



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**MULTIPLICANDO POSIBILIDADES:
EL DIÁLOGO INTERNO DEL TERAPEUTA EN SITUACIONES DE IMPASSE**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

YINEGUELA JIMÉNEZ ÁLVAREZ

DIRECTORA: DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ TUTORIAL: MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. GABRIELA SALDÍVAR HERNÁNDEZ
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
DRA. NAZIRA CALLEJA BUENO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., SEPTIEMBRE, 2020



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.

Agradecimientos

A las familias, parejas y personas que me permitieron participar como terapeuta en su proceso de transformación y en su búsqueda de bienestar.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por financiar mis estudios de posgrado nivel maestría así como mi participación en distintos eventos académicos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, orgullosamente mi *alma mater*, por haberme dado acceso a sus aulas una vez más y generosamente haber nutrido mi crecimiento profesional, académico y humano.

A mi tutora Dra. Noemí Díaz Marroquín, por su guía en la realización de este reporte, así como a la Mtra. Carolina Díaz-Walls Robledo. Al plantel docente de la Residencia en Terapia Familiar, por su empeño en la formación de terapeutas y su compromiso social, pero sobre todo por su gran calidad profesional y humana. Un particular agradecimiento al Mtro. Gerardo Reséndiz por la invitación a la mirada sistémico relacional y por el apoyo académico. Al *Centro Bolognese di Terapia della Famiglia*, por las facilidades y la hospitalidad brindadas durante mi estancia, en especial a la Dra. Laura Fruggeri y a la Dra. Anna Castellucci.

A mi grupo de formación por el cuidado mutuo, la colaboración, las resonancias y disonancias, así como todas las experiencias compartidas que enriquecieron el camino. Esther, Vianey, Ulises y Paulina, por los proyectos compartidos. Faby, Memo, Karla y Nara, porque hasta el día de hoy continúo aprendiendo tanto de y con ustedes.

A mi familia, por su apoyo incondicional y por creer siempre en mí. Mamá y papá, cada meta alcanzada la debo en gran parte a ustedes y sus esfuerzos cotidianos; Karla y Bere, gracias por el ejemplo de resiliencia y fortaleza; Santiago, gracias por ampliar y embellecer mi visión del amor. S.G.

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial	
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas	8
1.1.1 Características del campo psicosocial	9
1.1.2 Principales problemáticas que presentan las familias	14
1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	17
1.2 Sedes donde se realizó la experiencia clínica.....	19
1.3 Las familias atendidas	22
Capítulo 2. Marco teórico	
2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos	24
2.1.1 Modelo estructural.....	24
2.1.2 Modelo sistémico-relacional de Milán	35
2.2 Diálogo interno del terapeuta como herramienta para generar nuevos diálogos en situaciones de impasse.....	43
Capítulo 3. Casos clínicos	
3.1 Integración de expedientes de trabajo clínico (habilidades clínico-terapéuticas).....	51
3.1.1 Juan: comprendiendo la complejidad del trabajo terapéutico con un hombre violento	52
3.1.2 Alejandra: multiplicando posibilidades	65
3.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica de los casos elegidos.....	85
Capítulo 4. Consideraciones finales	
4.1 Competencias profesionales adquiridas	90
4.1.1 Habilidades de investigación	90
4.1.2 Habilidades de enseñanza y difusión de conocimiento	173
4.1.3 Habilidades de compromiso y ética profesional	190
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia	194
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional.....	202
Referencias	207

Resumen

El presente trabajo es resultado del trayecto formativo del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Residencia en Terapia Familiar, cuyo objetivo es formar profesionales de la salud desarrollando en ellos todas las habilidades necesarias para abordar los problemas clínicos desde una óptica sistémica e interaccional.

El primer capítulo comprende un análisis del contexto en el cual viven y se transforman las familias mexicanas, las problemáticas que pueden afrontar en esta evolución, así como la forma en la que la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna responde a tales necesidades. Asimismo se describen los espacios donde se realizó la práctica clínica supervisada y las familias atendidas.

