual constó de 34 preguntas abiertas, agrupadas en 7 categorías: 1) Datos

generales, 2) Formación académica, 3) Habilidades del terapeuta, 4) Estrategias de intervención, 5) Técnicas, 6) Aspectos emocionales y 7) Información adicional.

La primera categoría integra variables demográficas y de identificación de los terapeutas, que sirvieron para ubicar la zona laboral, tipo de servicio (privado o público) y tiempo de experiencia en terapia.

La segunda, está constituida por variables relacionadas con: el tipo de formación académica recibida, el lugar, la orientación de dichas instituciones, y hasta los cursos más actuales a los que han asistido los entrevistados.

La tercera categoría incluye la serie de habilidades que se requieren para el ejercicio de la terapia de pareja sistémica.

La cuarta agrupación, contiene aspectos relacionados con los pasos a seguir a lo largo de la intervención terapéutica.

La siguiente categoría abarca las preguntas relacionadas a los tipos de técnicas del conocimiento y dominio de los terapeutas.

En la sexta distribución podemos encontrar las preguntas que nos permiten dar un vistazo hacia el sentir de los terapeutas con respecto a las intervenciones terapéuticas de las que son guías.

En la última categoría incluimos variables relacionadas con la visión de los entrevistados acerca de este enfoque y su futuro en nuestro país.

La distribución de preguntas quedó de la siguiente manera:

CATEGORÍA	NUMERO DE PREGUNTAS
1. Datos generales	9
2. Formación académica	7 (1,2,3,4,5,6,30)
3. Habilidades del terapeuta	8 (7,8,9,11,12,13,24,29)
4. Estrategias de intervención	7 (10,19,120,21,22,23,25)
5. Técnicas	4 (15,16,17,18)
6. Aspectos emocionales	5 (14,26,27,28,32)
7. Información adicional	3 (31,33,34)

- **Situación Experimental.**

Las entrevistas para esta investigación se llevaron a cabo en los consultorios de cada terapeuta o en pequeños cubillos donde ellos además laboraban como profesores.

- **Procedimiento:**

Comprendió básicamente de dos fases: una preliminar, en la cual se llevó a cabo el diseño de la guía de entrevista; debido a el reducido número de personas preparadas como terapeutas de pareja bajo el enfoque sistémico, no se realizó una prueba piloto.

En la segunda fase, se nos proporcionó un directorio telefónico de posibles candidatos para esta investigación, en seguida fueron contactados vía telefónica exponiéndoles a grandes rasgos nuestro objetivo de trabajo y la importancia de su participación en el mismo. Cabe señalar que ningún terapeuta, por saturada que estuviera su agenda de trabajo, se negó a colaborar, sin embargo, no todos los terapeutas contemplados como posibles candidatos fueron contactados por las investigadoras.

C. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Los datos se analizaron cuantitativa y cualitativamente, de la siguiente manera:

Una vez obtenidos la información a partir de las entrevistas realizadas, los datos se ubicaron en las categorías correspondientes (Datos generales, Formación Académica, Habilidades del Terapeuta, Estrategias de Intervención, Técnicas, Aspectos Emocionales e Información Adicional); en base a esto se analizaron los resultados por porcentaje de frecuencias. Así mismo los resultados son expuestos en base a cada una de las categorías ya anteriormente descritas, obteniendo por medio de estas el Perfil del Terapeuta de Pareja Sistémico.

Categoría 1. DATOS GENERALES.

En la categoría número uno correspondiente a los datos generales, encontramos que el 70% de la muestra perteneció al sexo femenino, siendo una notable mayoría con respecto a el 30% restante. Así mismo el 30% de los terapeutas son solteros, el 60% casados, mientras que el 10% restante son divorciados. (Ver Fig. 1.1 y 1.2)

En cuanto al tiempo de experiencia en terapia, el 100% de los entrevistados, hasta el momento de la entrevista al menos poseía 6 meses de experiencia en terapia, pudiéndose notar que el 15% poseían entre .5 a 1 año de experiencia, 15% de 2 a 4 años, 40% de 5 a 8 años, 20% de 10 a 14 años y el 10% restante de 15 a 20 años realizando terapia, aunque no necesariamente exclusiva de pareja o sistémica. (Ver Fig. 1.3)

Con respecto al tiempo de experiencia en terapia de pareja con orientación sistémica, el 30% de los terapeutas poseen entre .5 y 1 año de experiencia, el 45% de 2 a 5 años, y 25% restante de 8 a 12 años ejerciendo como terapeutas de pareja sistémicos. (Ver Fig. 1.4)

El mayor porcentaje de los terapeutas (65%) laboran en la zona sur de la ciudad y una minoría (15%) en la zona norte, así mismo el 80% pertenece al sector privado, mientras que un 15% presta sus servicios al sector público (en el DIF y en la Extensión de Educación Continua de la UNAM) y el 5% restante labora tanto en el sector privado como público. (Ver Fig. 1.5)

Categoría 2. FORMACIÓN ACADÉMICA.

La segunda categoría corresponde a el tipo de formación académica que recibieron los terapeutas de pareja sistémicos.

El 65% realizó sus estudios profesionales en la UNAM, mientras que el 35% restante lo hizo en diversas instituciones tales como: UAM, UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, U. INTERCONTINENTAL, U. JALAPA, e IPN. (Ver Fig. 2.1)

En lo que se refiere a las orientaciones teóricas que poseían las instituciones en donde realizaron sus estudios, sólo el 85% eran psicólogos, de los cuales la orientación conductual y cognitivo conductual ocupó un 40% de frecuencia, el 30% la orientación psicoanalítica y el siguiente 15% reportó haber recibido formación ecléctica; mientras que el 15% pertenecía a otras disciplinas (Sociología, Pedagogía y Medicina). (Ver Fig. 2.2)

Los terapeutas de pareja poseen diferentes especializaciones (sin contemplar la especialización en Terapia de Pareja Sistémica) que es una constante en la totalidad de los sujetos entrevistados, las cuales se pueden observar en la siguiente tabla:

SUJETOS	ESPECIALIZACION
1	TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y PSICOLOGIA EXPERIMENTAL
2	CIENCIAS DE LA COMUNICACION Y TERAPIA PSICOANALITICA
3	TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA
4	PSICOPEDAGOGIA
5	PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL
6	PSIC. COGNOSCITIVA, MEMORIA Y PSICOLOGIA EXPERIMENTAL
7	ADMINISTRACION EN INVESTIGACION EDUCATIVA
8	TERAPIA PSICOANALITICA
9	PSICOTERAPIA CORPORAL
10	TERAPIA FAM. SISTEMICA, TERAP. PSICOANALITICA Y TER. SEXUAL.
11	TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA
12	TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA
13	TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA
14	PSICOLOGIA EDUCATIVA
15	TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA
16	PSIC. CLINICA, TERAP. PSICOANALISTA, TERAP. FAMILIAR SISTEMICA
17	PSICOLOGIA CLINICA, PSICOLOGIA INDUSTRIAL
18	MEDICINA FAMILIAR, DINAMICA FAMILIAR
19	PSICOLOGIA HUMANISTA
20	TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

La mayoría de los terapeutas han realizado sus especializaciones dentro del País (70%), mientras que el 30% restante ha tenido la oportunidad de especializarse en Palo Alto California (Donde se encuentran los avances más recientes de éste enfoque). Así mismo en los dos últimos años , el 35% de los sujetos realizó como último curso de especialización el diplomado de Pareja con orientación Sistémica

(UNAM), el 40% se encuentra bajo supervisión de casos en terapia, en tanto que el 25% restante ha acudido a congresos, talleres y cursos diversos. (Ver Fig. 2.3 y 2.4)

En lo que respecta a la formación requerida para ser terapeutas de pareja, estos manifestaron los siguientes requisitos: (ordenados de mayor a menor frecuencia). a) Entrenamiento teórico, b) Entrenamiento práctico, c) Supervisión, d) Experiencia personal, e) Conocimiento de otros enfoques, f) Investigación. (Ver Fig. 2.5)

Las principales causas que llevaron a los terapeutas de pareja para especializarse como tales son: 1) la importancia de la relación de pareja, 2) para complementar su terapia y 3) por conflictos personales. (Ver Fig. 2.6 y cuadro 2.6)

En cuanto a la elección del enfoque, los entrevistados manifestaron las siguientes razones: por ser específico, breve, dinámico e integral. (Ver Fig. 2.7)

Categoría No. 3 CARACTERÍSTICAS Y HABILIDADES.

En la tercera categoría encontramos que el 70% de la población manifiesta que no hay ninguna característica específica que distinga a los terapeutas de pareja sistémicos de otros; el 15% plantea que deben ser personas que posean una vida en pareja; el 5% menciona que una característica de este, es el respeto innato a la pareja; el 5% restante opina que una característica es la edad del terapeuta y que ésta debe ser superior a los 40 años. (Ver Fig. 3.1)

Respecto a las habilidades que poseen los terapeutas de pareja, los entrevistados nos mencionan las siguientes:

- manejo de circularidad,
- empatía
- neutralidad
- ética

- capacidad de análisis
- manejo de técnicas
- plasticidad
- capacidad de escuchar
- objetividad
- capacidad verbal
- sensibilidad
- capacidad de observación
- inteligencia
- salud mental
- curiosidad
- manejo de transferencia (Ver Fig. 3.2)

Referente a los estilos de comunicación del Terapeuta de pareja sistémico, los sujetos expresaron que este dependía: de la personalidad del terapeuta y/o del paciente, y lo hacían de forma confrontativa, circular, clara y abierta con connotación positiva y digital. (Ver Fig. 3.3)

Categoría No. 4 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.

En la cuarta agrupación se encontraron algunos aspectos importantes durante la sesión terapéutica.

Primero, la conceptualización del papel del Terapeuta de Pareja Sistémico, expresado como: movilizador del sistema, promotor, facilitador, constructor, orientador, mediador, espectador del drama de la pareja, y finalmente, parte importante, para cubrir “huecos emocionales”. (Ver Fig. 4.1)

Segundo, el 65% de los terapeutas selecciona a sus pacientes en base a sus propias habilidades y limitaciones personales, mientras que el 35% restante reportó no tener opción de ello. (Ver Fig. 4.2)

Tercero; Las diferentes etapas por las que atraviesa el tratamiento terapéutico:

- a) Establecimiento del Joining,
- b) Diagnóstico,
- c) Contrato,
- d) Intervención,
- e) Cierre,
- f) Seguimiento.

En donde el 100% realiza las cinco primeras etapas y sólo un 25 % lleva acabo un seguimiento de sus casos. (Ver Fig. 4.3)

Cuarto: El establecimiento de un reglamento al inicio del tratamiento terapéutico, siendo una constante en la terapia de pareja con orientación sistémica, encontrándose que la regla más comúnmente establecida es la frecuencia de sesiones, duración de las mismas, costo, la inasistencia a la cita crea honorarios, sin previo aviso; no actos de violencia y amenaza durante la sesión entre la pareja o hacia el terapeuta, y durante el tratamiento no habrá secretos entre el terapeuta y alguno de los cónyuges, ni habrá citas individuales imprevistas, nadie habla por otros. (Ver Fig. 4.4)

Cuando estas reglas por alguna causa no son respetadas, el 55% de los terapeutas afirman que realizan un replanteamiento de límites y acuerdos, el 30% lo prevé, y no llega a permitirlo, el 15% restante suspende la terapia. (Ver Fig. 4.5)

Quinto: La culminación de la terapia. El 70% de los entrevistados indican que la terapia llega a su término cuando se han cumplido los objetivos establecidos tanto por el terapeuta, como por los pacientes al principio del tratamiento; el 25% da por terminada la intervención cuando los pacientes lo solicitan, independientemente de los objetivos preestablecidos, cabe señalar que en estos casos, los terapeutas dijeron analizar la situación conjuntamente a sus pacientes sin pretender retenerlos a la fuerza e invitándolos a regresar si lo consideraban necesario; el 5% restante menciona que en

su caso la mayoría de los pacientes terminan en deserción , y en caso de no ser así, este se da por haber cumplido un plazo de tiempo establecido administrativamente para cada pareja. (Ver Fig. 4.6)

Sexto: Las principales limitaciones a los que se enfrentan los terapeutas de pareja sistémicos, son las cuestiones de tipo personal (agendas secretas) aún no resueltas, una falta de entrenamiento, falta de experiencia, y los casos borderline. (Ver Fig. 4.7)

Categoría No. 5 TÉCNICAS.

La siguiente categoría reporta los tipos de técnicas del conocimiento y dominio de los terapeutas de pareja sistémicos.

A continuación presentamos (de mayor a menor frecuencia), las técnicas que los terapeutas de pareja entrevistados consideran necesario conocer y manejar como principales herramientas de trabajo dentro de la terapia: a) la intención paradójica, b) connotación positiva, c) grupo reflexivo; d) cuestionamiento del síntoma, e) narrativa, f) cibernética de primer orden, g) metáfora, h) técnica de soluciones, i) confrontación, j) relajación, k) estratégicas, l) genograma, m) comunicación, n) lenguaje constructivista, ñ) psicodrama y o) de otros enfoques. (Ver Fig. 5.1)

De las cuales las que ellos más emplean son las siguientes: A. metáfora, B. para-dója, C. connotación positiva, D. grupo reflexivo, E. narrativa, F. preguntas circulares, G. relajación, H. tareas, I. cuestionamiento del síntoma, J. técnicas de soluciones, K. reconstrucción de sueños, L. técnicas ericksonianas, M. psicodrama, N. proceso de cambio y rituales terapéuticos, Ñ. genograma y cooterapia, O. puesta en alto, P. coreografía de parejas, Q. hipnoterapia. Argumentando además que un 85% de los sujetos “algunas veces”, han tenido que modificar las técnicas sistémicas, sin embargo mencionan que más que modificarlas, se adaptan a ellas de acuerdo a su propia personalidad y sobre todo a las demandas de sus pacientes, el 15% restante expresa no haber tenido que adaptar estas, puesto que llevándose acabo las técnicas tal como

son presentadas, estas no requieren de una adaptación extra, sumando a ello el trabajo de cooterapia. (Ver Fig. 5.2 y cuadro 5.2)

Categoría No. 6. ASPECTOS EMOCIONALES.

La sexta categoría nos permite conocer el sentir de los terapeutas en relación a las intervenciones terapéuticas.

Con respecto al significado que tiene para los terapeutas de pareja sistémicos, el que la intervención terapéutica haya llegado a su término, el 95% de los sujetos manifestó sentir una gran satisfacción por el esfuerzo logrado, tanto por los pacientes, como por ellos mismos, algunos de estos terapeutas mencionaron que además de sentir dicha satisfacción, sentían tristeza por la pérdida de esta relación, mientras que el 5% restante expresó que su sentir dependía del bienestar de los pacientes (reiterando que este terapeuta pertenecía a una institución pública DIF. en donde se asistía por mero requisito legal y no por interés del propio paciente).

El significado que tiene para los entrevistados cuando los pacientes abandonan la terapia y queda inconclusa la intervención, es el siguiente: Primero, analizan su intervención (surge un pensamiento de inhabilidad), Segundo. no era el momento del paciente para efectuar el cambio en su vida, Tercero, argumentan una irresponsabilidad por parte del paciente y sólo una minoría (10%) de los terapeutas manifestó no haber pasado por casos de este tipo. (Ver Fig. 6.1)

Por otro lado los terapeutas nos afirman que cuando se enfrentan a un paciente que no les es grato; prefieren referirlo a otro terapeuta y analizar por su parte el motivo de tal desagrado. Posteriormente al cuestionarles la importancia que tenía el paciente en la vida del terapeuta , estos respondieron de forma unánime que esta era meramente profesional, aunque esto no significaba sólo una fuente de ingresos, sino que se les respetaba y se les otorgaba un valor como seres humanos que luchan por cambiar su forma de vida.

Categoría No. 7 INFORMACIÓN ADICIONAL

En esta categoría se reporta la visión de los entrevistados acerca del enfoque sistémico y su futuro en nuestro País.

Primeramente se les cuestionó quienes tenían acceso a este tipo de terapia, a lo que el 55% manifestó que esta terapia estaba abierta a todas aquellas personas que deseen un cambio en su vida, mientras que el 45% restante, nos dice que este tipo de intervención, es accesible sólo para la clase media-alta, por su preparación cultural y el costo del tratamiento. (Ver Fig. 7.1 y cuadro 7.1)

En segundo término se les pidió su opinión sobre el futuro del enfoque sistémico en México, a lo que el 100% cree que se vislumbra un amplio futuro por su brevedad, dinamismo y eficacia en comparación con otros enfoques clínicos.

Finalmente podemos encontrar los diferentes puntos de vista que se traducen como consejos, de los 20 terapeutas entrevistados hacia los profesionistas que pretenden especializarse en terapia de pareja bajo el enfoque sistémico, y por el carácter individual de cada uno de estos, serán descritos en el siguiente listado:

- Entrenamiento teórico y práctico no sólo de este enfoque.
- Que se entrenen en instituciones serias.
- Que reflexionen antes de tomar esta decisión.
- Que tomen en cuenta el aspecto económico que se requiere para su propio entrenamiento.
- Leer autores, asistir a teatros, cines y tener mucho contacto con la problemática humana.
- No tomar la terapia como única fuente de ingresos.
- Que su entrenamiento se acomplete con supervisión.
- Asistir a una terapia para resolver conflictos personales.

- Antes de tomar la decisión de ser terapeutas de pareja, que investiguen y conozcan lo que hace un terapeuta de pareja, para evitar desilusiones.
- Actualización constante.
- Humildad para reconocer sus propias limitaciones.
- Tener mucho empeño sobretodo en el principio de su carrera terapéutica, ya que en esta etapa suele haber dificultades, pero posteriormente, el descubrir que ayudar a la pareja es constructivo habrá muchas satisfacciones.

IV. EL PERFIL DEL TERAPEUTA DE PAREJA SISTEMICO.

En el presente capítulo se expondrán las principales características del terapeuta de pareja sistémico que desarrolla su labor dentro del área metropolitana de la ciudad de México, obtenidos por medio del análisis de las entrevistas realizadas a 20 terapeutas que ejercen como tales, reiterando que la información aquí descrita es sólo válida para esta muestra y por tanto para nuestra investigación.

Una de las primeras características es que, para ser terapeutas de pareja bajo este enfoque, no necesariamente se requiere de una formación profesional como psicólogo, sin embargo si se necesita haber cursado una licenciatura ubicada en el ramo social y de salud, independientemente de la disciplina que esta sea.

Para poder ejercer como terapeuta de pareja sistémico, es imprescindible haber obtenido una especialización como tal, sin importar la institución donde se realice.

Las personas que ejercen la terapia de pareja sistémica son tenaces, ya que no se conforman con las enseñanzas que obtuvieron en la licenciatura, ni en la especialización; sino que tienen una gran apertura a mirar , incluso a otros países (si sus posibilidades económicas se los permiten), sobre las innovaciones que día con día se van creando , en el área clínica y sobre todo de la pareja, siempre en busca de una mayor y mejor complementación de su formación terapéutica, puesto que están en un constante desarrollo. Algunos inclusive promueven y realizan la investigación. Aunque es importante señalar la poca difusión que cobra en este enfoque la investigación.

Los terapeutas de pareja consideran de suma importancia, el entrenamiento teórico, así como un buen entrenamiento práctico, con una supervisión continua de casos; ya que esto les retroalimenta, tanto en su desarrollo como en sus habilidades terapéuticas. Asimismo señalan la relevancia que tiene la vivencia personal con una

pareja, esto para una mejor comprensión de la dinámica que se da en torno a la pareja.

Los entrevistados manifiestan haberse decidido a ser terapeutas de pareja por lo siguiente: primeramente por la relevancia que tiene la pareja en el sistema y en su propia vida, el como conciben a la pareja (fuera del consultorio); segundo dado la magnitud de problemas generados por la pareja dentro del sistema familiar se requería de un entrenamiento adicional específico, tercero, por sus propios conflictos con sus respectivas parejas, los llevo a adentrarse en algo que fuera funcional y práctico.

Se puede afirmar que este enfoque fue asumido por los terapeutas porque corresponde de una manera general a sus propias características y necesidades, ya que es claro, específico, breve, dinámico y sobretodo integral (cosa que hasta el momento no han ofrecido otros enfoques).

Una de las principales habilidades del terapeuta de pareja con orientación sistémica es su flexibilidad manifiesta en la parte final de cada sesión, en el recuento de los aspectos más importantes de esta, pues implementan una manera particular para cada uno de sus pacientes, principalmente con connotación positiva; asimismo podemos encontrar esta flexibilidad pues permite la intervención de un grupo reflexivo, que puede, o no, estar de acuerdo con su intervención, así como por medio de tareas que pueden alterar el rumbo de la terapia de acuerdo a lo que la pareja encuentra fuera del sistema terapéutico.

Asimismo el terapeuta de pareja prioriza los objetivos y necesidades del paciente, que a pesar de ser diferentes en cada sesión, son los que delimitan y marcan el curso de la misma, sin dejar el mando sobre ellos, pues el éxito de la intervención dependerá de como el terapeuta maneje la información, objetivos y metas inmediatas de la pareja, es decir de sus habilidades para relacionar lo anterior, con los objetivos del terapeuta y por ende del bienestar del paciente en relación a ello.

Su flexibilidad es puesta en evidencia también cuando da por terminado el tratamiento terapéutico, esto es, cuando los objetivos del terapeuta y los de la pareja son cumplidos, el terapeuta dará un mayor énfasis e importancia a los de esta. Así mismo de haber hecho un recuento de los logros en sesión y de no encontrar del todo cubiertas las metas establecidas en el principio de la intervención tanto por el como por el paciente, si los miembros de la pareja solicitan un cierre, independientemente de haber o no cumplido sus metas, el terapeuta no trata de retenerlos por la fuerza, y deja para ellos un espacio abierto del cual ellos pueden hacer uso si en algún momento lo sienten necesario.

Esto sin embargo no deja la responsabilidad del logro de objetivos o de resultados, sobre el terapeuta, sino que a cada sesión el terapeuta tiene a su cargo el proveer de las herramientas necesarias para extrapolar las condiciones que se vivieron dentro del sistema terapéutico, a su vida cotidiana, además de exigirle y por lo tanto facilitarle el tomar decisiones por sí mismo, es decir, el terapeuta de pareja sistémico no genera una dependencia de sí, hacia el paciente.

Así, podemos encontrar que dentro del sistema terapéutico, el terapeuta de pareja adopta los siguientes roles: El de movilizador del sistema, es decir que, con su intervención, el terapeuta de pareja sistémico logrará cambiar en cualquier sentido la conceptualización del conflicto que la pareja presenta, para lograr el cambio que ella busca; el de promotor, facilitador y constructor de nuevas situaciones y objetivos comunes de la pareja a la que esta interviniendo; como orientador, para mostrar a la pareja las distintas alternativas que tiene a su alcance para lograr los objetivos específicos que no han podido realizar en común, o para encontrar los mismos; puede ser un mediador a través del cual uno de los miembros de la pareja puede dar a conocer sus metas a el otro y convertirlas en comunes; asimismo puede ser un espectador del drama de la pareja, que al intervenir simplemente como tal, les posibilita a concebir su conflictiva de una manera diferente, o simplemente a encontrar que la manera en que estaban interactuando no era la adecuada; finalmente el terapeuta de pareja sistémico por el rol o papel que asume dentro de la terapia

(independientemente del que sea) cubre los huecos emocionales que la pareja presenta, a lo largo de la intervención.

El terapeuta de pareja sistémico realiza una selección de sus pacientes de acuerdo a sus limitaciones personales, este terapeuta cuida de no ser lastimado, agraviado, y de no intervenir en casos que por sus características personales le puedan amenazar emocionalmente; por otra parte, si esta selección no es realizada, no será por lo que su historia personal o formación profesional así lo marquen, sino porque por ese momento no existen mas alternativa que brindar una atención, posiblemente por lo que la institución en la que labora le exige; una limitación más que demandará una selección son los casos psiquiátricos o de adicciones que en caso de no ser referidos, deberán tratarse conjuntamente con otros especialistas.

Los terapeutas sistémicos asumen su condición humana, al manifestar ciertas limitaciones en situaciones terapéuticas, tanto personales como profesionales y no de omnipotencia como otros enfoques .

Los terapeutas manejan una amplia variedad de técnicas terapéuticas sistémicas, sin embargo no están casados con ellas, ya que si la situación se lo amerita, no duda en hacer uso de técnicas de otros enfoques, siempre pensando en el bienestar de los pacientes.

Es de suponerse que debido a la flexibilidad, dinamismo y apertura que caracterizan a estos terapeutas , tengan que readaptar las técnicas empleadas, ya que consideran a cada pareja como un sistema diferente, a otro, debido al contenido específico de valores y creencias de cada paciente.

CAPITULO 6. CONCLUSIONES

El presente trabajo nos ha permitido conocer las principales características que los terapeutas de pareja poseen así como las habilidades que han desarrollado a lo largo de su ejercicio profesional. Consideramos pertinente recalcar que nuestro objetivo no es colocar al terapeuta de pareja sistémico dentro de una posición pri-vilegiada del mejor, ni a la orientación sistémica por si misma como la poseedora de la verdad a seguir en terapia de pareja, mas bien pretendemos facilitar el conocimiento de las características y exigencias de esta joven orientación en proceso, permitiendo que por el estudio del perfil presentado en el capítulo VI, el profesional de la salud que de el consulte y elija el planteamiento sistémico como su opción a seguir, disponga de este como una base preliminar que le permita derivar un análisis detallado de si mismo en relación con lo presentado, que le lleve a la elección por convicción y conocimiento del enfoque, logrando por lo tanto, mejores resultados en su intervención. Estamos convencidas de que no hay un enfoque mejor que otros, sino que es el terapeuta quien hace de su enfoque el mejor por medio de un profesionalismo y entrega en su labor terapéutica, que únicamente puede ser lograda por medio del manejo a fondo del conocimiento tanto teórico como practico de su orientación. Así, en una posición ambiciosa, pretendemos ser plataforma de despegue hacia el conocimiento de la terapia sistémica enfocada a la pareja.

Bien sabemos que la psicología ha sido dividida en diversas corrientes y orientaciones teóricas, en todas ellas el propósito de estudio es el mismo, el método de abordaje es el que marca la diferencia que en cada caso da un nombre específico a cada terapeuta. El objetivo primordial en cada uno de ellos es mejorar la calidad de vida del individuo, por lo que el marco teórico determinará la manera de trabajar del terapeuta, que hará por tanto su participación diferente; siendo así que los resultados obtenidos no difieren entre sí, sin embargo afectarán diferentes ámbitos de la vida del paciente, pues la conceptualización del conflicto variará de una corriente a otra, de la misma manera que el concepto mismo del terapeuta.