En el segundo capítulo se desarrollan los presupuestos teóricos y metodológico-operativos de los casos clínicos presentados y analizados en el tercer capítulo, dando cuenta tanto de las habilidades teórico conceptuales como de aquellas clínicas.

El cuarto capítulo reporta algunos de los resultados del resto de las habilidades desarrolladas en el transcurso del bienio profesionalizante: habilidades de investigación así como habilidades de enseñanza y difusión. Todo esto cobijado bajo las habilidades de compromiso y ética profesional. Para finalizar, se presentan las reflexiones personales del proceso formativo así como las repercusiones del mismo.

Abstract

This document reports on the experience of training as family therapists in the framework of the Master Degree Program in Psychology –Family Therapy Residence, whose principal aim is to support the development of personal, professional and ethical skillset on novel therapists to address clinical problems from a systemic and interactional perspective.

The first chapter includes an analysis of the psychosocial context in which Mexican families live and transform themselves, the problems they may face, as well as the way in which Systemic and Postmodern Family Therapy responds to such needs. It also describes the institutions where the supervised clinical practice was carried out.

In the second chapter, are detailed the theoretical and methodological assumptions that guided the clinical cases presented and analyzed in the third chapter, that is, the characterization of theoretical and clinical skills respectively.

The fourth chapter is focused on describing the outcomes of other skills and abilities developed during the professionalizing biennium: quantitative and qualitative research skills, as well as teaching and communication skills. All this delineated by commitment and professional ethics competencies. Finally, are presented the personal reflections about the experience of the process of becoming a systemic family therapist and the repercussions of it.

Introducción

El quehacer profesional del terapeuta implica saber operar en la gran intensidad emotiva generada dentro del diálogo con el otro u otros, quienes generalmente llegan al encuentro terapéutico con una gran sensación de impotencia, déficit, dolor y/o confusión debido a que todos los esfuerzos por resolver, disolver o sortear aquellos problemas que los mantienen bloqueados, no han dado los frutos que ellos esperaban. En este sentido, nuestra labor es generar conversaciones transformativas en las que personas y familias puedan multiplicar sus posibilidades, lo que les permite ir más allá de tales bloqueos. Sin embargo, hay momentos en los que dicha capacidad se ve bloqueada en el terapeuta, pudiendo conducir a la ruptura de la relación o, peor aún, a algún efecto iatrogénico.

Dicho de otra manera, por su naturaleza el espacio terapéutico generalmente se encuentra cargado de una alta saturación emotiva, resultando a veces complicado para el terapeuta, en particular para el terapeuta novel, hacer frente a todo aquello que está sucediendo *hic et nunc* y generar algo útil para el proceso. Respecto a la emotividad, es importante subrayar que en la óptica sistémica las emociones no son algo que nos pertenezca como individuos, sino algo que pertenece a la relación. Siendo así, y asumiendo la imposibilidad de cambiar al otro, se reconoce que el único cambio que puede generar el terapeuta es en sí mismo para cambiar de posición dentro de la relación, lo que conducirá a una serie de transformaciones en el sistema. En consecuencia, nosotros nos volvemos nuestra principal herramienta de trabajo.

De este modo, el análisis y reflexión del propio quehacer es una de las principales competencias a desarrollar durante la formación como terapeuta, ya que ningún libro, teoría o manual prepara para el encuentro altamente emotivo con el otro u otros dentro sesión. Durante la formación tenemos el privilegio de contar con supervisores, coterapeutas y equipo terapéutico,

que ayudan al desarrollo de la capacidad autorreflexiva, sin embargo al salir del contexto formativo, nos encontramos con que debemos manejar las situaciones de impasse por nuestra cuenta. Siendo así, algunas herramientas como la propuesta de Peter Rober sobre el diálogo interno del terapeuta pueden resultar útiles. Dicha propuesta busca generar nuevos diálogos con los consultantes a partir del análisis y reflexión del diálogo interno del terapeuta, multiplicando las posibilidades del sistema terapéutico.