En los modelos tradicionales como el psicoanalista, humanista y conductual (entre otros), la práctica terapéutica se ha guiado desde una epistemología lineal, determinista de "causa y efecto", que atiende al síntoma como resultante de un evento Pasado albergado en el inconsciente, o debida a causas medio ambientales que en el presente derivan a una alteración conductual. En cambio, la conceptualización sistémica nos plantea que el entorno, la personalidad, la vida misma y la conflictiva de una persona están determinadas por la conceptualización de la familia como un sistema, con elementos que interactúan entre sí y con el exterior, que le dan una historia específica sin descartar los repertorios aprendidos que están afectados por ellos mismos, y que se ponen de manifiesto recursivamente.

Derivada de este concepto, la vida en pareja de un individuo es parte medular de su existencia, y del sistema familiar en sí, pues es la base del mismo, y a su vez, es parte fundamental de la sociedad. La conflictiva marital o de pareja ocupa un lugar importante de las quejas presentadas en el consultorio, mas no todas las corrientes clásicas toman el riesgo de trabajar con dos personas en la misma sesión (pareja), la terapia sistémica ha desarrollado un área específica encaminada al trato de la pareja humana como un sistema independiente y recurrente, con necesidades mas allá de la familia. Como en cada corriente; el conocimiento del marco teórico es la parte angular del tratamiento, por ello el terapeuta de pareja sistémico debe poseer formación especializada en el trato de la pareja conjuntamente, característica que sólo este enfoque toma como condición de intervención.

Consideramos que el terapeuta de pareja sistémico, dada la importancia de su labor, debe tener en claro los aspectos claves de su personalidad, sus valores, y ser honesto con ellos, antes de con los de los demás, tiene que estar cultivando día a día su persona, su sentido hacia la vida, su madurez y desarrollando su vida profesional. Debe ser una persona comprometida con su labor y amarla, pues como ya hemos dicho, no responde a reacciones lineales, y debe superar la simple aplicación mecánica de técnicas, pues el éxito de ellas dependerá de el mismo como "Ser-humano-terapeuta"; esto es, ser plenamente profesional, pues de su desempeño y

guía dependerá el curso de un tratamiento y su éxito, ya que en sus manos esta el construir opciones, no sin hacer responsables de sí mismo a cada uno de los miembros de la pareja, y discernir para ellos y con ellos sus propias responsabilidades para cumplir el objetivo general de la terapia sistémica: restablecer el crecimiento a través del cambio estructural del aquí y ahora de la pareja sin perder la historia familiar de cada uno en relación a su vida común, lo que trae mejores resultados en un número menor de sesiones.

El papel del terapeuta por lo tanto es claro, es actor -director del sistema terapéutico pero, ¿qué hay acerca de sus características?. Como podemos observar no existen características de personalidad, posición económica o familiar específicas en los terapeutas entrevistados, que determinen la elección de la orientación, lo que realmente cuenta para el correcto desempeño de su labor son las habilidades que este desarrolla a través de su permanente formación. Sin embargo en la población analizada se pudo observar que todos los terapeutas de pareja sistémicos dentro del área metropolitana poseen vida de pareja con mayor o menor grado de compromiso legal y que la mayoría de ellos son mujeres, lo que nos lleva a una pregunta que podría ser tomada para punto de partida para posteriores investigaciones ¿Por qué el género femenino predomina entre los terapeutas de pareja sistémicos?. Posiblemente, dentro de nuestra sociedad machista de base matriarcal, el rol del cambio, promoción y unión de la pareja y familia descansa sobre la mujer, es ella quién está al mando del hogar y de las relaciones, quién por lo tanto está más sensibilizada a la búsqueda de una solución; o posee una carga cultural de culpa mayor, que le lleva a la búsqueda de ayuda para sacar adelante las relaciones, le da la responsabilidad de solucionar conflictos al precio que sea, la información está dada, "la promotora del bienestar de la familia es la mujer".

Desafortunadamente, a pesar de las ventajas que ofrece esta terapia, aún no es completamente aceptada socialmente, y debido al alto costo no es totalmente accesible para toda la gente que realmente lo necesita, pues a pesar de que los terapeutas entrevistados plantean que todo aquél que la necesite tiene acceso a ella y

que es económica por su reducido número de sesiones, los consultorios en que ellos laboran están en su mayoría ubicados en la zona sur del Distrito Federal, en donde los servicios son más caros, por lo tanto el costo de la terapia también. Dentro de nuestro contexto social encontramos que el gran impedimento de la población hacia la terapia psicológica es el aspecto económico, pues el costo de la terapia de pareja con orientación sistémica es de aproximadamente un salario mínimo semanal por sesión, las prioridades a cubrir en una familia común mexicana, son obviamente las necesidades básicas, y la terapia no es aún considerada como una de ellas.

Finalmente consideramos de suma importancia realizar nuevas investigaciones entorno a la problemática de la pareja, tomando en cuenta los valores, hábitos creencias y antecedentes familiares de la población Mexicana, ya que los estudios que se han realizado, han sido en otros contextos sociales y económicos por lo que es sugerible, elaborar incluso proyectos con la colaboración gubernamental tanto en sector educativo, como el sector salud, para dar a conocer la serie de alternativas que ofrece la Psicología moderna para el desarrollo integral del individuo y por ende del propio País.

VI. CONSIDERACIONES FINALES.

Como hemos podido darnos cuenta a lo largo de esta investigación, en Psicología existen diferentes corrientes teóricas, que permiten a las parejas que desean promover un cambio en su relación varias vertientes o alternativas que dichas corrientes brindan a los pacientes dentro de un campo terapéutico.

Una de las consideraciones de este trabajo han estado encaminadas a exponer; como el marco teórico determina el nombre y la forma de actuar del terapeuta, así como las habilidades y características que debe poseer para tal enfoque.

Dado que ya se ha expuesto de manera específica cada una de las corrientes teóricas más sobresaliente de nuestro tiempo a continuación expondremos de manera breve como algo adicional a nuestra investigación un cuadro comparativo entre cada una de las corrientes aquí planteadas (PSICOANALÍTICO, CONDUCTUAL, HUMANISTA Y SISTÉMICO).

1. CONCEPTO DE PAREJA.

PSICOANALISTA	CONDUCTUAL	HUMANISTA	SISTEMICO
<p>La pareja se refiere a una función interna que impregna ya sea el funcionamiento interior del individuo como el de la pareja exterior y concreta en la familia. Se entiende un recíproco acuerdo inconsciente que determina una relación complementaria en la cual c/u acepta desarrollar ciertas partes de sí conforme con las necesidades del otro y renuncia a desarrollar otras partes que en cambio proyecta sobre el compañero.</p>	<p>Se considera la pareja como una relación interpersonal cuyo mantenimiento está sujeto a la regla general del intercambio de reforzamiento. A su vez este sistema de interacción implica una interdependencia respecto al funcionamiento de cada uno de ellos, hacia el otro.</p>	<p>La pareja es un intercambio de comunicación de sentimientos y emociones, tanto positivas como negativas, formadas para cubrir sus propias expectativas, en donde intervienen aspiraciones conflictivas, deseos contrapuestos, reservas independientes de fuerza y su apoyo mutuo.</p>	<p>La pareja es un subsistema que posee un conjunto de valores y expectativas tanto explícito como inconsciente, que va desde el valor que atribuyen a la independencia de las decisiones, hasta la opinión de cosas poco trascendentales o determinantes dentro de la convivencia cotidiana.</p>

2. SE DENOMINAN DE ACUERDO AL ENFOQUE COMO:

PSICOANALISTA	CONDUCTUAL	HUMANISTA	SISTEMICO
ANALISTA	MODIFICADOR DE LA CONDUCTA	TERAPEUTA	TERAPEUTA

3. PALABRAS CLAVES DEL ENFOQUE EN TRATAMIENTO A PAREJA.

PSICOANALISTA	CONDUCTUAL	HUMANISTA	SISTEMICO
COLUSION	COHESION	CONCILIACION CON EL YO	HOMEOSTASIS

4. TRATAMIENTO

PSICOANALISTA	CONDUCTUAL	HUMANISTA	SISTEMICO
NO TIENE LIMITES (DURAR DE POR VIDA).	TIENE UN LIMITE DE ACUERDO AL OBJETIVO PLANTEADO.	NO TIENE LIMITE.	CUANDO SE CUMPLEN LAS EXPECTATIVAS DE LA PAREJA.
ATIENDEN SOLO A UN CONSORTE O A LA PAREJA POR SEPARADO.	ATIENDEN A LA PAREJA EN CONJUNTO.	ATIENDEN A UN SOLO CONYUGE.	ATIENDEN A AMBOS CONYUGES.

5. EL PAPEL DEL TERAPEUTA.

PSICOANALISTA	HUMANISTA	CONDUCTUAL	SISTEMICO
<p>La principal tarea del analista es descrita como aquella que hace que el paciente conozca las resistencias especialmente aquellas que se muestran inevitablemente en la transferencia (como resistencia a abandonar la neurosis), entonces hay que ayudar al sujeto a que traiga a la consciencia recuerdos reprimidos y capacitarlo para que exprese esos sentimientos, esto es liberarlo de sus síntomas, angustias e inhibiciones, haciéndolo capaz de gozar y ser más eficaz en su vida cotidiana.</p>	<p>Dar lugar a que el cliente se exprese con toda libertad y explore sus propios atributos de personalidad, ya que este enfoque se preocupa principalmente por el yo y presta relativa atención a temas de etapa de desarrollo, motivación, etc. Procurando un nuevo tipo de comunicación inter-personal más profunda y una desición de expresar y resolver las diferencias con su compañero(a) en favor de un apoyo mutuo.</p>	<p>Ayudar a aliviar los problemas específicas que interfieren en el funcionamiento del cliente por lo que tiene que identificar las causas que provocan o hacen surgir un conflicto en dichas relaciones y buscar nuevas fuentes de reforzamiento. De tal forma que el principal papel es hacer uso de los principios de aprendizaje experimentados con el propósito de cambiar conductas inadaptadas y fortalecer conductas apropiadas para la pareja.</p>	<p>El papel del terapeuta sistémico es promover, facilitar, construir, orientar, mediar, cubrir huecos emocionales y actuar como movilizador del sistema para provocar cambios, así como nuevas formas de interacciones.</p>

6. HABILIDADES Y CARACTERISTICAS.

PSICOANALISTA	CONDUCTUAL	HUMANISTA	SISTEMICO
<ul style="list-style-type: none"> -Entender lo inconsciente. - Subjetivo. - Directivo. - Rígido. - Cap. Escuchar. - No se permite involucrarse. - Pasivo . - Provocar la transferencia. - Elabora diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entender la relación entre los estímulos reforzadores. - Objetivo. - Directivo. - Rígido. - Sabe escuchar. - No se involucra. - Activo. - Asocia estímulos metódicamente. - Evalúa la conducta y la centra en obj. específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser congruente con sus actitudes y sentimientos. - Subjetivo. - No directivo. - Flexible. - Sabe escuchar. - Se involucra. - Pasivo. - Deja que la terapia fluya. - No hay un diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entender e interpretar las rel. del sistema. - Objetivo. - Directivo. - Flexible. - Sabe escuchar. - Forma parte del sistema. - Activo. - Enmarca la terapia en el aquí y ahora. - Elabora hipótesis.

Como se puede observar en el cuadro anterior, el papel del terapeuta, así como las habilidades que debe poseer difieren de un modelo a otro, sin embargo también existen algunas similitudes, ya que las habilidades y destrezas que se requieren del terapeuta se derivan no sólo de su capacitación y experiencia, sino también de su personalidad y carácter, es decir de su temperamento, sensibilidad, sus actitudes, hábitos, valores, e inteligencia, ya que nadie nace terapeuta y nadie puede hacerse terapeuta en un instante.

Así mismo se puede concluir afirmando que la mayoría de los terapeutas de pareja no ven como objetivo final de la intervención salvar a toda costa el matrimonio; sino, más bien el sacar a la pareja del estancamiento en que están inmersos, de modo que su relación pueda desarrollar una dinámica libre, haciendo a los cónyuges capaces de adoptar decisiones y , entre estas también las de separarse.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, H.** (1969). Psicoterapia de la Familia Neurótica, ed. Paidós, México pp. 2-19.
- Andolfi, (1985).** Dimensiones de la Terapia Familiar, ed. Paidós, España, pp 73-98.
- Ardila, R.** (1971). Sobre el Conductismo, ed. Trillas, Barcelona, pp
- Azrin, H. N.** (1973), Reciprocity Counseling; Arapid Learning Based Procedure for Marital Coueselin. Behavioral Review and Therapy. Vol. 11 pp. 365-382.
- Bandler, Glinder y Satir, (1984)** Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. ed. Pax México.
- Bergler, E.** (1987). Infortunio Matrimonial y Divorcio, ed. Paidós, pp. 63-75.
- Bernstein y Nietzal** (1986). Psicología, ed. Trillas, pp. 369-376.
- Bowen** (1979). De la Familia al Individuo, ed. Paidós pp. 20-25.
- Caballo, (1991).** Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta, ed. Siglo XXI, España, ed. S.A.
- Carpenter y Treacher, (1993)** Problemas y Soluciones en Terapia Familiar y de Pareja. Ed Paidós, Barcelona. pp 82-114.
- Caillé, (1990)** Había una vez...: del Drama Familiar al Cuento Sistémico. ed. Nueva visión, Buenos Aires. pp 45-87.
- Dorna A. y Mendez, H.** (1979). Ideología y Conductismo, ed. Fontanella, S.A. Barcelona pp. 67-75.
- Elkaim, M.,(1989)** Las Técnicas de la Terapia de Red: Salud Mental y Contexto Social. ed. Gedisa, Barcelona pp 35-79.
- Fernández, J.** Periódico: Psicología al Día, Año I No. 3 Marzo 1991 pp. 1.
- Framo, J.**(1990) Exploraciones en Terapia Familiar y Matrimonial. ed. Declee de Brower, Bilbao. pp 153-85.
- Frank, I. V.** (1978). La Psicoterapia y el Humanismo, Fondo de Cultura Económica, pp. 47-71.
- Freud, S.** (1917). Obras Completas, Barcelona Biblioteca Nueva Vol. 11 pp. 1533-1475.

- Galdfried, M.R. y Davison, G.C. (1981).** Técnicas Terapeutas Conductistas, ed. Paidós, Barcelona, pp.67-75.
- Garfield, M. (1979).** Psicología Clínica, ed. Manual Moderno, S.A. pp. 213-238.
- Goijman, (1984).** Psicoanálisis y Psicoterapia Analítica, Revista Psicoanalítica Vol. 41 No. 3 pp. 243-250.
- González, (1987).** El Enfoque Centrado en el Cliente. Mex. ed. Trillas pp. 15-50.
- Greenson, R. (1976).** Técnicas y Prácticas del Psicoanálisis, ed. Siglo XXI, México. pp. 350-385.
- Haley, J. (1980).** How to be a marriage therapist without knowing practically anything, Journal of Marital and Family Therapy, pp. 385-391.
- Haley, J. (1970).** Terapia para resolver problemas. ed. Amorrotu, Buenos Aires. pp 23-180.
- Harville, H. (1991).** Amigos y Amantes, ed. Norma Bogotá, pp. 2-19.
- Layman, (1972).** cit. en García (1986). Tesis. Tratamiento de Problemas Maritales. pp. 13-16.
- Luber, F.R. (1978).** Teaching Models in Marital Therapy, Behavior Modification. Vol. 2 No. 1 pp. 77-89.
- Minuchin y Fishman, (1991)** Técnicas de terapia familiar. ed. Paidós México. pp. 15-286.
- Llavona y Carrasco (1984).** Una guía de entrevista conductual: Pauta de Entrevista para identificar problemas de la pareja. Madrid, pp. 26-29.
- Olson, (1970).** Marital and Family Therapy. Integrative Review and Critique. Journal of Marriage and the Family. Vol. 2 pp. 501-530.
- Rogers, C. (1973),** El matrimonio y sus Alternativas, ed. Kairos, S.A. pp. 232-240.
- Rogers, C. (1980).** El camino del Ser, ed. Kairos, S.A. pp. 60-84.
- Rogers, C. (1989).** El proceso de convertirse en cliente, ed. Paidós, México, S.A. Cap. I y II.
- Rogers, C. (1990).** Psicoterapia Centrada en el Cliente, ed. Paidós, México, S.A. pp. 32-69.

- Rotter, B.J.** (1965). Psicología Clínica, ed. UTHEA, México.
- Rowan, W.** (1978). La Mente. Colección Científica Time-LIFE, ed. Offset, Larios, S.A. pp. 80-104.
- Satir, V** (1980) Psicoterapia Familiar Conjunta. Ed. Prensa Médica, México
- Skinner, B.F.** (1971), Análisis de la Conducta, ed. Trillas, México, S.A.
- Snyder, K.D.** (1979). Multidimensional Assesment of Marital Satisfaction. Journal of Marriage and the Family. Vol. 36 pp. 813-821.
- Souza y Machorro**, (1980). Departamento de capacitación, División de Enseñanza. Cap. VI Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Steven Linn y Garske** (1988). Psicoterapias Contemporáneas, ed. Descleé Brower, S.A. Bilbao. pp. 203-343.
- Ulrich**, (1972). Control de la Conducta Humana, ed. Trillas, México. pp. 187-220.
- Vincent, P.J. y Weiss** (1975). A Behavioral Analysis of Problem Solving in Distrased and Norid treassed Married and Stranger Dyads.
- Whitaker, C.**(1992). Meditaciones Nocturnas de un Terapeuta de Familia, ed. Paidós Buenos Aires. pp.
- Whitaker, y Bumberry**. (1991), Danzando con la Familia, ed. Paidós Buenos Aires, pp. 22, 45-56, 74-89, 225.
- Willi**, (1920). La Pareja Humana. Relación y conflicto, ed. Morata S. A. Madrid, pp.270-273.
- Wolpe, J.** (1985). Práctica de la Terapia de la Conducta, ed. Trillas, S. A. pp. 22-29.
- Zuk G., y Bagornegui N.**, (1985) Terapia Familiar y Familiares en Conflicto. Fondo de cultura económico, México.

ANEXOS

TECNICAS MAS EMPELADAS	Fa.
a.-METAFORA	7
b.-PARADOJA	7
c.-CONNOTACION POSITIVA	7
d.-GRUPO REFLEXIVO	7
e.-NARRATIVA	5
f.-PREGUNTAS CIRCULARES	2
g.-RELAJACION	2
h.-TAREAS	2
i.-CUESTIONAMIENTO DEL SINTOMA	2
j.-TECNICAS DE SOLUCIONES	2
k.-RECONSTRUCCION DE SUEÑOS	1
l.-TECNICAS ERICSONIANAS	1
m.-PSICODRAMA	1
n.-PROCESO DE CAMBIO, RITUALES TERAPEUTICOS	1
ñ.-GENOGRAMA Y COOTERAPIA	1
o.-PUESTA EN ALTO	1
p.-COREOGRAFIA DE PAREJAS	1
q.-HIPNOTERAPIA	1

Cuadro 5.2: Técnicas que los terapeutas de pareja con orientación sistémica, utilizan con mayor frecuencia durante su intervención terapéutica.

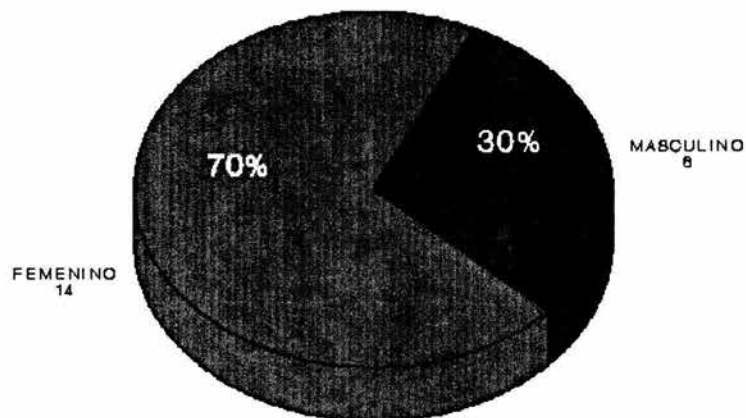
SUJETOS	CLASE MEDIA-ALTA	QUIEN DESEE CAMBIOS
1	*	
2		*
3		*
4		*
5		*
6	*	
7		*
8	*	
9		*
10	*	
11		*
12		*
13	*	
14		*
15	*	
16		*
17	*	
18	*	
19	*	
20		*
TOTAL	9	11

Cuadro 7.1: Personas que, desde el punto de vista de los terapeutas de pareja con orientación sistémica, tienen acceso a terapia con esta orientación.

SUJETOS	RELEVANCIA DE LA PAREJA	COMPLEMENTAR ENTRENAMIENTO	CONFLICTOS PERSONALES
1	*		
2	*		*
3		*	
4		*	
5	*		
6			*
7	*	*	
8	*	*	
9	*		*
10	*		
11		*	
12	*		
13	*		
14		*	
15		*	
16	*	*	
17	*	*	
18	*	*	
19	*	*	
20	*		
TOTAL	14	11	3

Cuadro 2.6: Motivos por los cuales los terapeutas se especializaron en la terapia de pareja con orientación sistémica.

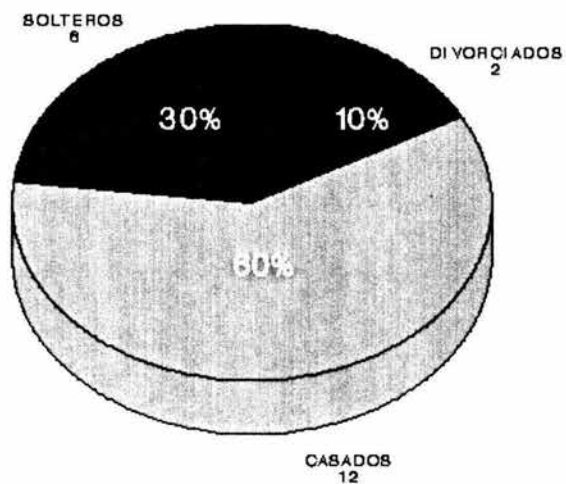
FIG. 1.1 GENERO DE LOS TERAP. DE PAREJA SISTEMICA DENTRO DEL CAMPO LABORAL.



La Figura nos muestra que el 70% de la población entrevistada, corresponde al sexo femenino, siendo una notable mayoría, con respecto al sexo masculino, dentro del campo laboral.

Sexo	Fu	%
Femenino	14	70
Masculino	6	30
TOTAL	20	100

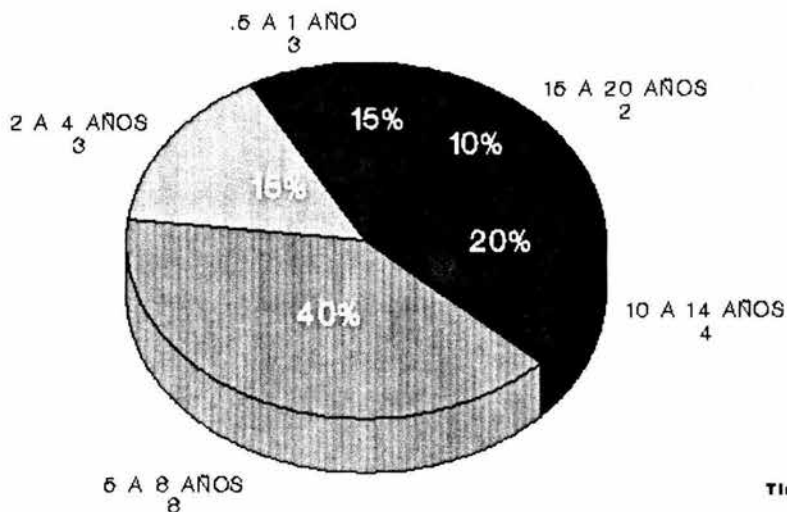
FIGURA 1.2 ESTADO CIVIL



La Figura 1.2 nos muestra que la mayoría de la población se encuentra casada, el 30% en soltería y el 10% restante está separada.

Edo. Civil	F _n	%
Solteros	6	30
Casados	12	60
Divorciados	2	10
TOTAL	20	100

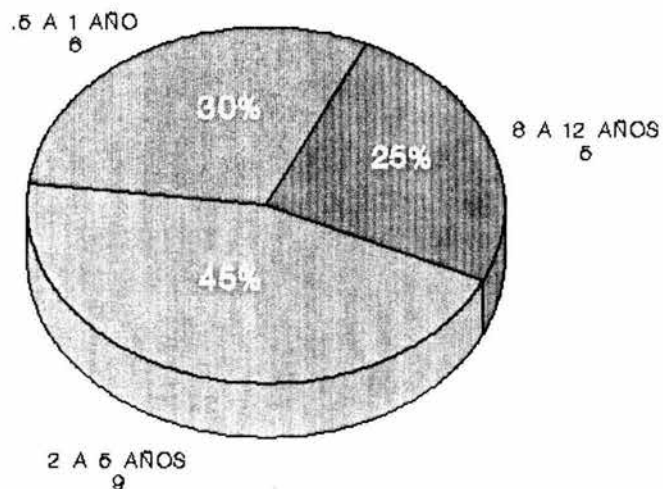
FIGURA 1.3 TIEMPO DE EXPERIENCIA EN TERAPIA.



La Figura 1.3 nos muestra que el porcentaje mayor (40%) se ubico entre los 5 a 8 años de experiencia en terapia siguiendolo un 20% de 10 a 14 años, un 15% de .5 a 1 año y otro 15% de 2 a 4 años, mientras que el porcentaje menor (10%) de terapeutas se encontro entre 15 a 20 años.

Tiempo	f	%
.5 a 1 año	3	15
2 a 4 años	3	15
5 a 8 años	8	40
10 a 14 años	4	20
15 a 20 años	2	10
TOTAL	20	100

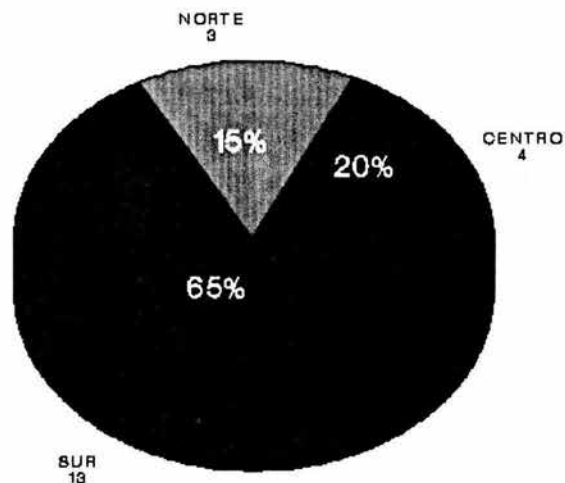
FIGURA 1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA EN TERAPIA DE PAREJA



La Figura 1.4 representa que la mayoría de la población entrevistada fluctúa, entre los 2 y 5 años de experiencia ejerciendo la terapia de pareja, siguiéndole de .5 a 1 año de experiencia con un porcentaje de 30% mientras que los terapeutas de mayor experiencia, corresponden a la minoría.