Tales competencias, relacional y autorreflexiva, si bien son parte esencial del trabajo terapéutico, no son las únicas a desarrollar como terapeuta sistémico. En el presente trabajo se reportan las competencias y habilidades tanto adquiridas como maduradas durante el programa de formación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

En el primer capítulo se realiza un análisis del campo psicosocial en el que se viven las familias mexicanas, es decir, da cuenta de la capacidad de visión contextual, *sensibilidad al contexto* y *consciencia social* para Fruggeri (2014). En el segundo capítulo se abordan lo que la misma autora llama *competencia técnica*, es decir los modelos teórico-prácticos empleados para el análisis de los casos clínicos presentados en el tercer capítulo. Dichos casos clínicos dan cuenta de las habilidades clínico terapéuticas, es decir de la capacidad de aplicar los modelos teóricos pero también del desarrollo de la *competencia relacional* y *competencia epistemológica*, siempre terminología de la autora antes mencionada. Asimismo, en el cuarto capítulo se presentan los resultados del resto de las competencias profesionales adquiridas: habilidades de investigación, de enseñanza y difusión, de compromiso y ética profesional; así como las reflexiones globales de la experiencia formativa.

Capítulo 1

Análisis del campo psicosocial

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

Una de las grandes aportaciones de la Terapia Familiar Sistémica al campo de la psicología ha sido la ponderación del ambiente intersubjetivo, centrando la atención en las totalidades y en las pautas de interacción más que en las características individuales de sus componentes, como forma de explicar el comportamiento humano. Si bien algunos de los enfoques tradicionales ya tomaban en cuenta las relaciones interpersonales y ambientales, sus objetivos terapéuticos continuaban orientados a la modificación de las experiencias intrapsíquicas de los individuos.

La Terapia Familiar Sistémica partió de la premisa de que las vidas de las personas se encuentran intrínsecamente ligadas, es decir, que el comportamiento de cada ser humano es al mismo tiempo causa y efecto del comportamiento de los demás. Simon, Stierlin y Wynne (1997) definen *contexto* como “el marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos” (p.92), siendo así la familia uno de los principales ambientes en donde les es conferido significado y sentido a nuestros pensamientos, conductas y afectos.

A su vez, la familia se encuentra inserta dentro de un contexto más amplio: el tejido social, el cual impacta directamente en la cotidianeidad del grupo familiar y por ende en cada uno de los miembros de esta. Los cambios generados a nivel político, económico y cultural producen estresores que pueden llegar a ser tan agudos que superen los recursos familiares y esta deje de cumplir con sus funciones principales o sus miembros desarrollen conductas problemáticas.

Por lo tanto, resulta de vital importancia para el terapeuta familiar analizar el entorno social en el que se inserta la familia ya que nos brindará datos de las problemáticas más

frecuentes, sobre todo a nivel local, nos orientará sobre nuestro campo de acción y por ende, nos permitirá realizar una intervención más ecológica.

1.1.1 Características del campo psicosocial

Hablar de *familia* como concepto unitario es prácticamente imposible ya que éste depende de la perspectiva con la que se le mira –sociológica, antropológica, económica, psicológica, política– y del momento histórico y sociocultural en el que se le define. Cada área del conocimiento y cada cultura poseen un significado específico de familia, por lo que el concepto dista de ser universal, estático y homogéneo, aun cuando sea una experiencia compartida por la mayoría de los seres humanos. Y es que, a pesar de las múltiples divergencias en la conceptualización de la familia, el rol que ésta juega en el desarrollo biológico, psicológico y social de cada individuo, es indiscutible.

La *familia* puede ser definida como lugar/espacio (hogar), como célula de la sociedad, como modelo simbólico, como estructura, como función, como grupo o como institución (Donati, 2003). Algunas definiciones, las más tradicionalistas, han basado su concepción de familia en la consanguineidad y parentesco, mientras que otras argumentan que se debe definir a partir de la unión e intimidad que individuos tienen hacia personas significativas en sus vidas (Erera, 2002). En este sentido, Minuchin, Colapinto y Minuchin (1998) definen la familia como “una clase especial de sistema, con estructura, pautas y propiedades que organizan la estabilidad y el cambio. También es una sociedad humana cuyos miembros tienen vínculos emocionales y una historia compartida” (p.15). Por su parte, Fruggeri (1998) considera las familias como sistemas de relaciones que se originan, mantienen y cambian a través de procesos interpersonales y sociales.