Tiempo de Exp. Terapia Pareja	Fa	%
.5 a 1 año	6	30
2 a 5 años	9	45
8 a 12 años	6	25
TOTAL	20	100

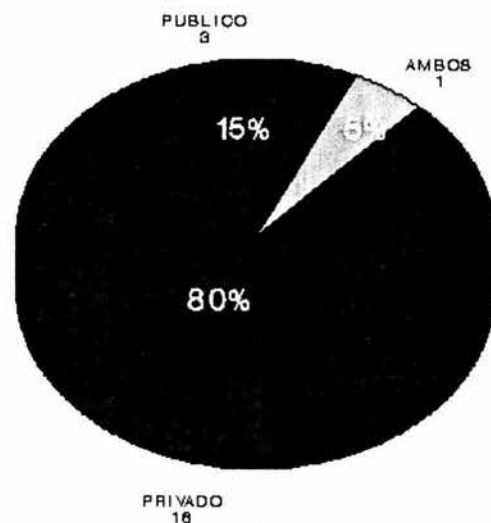
**FIGURA 1.5.1 ZONAS DE EJERCICIO LABORAL
EN EL AREA METROPOLITANA**



La Figura 1.5.1 nos muestra que el mayor porcentaje de los terapeutas laboran en la zona sur de la ciudad de México, es decir un 65%, mientras que en la zona Centro, se encuentran ubicados el 20%, en tanto que el 15% restante ubica sus consultorios en la zona Norte del área metropolitana.

Zona	Fm	%
Norte	6	30
Sur	12	60
Centro	12	60
TOTAL	20	100

FIGURA 1.5.2 SECTOR LABORAL

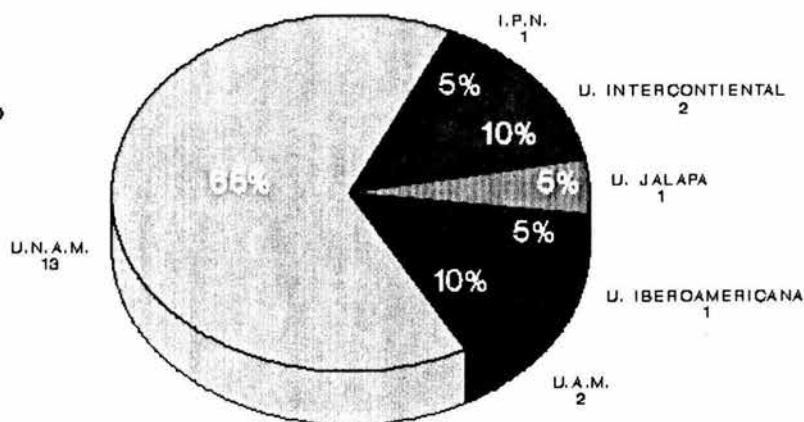


La Figura 1.5.2 nos muestra claramente que la mayoría de los terapeutas presta sus servicios al sector privado (80%) mientras que el 15% pertenece la sector público, de los cuales el 5% (zona punteada) presta sus servicios en el D.I.F. y el 10% en la extensión continua de la UNAM, el 5% restante labora en ambos sectores

Sector Laboral	Fa	%
Público (DIF Y UNAM)	3	15
Privado	18	80
Ambos	1	5
Total	20	100

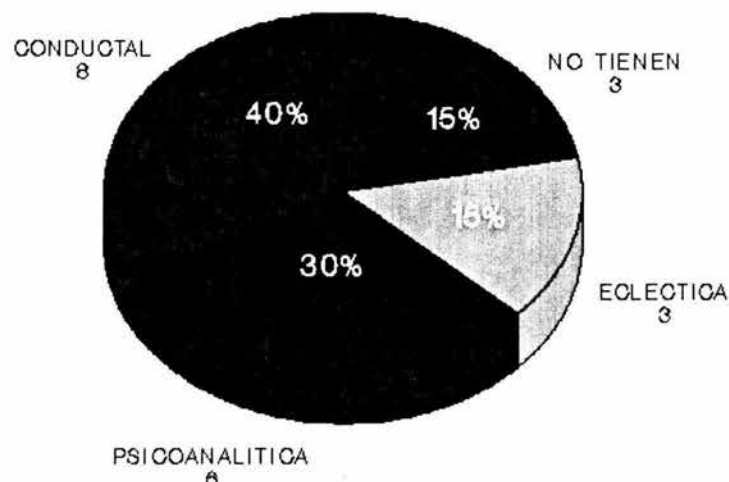
FIGURA 2.1 ESCUELAS DE PROCEDENCIA

Institución	Fa	%
UNAM		
Fac. Psicología	8	40
ENEP Iztacala	3	15
ENEP Zaragoza	1	5
Fac. Pedagogía	1	5
UAM		
UAM (Psicología)	2	10
U. Iberoamericana	1	5
U. Jalapa (Psi)	1	5
U. Intercontinental		
Psicología	1	5
Sociología	1	5
I.P.N. Medicina	1	5
TOTAL	20	100



La Figura 2.1 nos muestra que el 65% de la población realizó sus estudios profesionales en la UNAM, mientras que el 35% restante lo hizo en diversas instituciones tales como UAM, IBERO, INTERCONTINENTAL, JALAPA E IPN.

FIGURA 2.2 PRINCIPALES ORIENTACIONES TEORICAS.

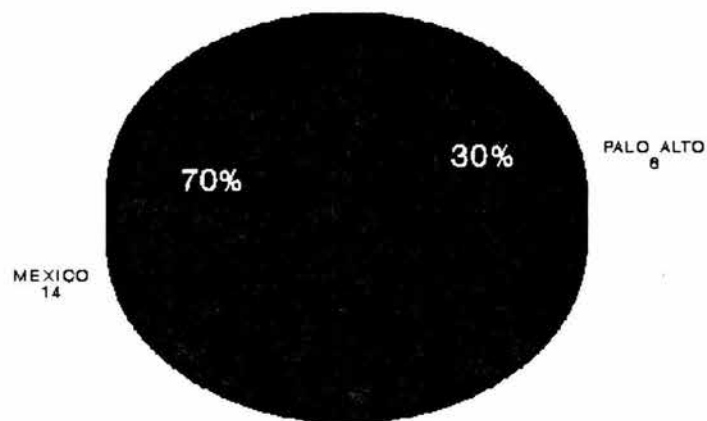


En la Figura 2.2 podemos observar que el 40% de la población tuvo una orientación teórica conductual y cognitivo cond., en tanto el 30% psicoanalítico y el 15% reporto haber sido ecléctica.

Nota: El 15% restante no se ubico en dichas orientaciones, por pertenecer a otras disciplinas.

Orientación	Fa	%
Conductual y Cognitivo Cond.	8	40
Psicoanalitica	6	30
Ecléctica	3	15
No Tienen	3	10
TOTAL	20	100

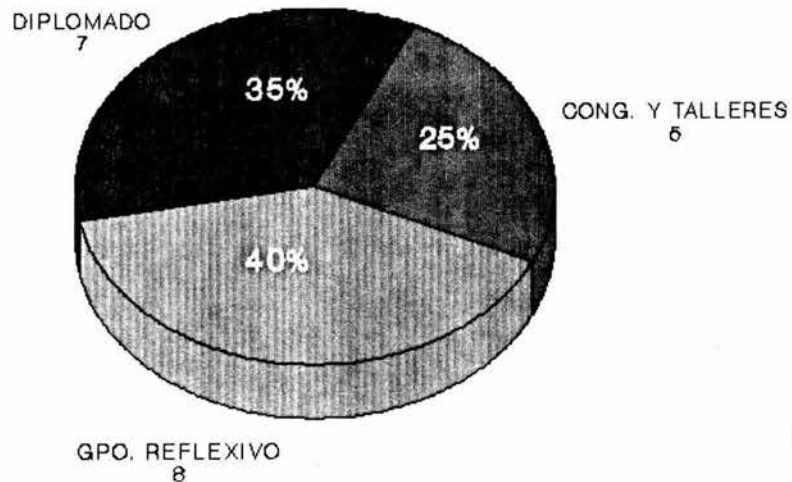
FIGURA 2.3 LUGAR DE ESPECIALIZACION



La Figura 2.3 nos muestra que la mayoría de la población entrevistada, ha realizado su especialización dentro del País mientras que el 30% restante ha tenido oportunidad de especializarse en Palo Alto California.

País	Fa	%
México	14	70
Palo Alto	8	30
TOTAL	20	100

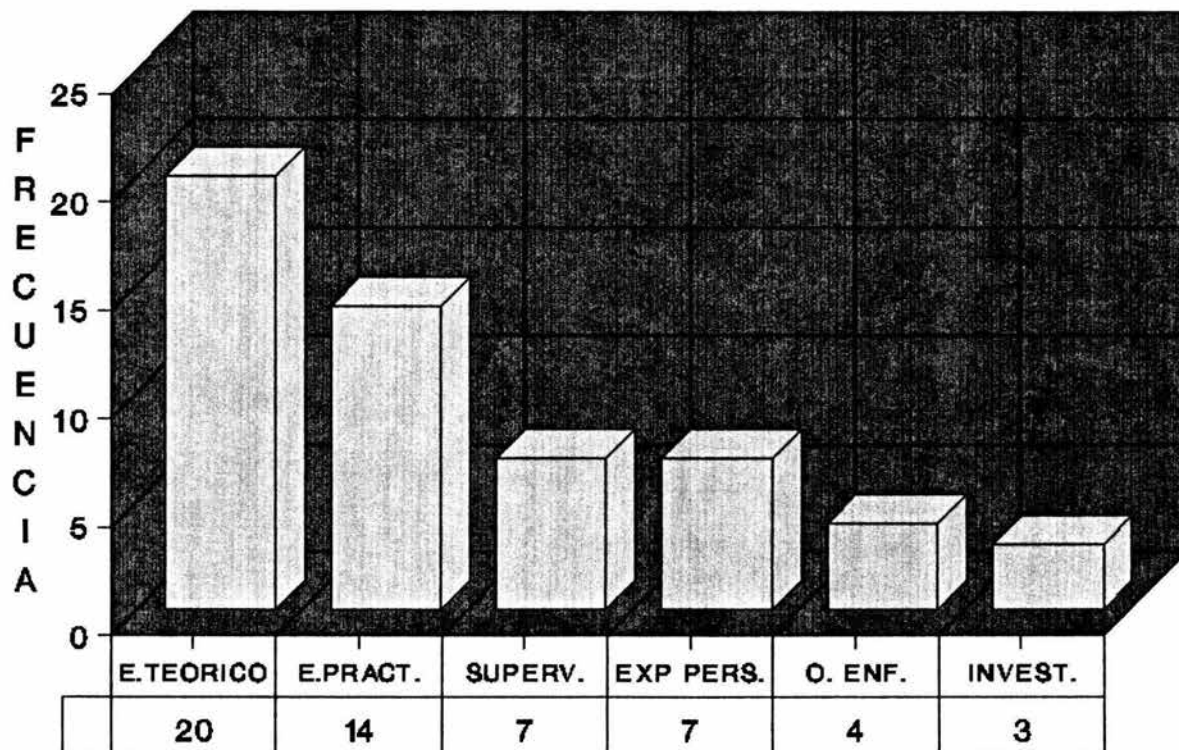
FIGURA 2.4 ACTUALIZACION DE LOS TERAPEUTAS.



La Figura 2.4 nos representa que el 40% de los sujetos se mantiene bajo supervisión continua, en tanto un 35% acaba de realizar un diplomado, mientras que el 25% restante acude constantemente a cursos y talleres.