Si bien ninguna definición logre abarcar el número indeterminado de variables del complejo fenómeno familiar, es posible mencionar algunas de sus *funciones* principales. Es en el contexto familiar que las personas encuentran el cuidado, la protección y el sostén necesarios para

el propio desarrollo; construyen el sentido de su propia individuación y una imagen de sí mismos; aprenden modalidades de negociación y cooperación para manejar el conflicto; introduce vínculos e impone límites y reglas. Además, constituye el contexto para el desarrollo de la intersubjetividad y moldea una red confiable de relaciones de apego. La familia es el contexto primario en el que dichas funciones se conectan y traducen en experiencia personal e historia en común (Fruggeri, 2005).

Hasta hace algunos años, la familia nuclear ha sido el modelo empírico significativo en toda sociedad humana conocida, independientemente de si es o no el patrón prevalente (Donati, 2003). El mito de la familia nuclear se basa en algunas premisas básicas: a) relación a partir de consanguineidad o matrimonio; b) heterosexualidad; c) pareja conyugal y parental; d) parentalidad biológica; d) unidad doméstica independiente de aquella de origen; e) monoculturalidad; f) autoctonía; g) asimetría de poder; y, h) roles de género y familiares rígidos (Ereña, 2002; Fruggeri, 2005). Así, el prototipo de familia estaría compuesto por una pareja de hombre y mujer heterosexuales, casados, pertenecientes a la misma cultura de origen, padres biológicos de uno o varios hijos, que habitan en el mismo hogar ubicado en el lugar del que son originarios; en el que se espera que la mujer-madre cumpla principalmente las funciones de reproducción y cuidado, y el hombre-padre las de producción y abastecimiento familiar. Además, cabe señalar que la conceptualización hegemónica de familia nuclear es atravesada por otras variables: raza, etnia y clase social, por lo que se esperaría que ésta fuera una familia blanca, anglosajona o europea, de clase media o media-alta.

En referencia a este modelo familiar, es importante señalar que se ha alimentado de un proceso de naturalización, el cual ha hecho parecer natural algo que en realidad es construido socialmente (Fruggeri, 2005). Por consiguiente, todas aquellas formas familiares diferentes han

sido vistas como incompletas, disfuncionales y como caldo de cultivo para desarrollar alguna patología, si no es que ya portadora de una.

Ordaz, Monroy y López (2010) plantean que enfoques como el feminismo, los estudios de género, las investigaciones *queer* y de diversidad sexual, así como los cambios sociodemográficos, han contribuido a desarticular y deconstruir el concepto de familia nuclear como representación prototípica de la familia; de igual manera, han impulsado el desarrollo de nuevas maneras de percibir y concebir las *familias* –así, en plural–.

Algunas aportaciones clave realizadas desde los enfoques ya mencionados son: desnaturalización de características, roles identidades y prácticas sociales genéricas; ubicación del carácter histórico, cultural y político de la asimetría de poder; reconocimiento de diversidades, heterogeneidades y resistencias invisibilizadas, trivializadas o patologizadas en los discursos dominantes; evidenciación de la interdependencia entre la esfera pública y privada; división sexual del trabajo; redefinición del concepto de familia, enfatizando la complejidad de las relaciones de poder intrafamiliares; ruptura, en matrimonios homosexuales, de las premisas normativas conyugales –exclusividad sexual y/o amorosa, cohabitación, etc.–; visibilización de la elección filial; diversidad identitaria entre personas y dentro de las personas; separación sexualidad-reproducción; cuestionamiento de la presunción heterosexual; entre otras (Monroy, 2013).