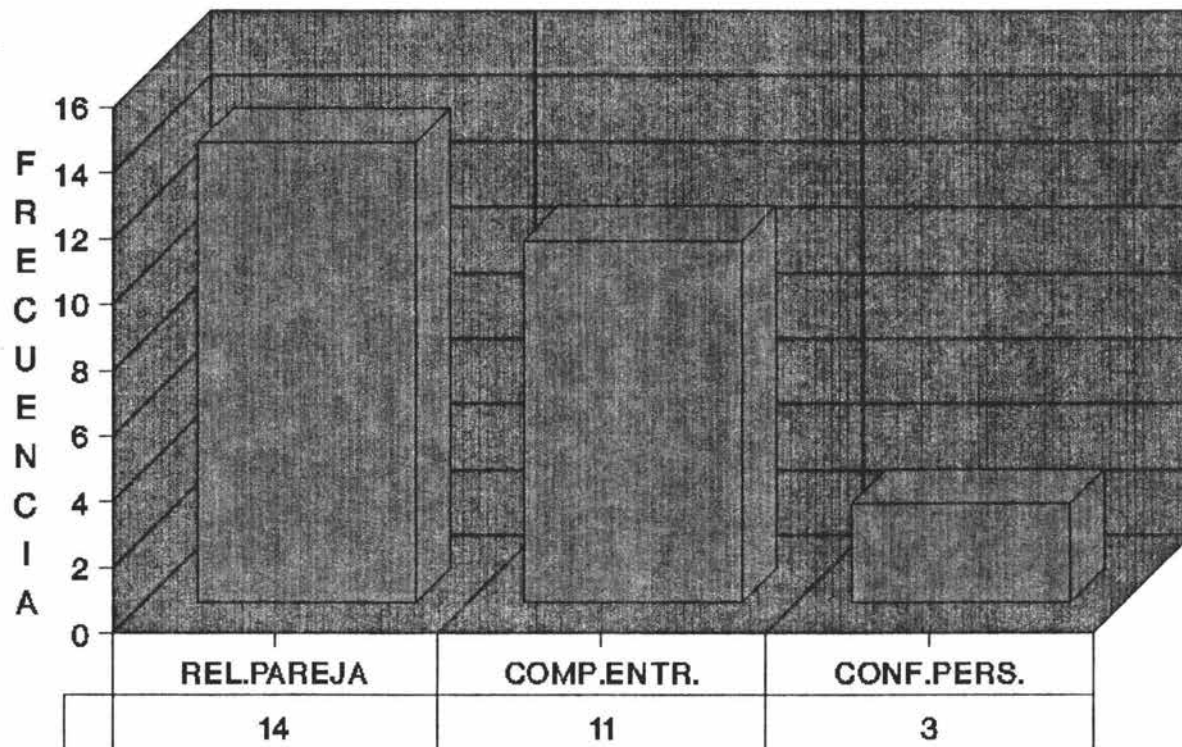
Tipos	Fa	%
Diplomado	7	35
Gpo. Reflexivo	8	40
Cong. y Talleres	6	25
TOTAL	20	100

FIGURA 2.5 FORMACION REQUERIDA



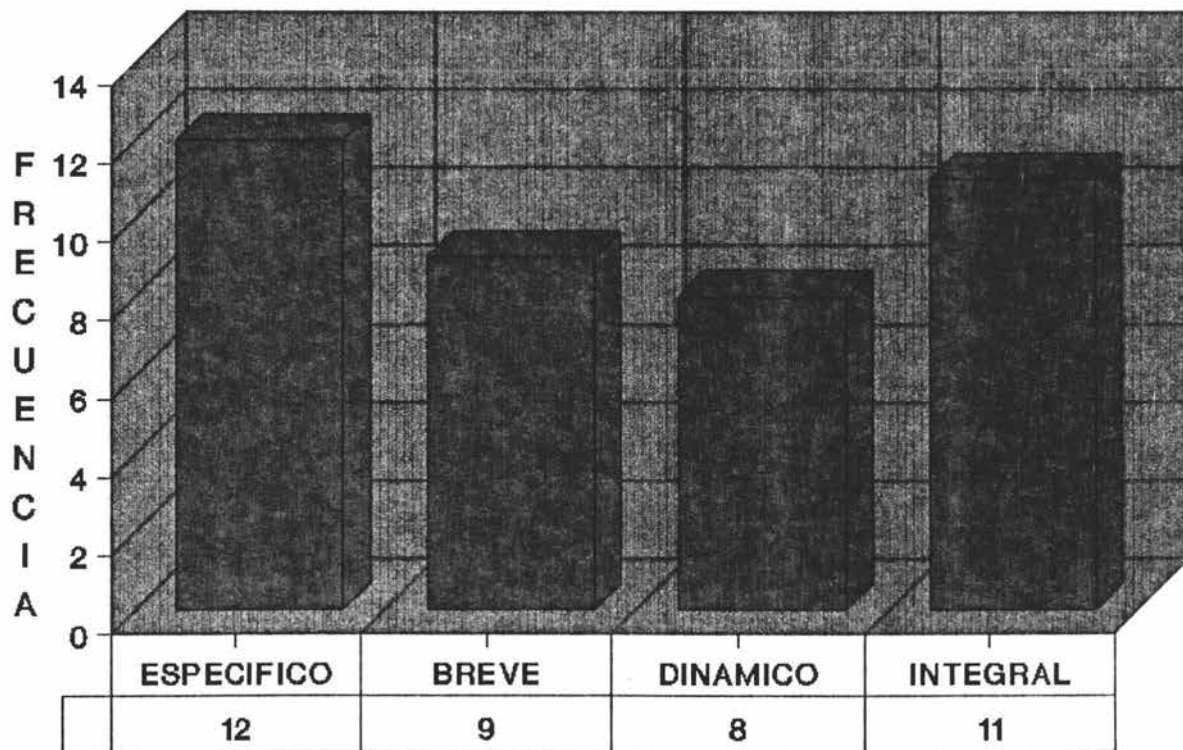
La figura 2.5 nos muestra de forma gradual, los diferentes aspectos que se requieren, según su opinión para ser un buen terapeuta de pareja.

FIGURA 2.6 CAUSAS DE LA ESPECIALIZACION



La figura 2.6 representa las principales causas que llevarán a los terapeutas a especializarse, encontrándose una mayor frecuencia(14) por la relevancia de la pareja, en tanto 11 sujetos por complementar la terapia y una notable minoría por conflictos personales (3).

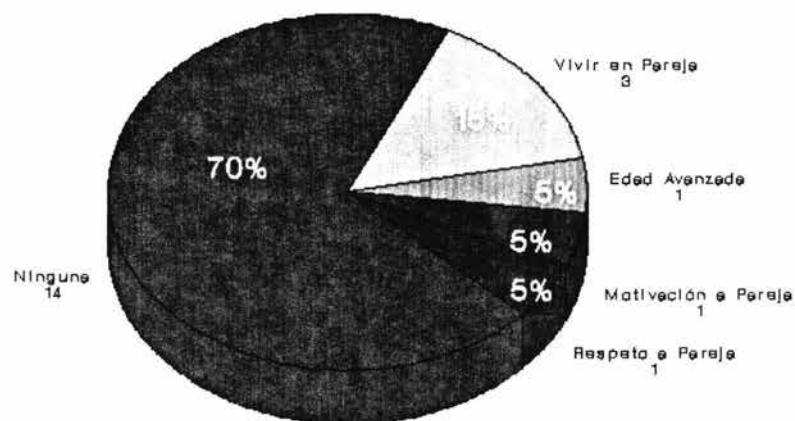
FIGURA 2.7 ELECCION DEL ENFOQUE



La figura 2.7 representa los principales motivos de la elección de este enfoque con una Fa. mayor (12) por su especificidad, una Fa. de 11 por ser integral, siguiéndole con una Fa. 9 por breve y finalmente por su dinamismo (Fa 8).

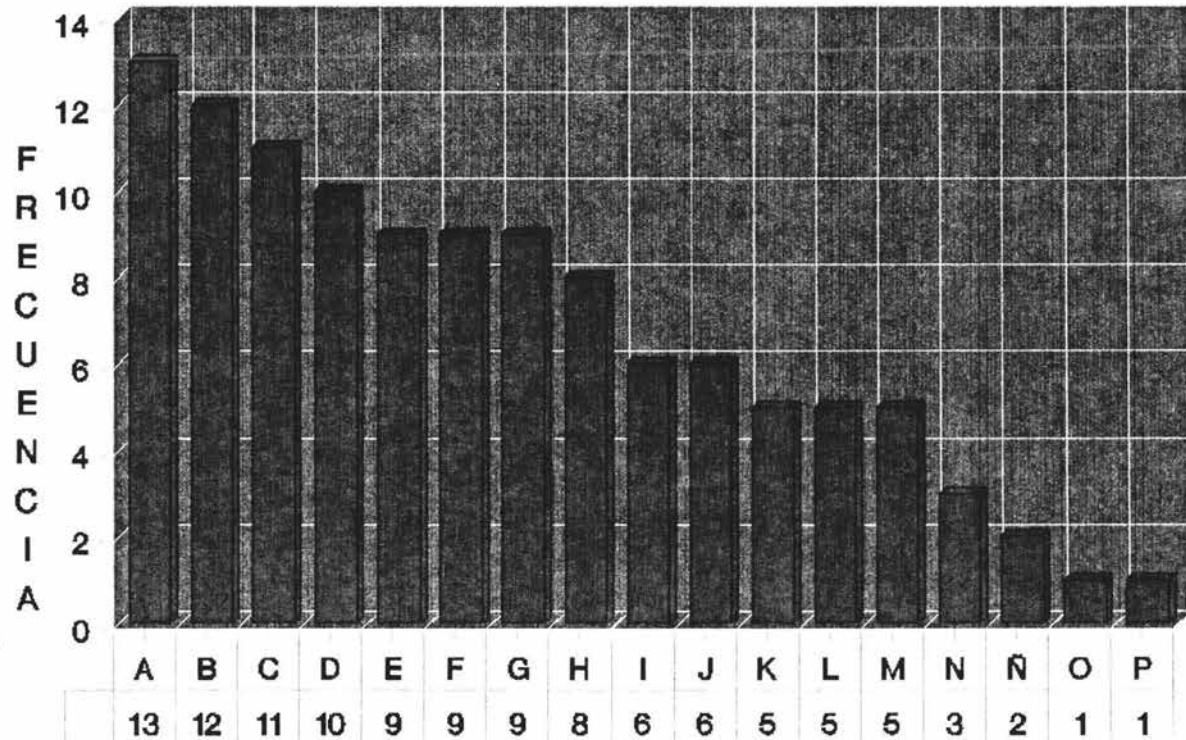
FIGURA 3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS TERAPEUTAS

Características	Fa	%
Vivir en pareja	3	15
Respeto Pareja	1	5
Motivación a P.	1	5
Edad Avanzada	1	5
Ninguna	14	70
TOTAL	20	100



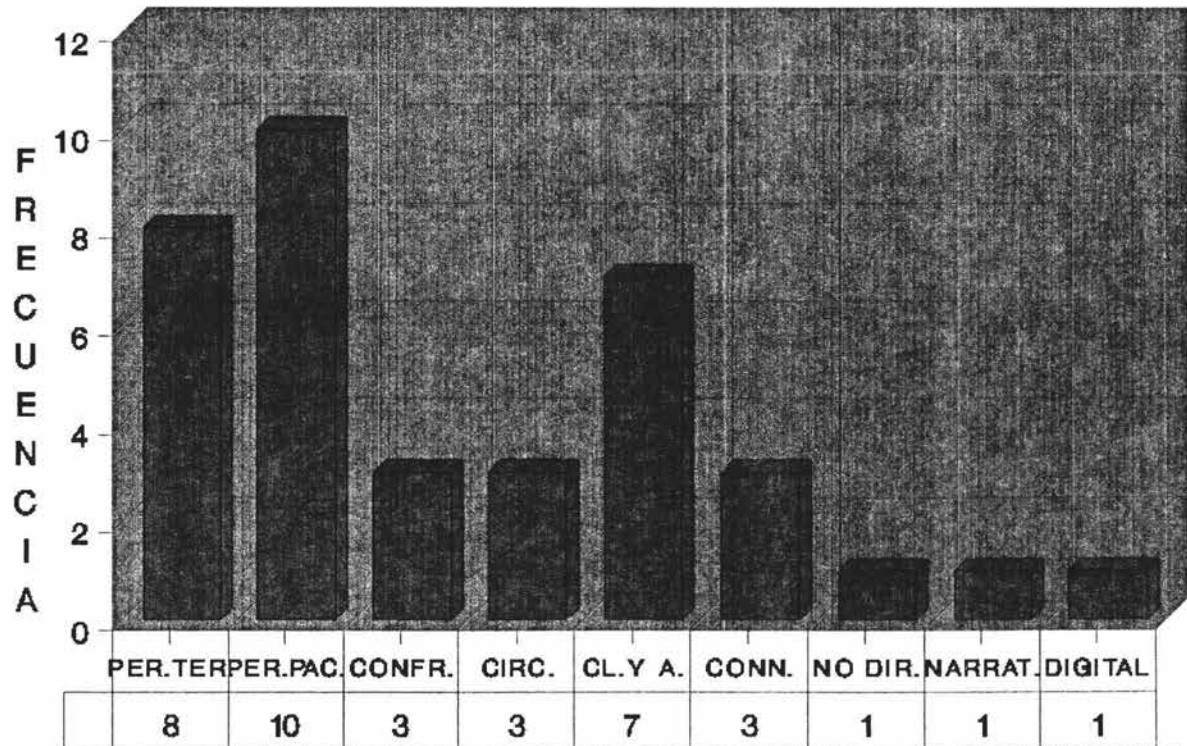
La Figura 3.1 representa que la mayoría de la población (70%) manifiesta no haber ninguna característica específica mientras que el 15% plantea como una de estas, el vivir en pareja, en tanto el respeto a la pareja, motivación y una edad avanzada corresponden a una minoría.

FIGURA 3.2 HABILIDADES DEL TERAPEUTA



La figura 3.2 muestra las principales habilidades que han desarrollado los terapeutas de pareja, encontrándose con mayor Fa. el manejo de circularidad y en menor Fa. el manejo de transferencia.

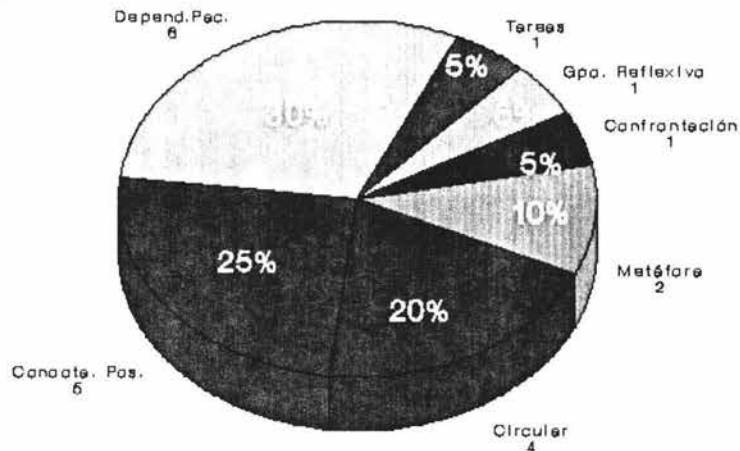
FIGURA 3.3.1 ESTILOS DE COMUNICACION



La figura nos muestra los diferentes estilos de comunicación, que poseen los terapeutas entrevistados, con una Fa. mayor de 10 con un lenguaje acorde al paciente, en tanto una minoría con un lenguaje no directivo, narrativo y digital.