Todas estas aportaciones han conducido al reconocimiento de las diversidades familiares y a la ruptura de las premisas normativas, cuestionando aquello que se daba por sentado en el modelo hegemónico de familia nuclear y considerándolo como lo que es, una forma familiar más. En consecuencia, ahora se prefiere aludir a las *familias* –la letra *s* da cuenta de la existencia de muchos y variados tipos de familia, de diferentes arreglos familiares, y no sólo la mera repetición de unicidades –en lugar de hablar de la familia como concepto inmutable y ahistórico (Lerner y Melgar, 2010). Esta nueva visión reconoce la diversidad como característica de las familias, lo que

permite una desestigmatización de las múltiples prácticas sociales que se separan de la norma familiar tradicional.

En las últimas décadas, la composición y dinámica de las familias han estado en continua transformación debido a los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales. En consecuencia, nos encontramos frente a modificaciones familiares diversas y complejas en la estructura –composición, tamaño, organización y patrones de interacción–, roles genéricos y orientación sexual, composición multicultural, condiciones socioeconómicas y patrones del ciclo vital familiar, e incluso en su rol mismo dentro de la sociedad (Andolfi, 2003; Ordaz, Monroy y López, 2010; Walsh, 2012).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015, 2017a), en nuestro país existen 88.6% de hogares familiares. En cuanto a los tipos de estos hogares familiares se reportó que el 72% de los hogares son nucleares –pareja conyugal, pareja conyugal con hijos o un solo progenitor con hijos–, 26% son ampliados –hogar nuclear que comparte vivienda con otros parientes o jefe de familia con algún pariente–, 2% es compuesto –hogar nuclear o ampliado y al menos un integrante sin parentesco–. El promedio de ocupantes por vivienda es de 3.6 y en el 28% tiene como jefe de familia a una mujer. En lo que respecta al tipo de hogar parental, el 54% son hogares biparentales, 28% monoparental y el 18% comprende otras tipologías.

Desde una perspectiva sociodemográfica, Estinou (2005), Echarri (2010) y Ordaz (2013) evidencian algunos de los cambios más significativos en las estructuras familiares en nuestro país. Se ha encontrado que el descenso de los niveles de fecundidad ha repercutido en una disminución del tamaño promedio de los hogares; la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, aunados a la problemática económica, se tradujeron en la coexistencia de varias generaciones en el mismo hogar, compuesto básicamente por núcleos de descendencia. A su vez,

el aumento en la emigración internacional, que ha dejado de ser exclusivamente masculina, ha incidido en el tamaño y composición de los hogares.

Las mismas autoras señalan que si bien persiste un proceso de nuclearización, su frecuencia ha disminuido en el tiempo; así mismo se observa que los arreglos extendidos son un rasgo del sistema familiar, en particular entre los sectores sociales de menores recursos, y que los hogares unipersonales son cada día más, sobre todo en localidades de mayor tamaño. Sin duda, el hecho más relevante es el claro incremento de hogares encabezados por mujeres, que suelen ser nucleares compuestos por mujeres sin pareja pero con hijo. Es también creciente el número de hogares que reciben aportación económica de la mujer.

La adjudicación de los roles genéricos y la desigual distribución de funciones, poderes y derechos entre los sexos, así como el conjunto de prescripciones y prohibiciones que regulan la sexualidad en y entre los sujetos, son los puntos centrales sobre los que gira la vida social. Así, el sexo ha sido uno de los criterios fundamentales de diferenciación entre los miembros de la familia y los roles que cada uno debe desempeñar (Sánchez, 2010). Dichos roles, han puesto a la mujer en una posición de subordinación, remitiendo sus funciones al ámbito privado como encargada del cuidado familiar, excluyéndola del trabajo remunerado. Por el contrario, el rol del hombre ha tenido una posición de dominancia y de proveedor económico, siendo lo público el espacio donde lleva a cabo sus funciones principales.