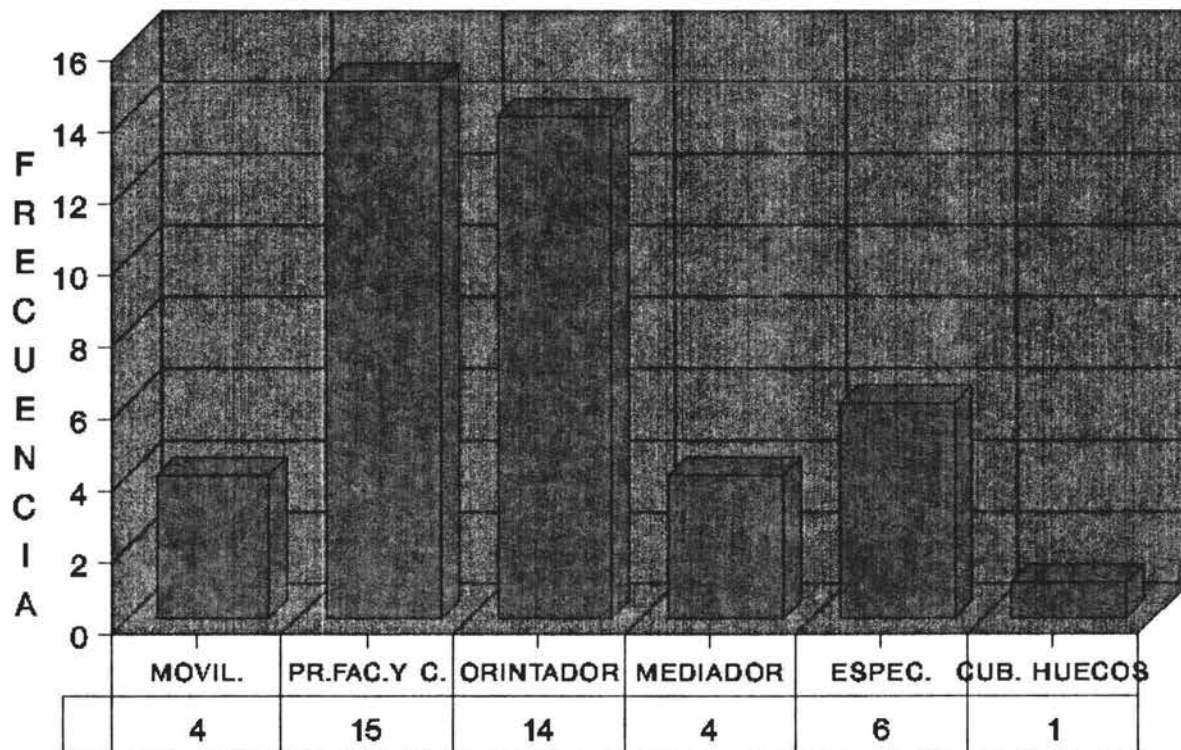
FIGURA 3.3.2 TIPOS DE PUNTUALIZACION

Tipos	Fa	%
Depend. Pac.	6	30
Connota. Pos.	6	25
Circular	4	20
Metáfora	2	10
Confrontación	1	5
Gpo. Reflexivo	1	5
Tareas	1	5
TOTAL	20	100



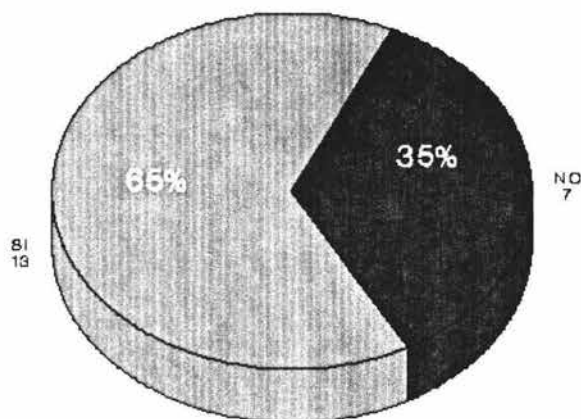
La Figura 3.3.2 representa que el 30% de la población puntualiza dependiendo del paciente, un 25% con connotación positiva, 20% forma circular, en tanto un 10% con metáfora mientras que los terapeutas que emplean la confrontación, gpo. reflexivo y tareas ocupan una minoría.

FIGURA 4.1 EL PAPEL DEL TERAPEUTA



La figura 4.1 nos muestra las principales posiciones que asume el terapeuta en sesión, observándose una mayor Fa. (15) como promotor, facilitador y constructor, en tanto la minoría como un cubridor de huecos emocionales.

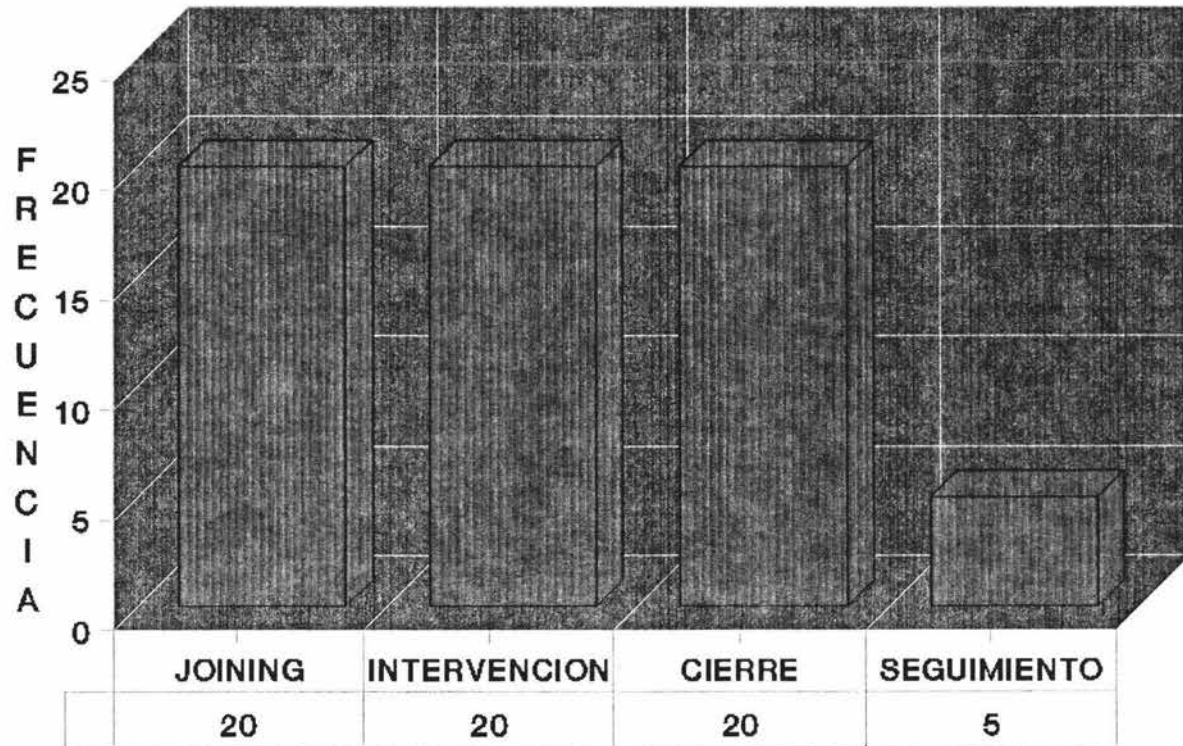
FIGURA 4.2 LA SELECCION DE LOS PACIENTES



La Figura 4.2 muestra, que una notable mayoría, si selecciona a sus pacientes, en tanto un 35% reporto no hacer tal.

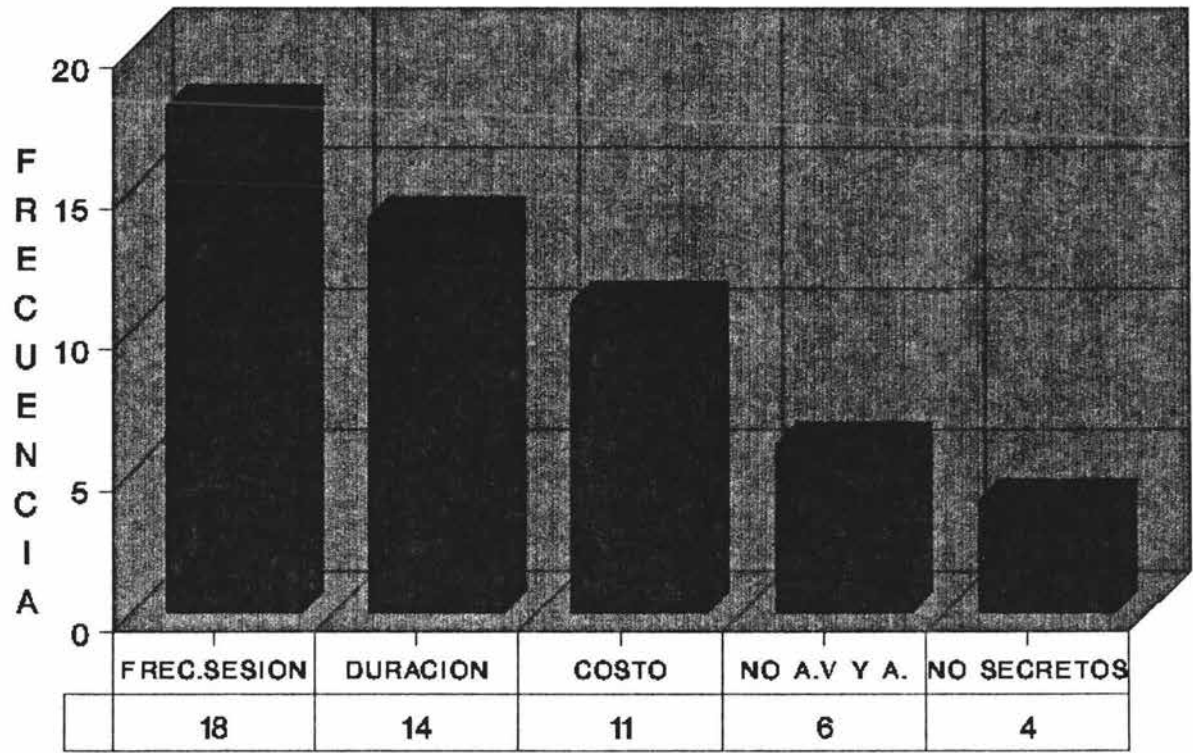
Selección	Fa	%
SI	13	65
NO	7	35
TOTAL	20	100

FIGURA 4.3 ETAPAS DEL TRATAMIENTO



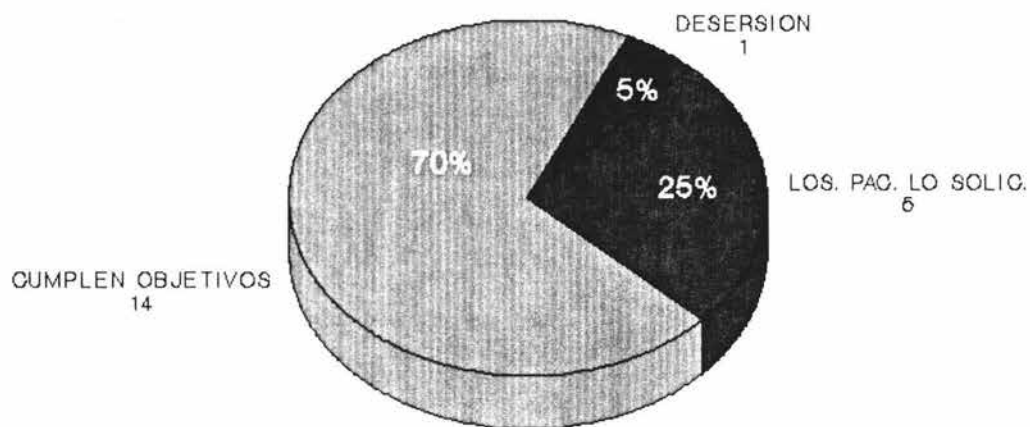
La figura 4.3 representa que toda la población realiza las tres primeras fases, sin embargo solo una Fa. de 5 de estos realiza un seguimiento.

FIGURA 4.4 REGLAMENTO EN TERAPIA



La figura 4.4 expresa las reglas que más frecuentemente se establecen al inicio de la terapia (desde una frecuencia mayor de 18 hasta una Fa. de 4 respectivamente).

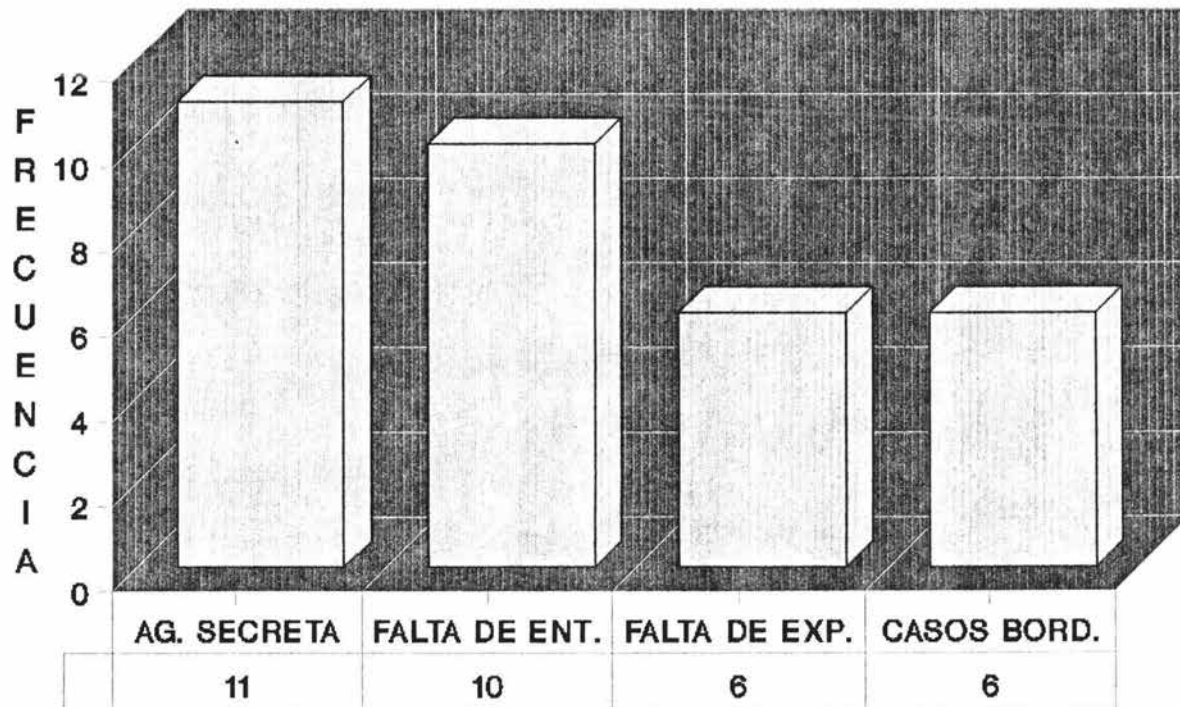
FIGURA 4.6 CULMINACION DE LA TERAPIA



La Figura 4.6 nos muestra que una notable mayoría (70%) culmina la intervención, cuando se cumplen los objetivos preestablecidos, en tanto un 25%, lo hacen cuando los pacientes lo solicitan, mientras que el 5% restante, acaban en deserción.

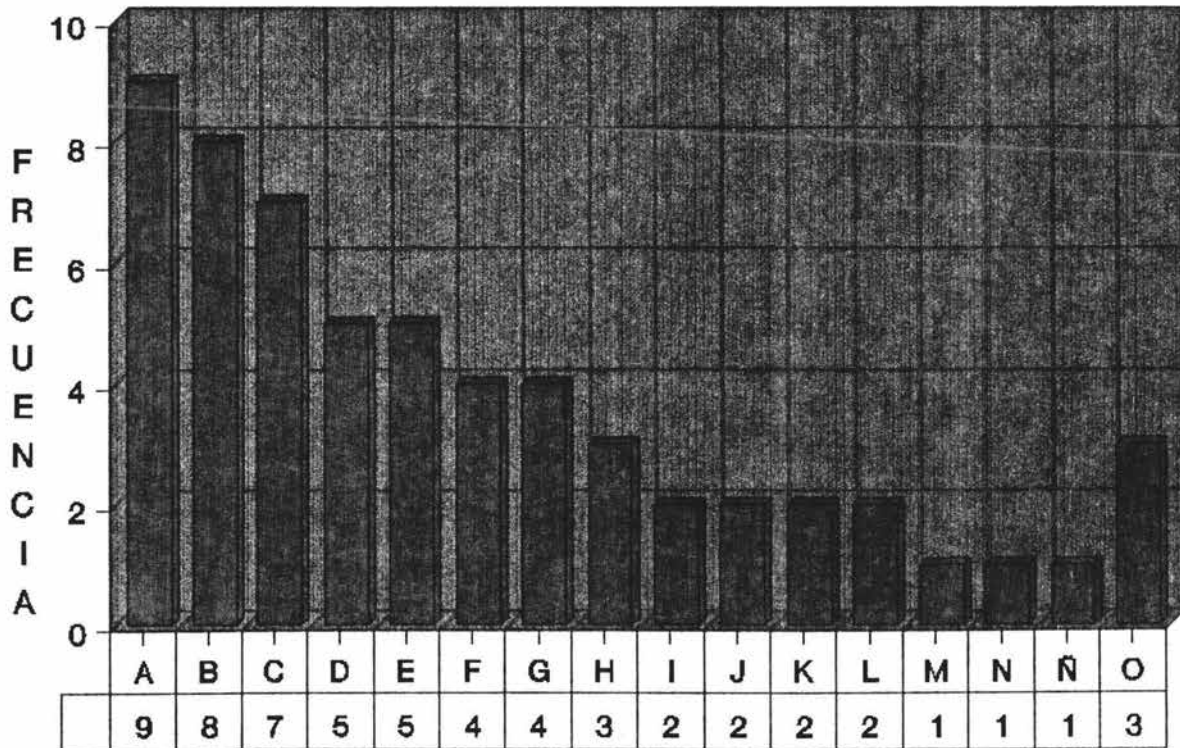
Criterios	Fa	%
Cumplan Obj.	14	70
Los Pac. Sol.	6	25
Desercion	1	5
TOTAL	20	100

FIGURA 4.7 PRINCIPALES TIPOS DE LIMITACIONES



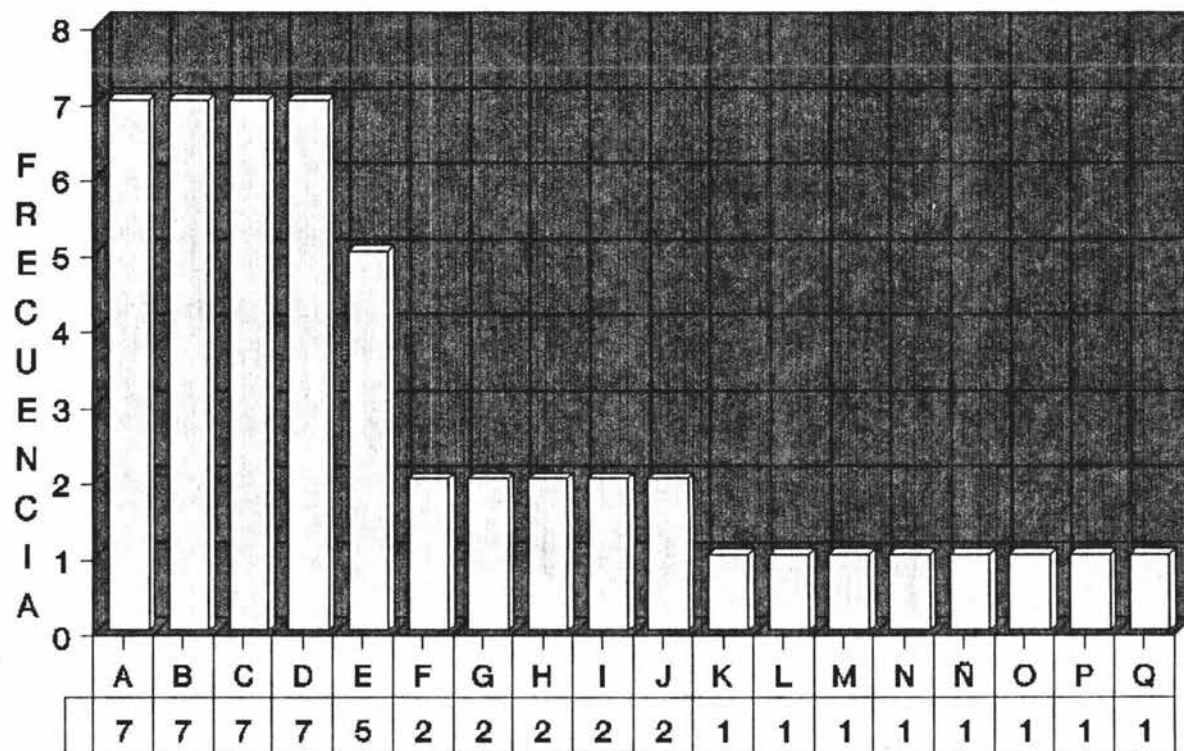
La figura 4.7 representa los principales tipos de limitaciones con una Fa. mayor (11) en agenda secreta y una Fa. menor en casos borderline y falta de experiencia.

FIGURA 5.1 TIPOS DE TECNICAS



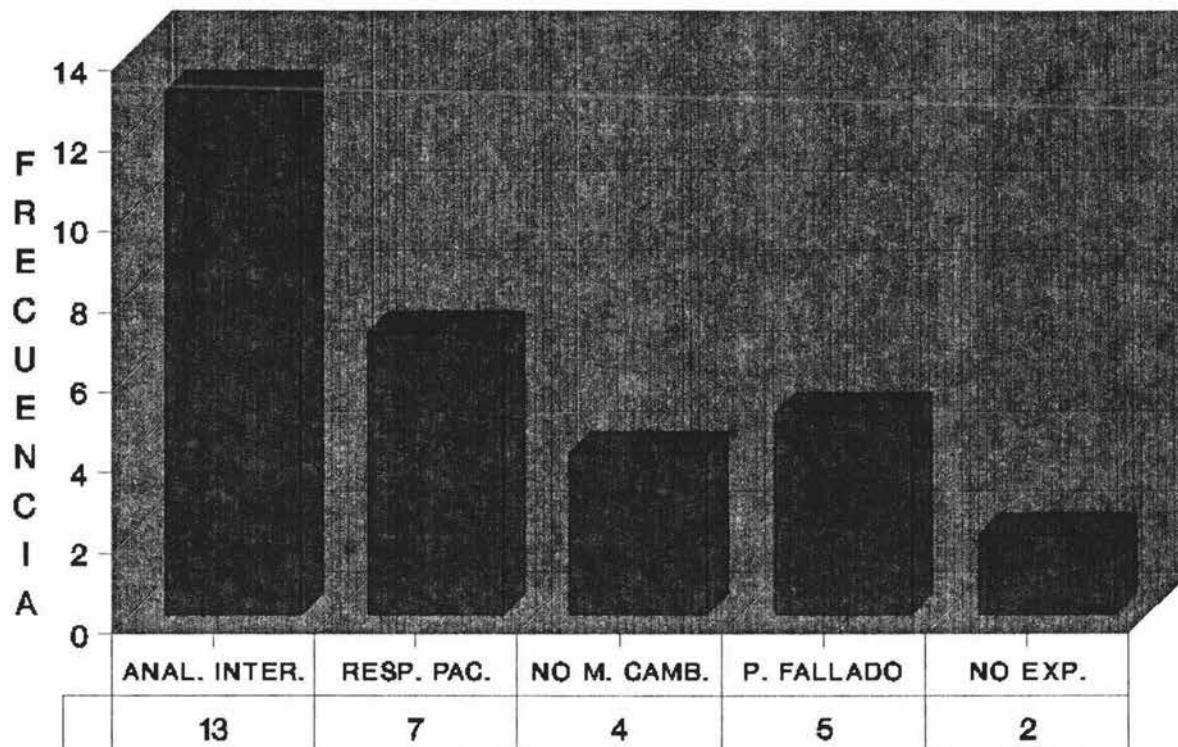
La figura 5.1 nos muestra las principales técnicas que los terapeutas de pareja requieren conocer, para ejercer como tales, encontrándose la técnica de intención paradójica en mayor frecuencia, en tanto el psicodrama, leng. constructivo y com. e interacción en una - menor Fa.

FIGURA 5.2 TECNICAS MAS EMPLEADAS



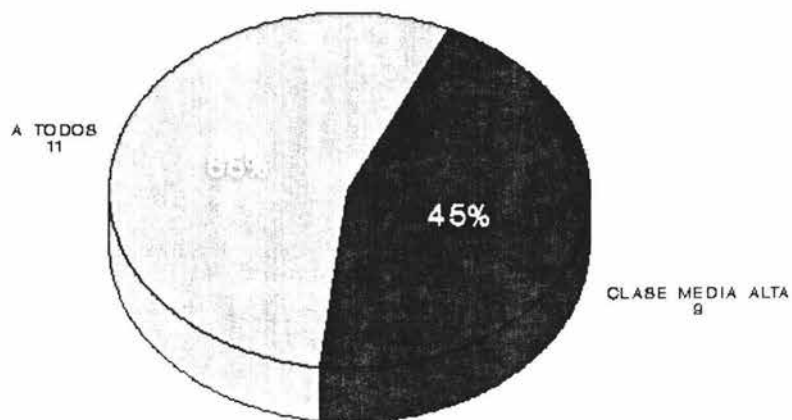
La figura 5.2 muestra las técnicas más empleadas de los terapeutas entrevistados, encontrándose entre estos: paradoja, metáfora, connotación positiva y grupo reflexivo.

FIGURA 6.1 SIGNIFICADO DE LA DESERCIÓN



La figura 6.1 expresa los diferentes significados que tienen para los terapeutas, cuando los pacientes no culminan el tratamiento, encontrándose con una mayor Fa. (13) el análisis de la intervención y una minoría reportaron no haber atravesado por esa experiencia.

**FIGURA 7.1 ACCESO A LA TERAPIA SISTE-
MICA.**



La Figura 7.1 expresa que un 55% de la población afirma que este tipo de terapia es accesible a todos quienes deseen un cambio, en tanto el 45% restante manifiestan que esta solo es abierta a la clase medio alta.

Acceso	Fv.	%
A Todos	11	55
Clase M-A	9	45
TOTAL	20	100