En este aspecto, las familias mexicanas han tenido una serie de transformaciones significativas en sus dinámicas. Algunos de los principales cambios son: a) mayor aceptación en la práctica cotidiana de las aportaciones económicas de las mujeres en las familias; b) preocupación de las mujeres por distribuir equitativamente con sus parejas el trabajo doméstico; c) diferencias significativas en la movilidad de los roles de género dentro de sectores de clase media y sectores populares; d) replanteamiento y búsqueda de nuevas formas de ejercer la paternidad, que

incluyen una mayor participación del varón en los cuidados e los hijos; e) cambios en la concepción de autoridad en la relación entre progenitores y menores de edad; y f) modificación en las trayectorias o ciclos de la vida familiar (Ordaz, Monroy y López , 2010).

1.1.2 Principales problemáticas que presentan las familias

Ordaz (2010) afirma que en México, el crecimiento económico de las últimas tres décadas no ha mejorado el patrón de redistribución de la riqueza ni ha sido generador de empleo. De acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), México se mantuvo por años como uno de los países con menor desarrollo económico de la región registrando prácticamente invariables los índices de pobreza, sólo en 2016 estos disminuyeron a 36.4% los hogares en situación de pobreza (CEPAL, 2019). Por su parte, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social de nuestro país reporta como pobre al 43.6% de la población mexicana, es decir, que casi la mitad de la población presenta al menos una carencia social (rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso era insuficiente para adquirir los bienes y servicios para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias, siendo las mujeres el grupo más vulnerable (CONEVAL, 2017). Según datos del INEGI, la tasa de desempleo en nuestro país, después de descender está aumentando de nueva cuenta impactando al casi 4% de la Población Económicamente Activa, además alrededor del 57% de la población ocupada trabaja en la informalidad (INEGI, 2019) y las mujeres dedican el doble de tiempo al trabajo no remunerado respecto a los hombres (INEGI, 2018). En resumen, el nuestro es un país en el que casi la mitad de la población vive en estado de carencia, sin prestaciones sociales, sin opciones de empleo formal y con una mayor inestabilidad en las trayectorias tanto laborales como de vida, por no mencionar inequidad, aspectos que inciden sobre las condiciones de vida de las familias, cualquiera que sea su configuración.

Ante esto, las familias han tenido que desarrollar estrategias de afrontamiento y de adaptación como forma de sobrevivencia y de cuidado, con el objetivo de amortiguar los efectos de los problemas económicos ante el abandono del Estado y el mercado de sus responsabilidades sociales. Dichas estrategias tienen que ver con los recursos que la familia posee para mejorar su bienestar, o para evitar caídas en el nivel del mismo. A mayor presencia de recursos o activos, mayor será la capacidad de respuesta y resistencia ante situaciones de vulnerabilidad. Algunas de las estrategias desarrolladas por las familias mexicanas son: a) intensificación de jornadas laborales; b) actividades económicas adicionales; c) modificación de pautas de consumo; d) aumento del número de miembros en el mercado laboral; e) migración; f) retiro de la escuela de algunos miembros y búsqueda de redes de apoyo (Ordaz, Monroy y López, 2010).

Otros de los factores que impactan en las dinámicas de las familias son aquellos relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas y/o alcohol, la violencia y la discapacidad de alguno de sus miembros. De acuerdo con datos INEGI (2017b), alrededor del 6% de la población reporta algún tipo de discapacidad (física, mental, intelectual o sensorial), lo que impulsa la reorganización familiar interna. Por ejemplo, Montes de Oca y Hebreo (2006) reportan que gran parte de las personas con un mal estado de salud física y mental se concentran en hogares de estructura ampliada con otros parientes e hijos, a diferencia de aquellos con mejor salud que se concentran en las organizaciones familiares nucleares.

Por otro lado, en 1999 el INEGI llevó a cabo la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar cuyo objetivo fue obtener información estadística sobre el número de hogares y personas en situaciones de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y sexual. Los resultados de esa encuesta muestran que una tercera parte de los hogares mexicanos padece violencia. La mayoría de los miembros del hogar padecen violencia emocional (34%), intimidación (5.4%), violencia física (3.9%) y sexual (0.5%). La violencia hacia los menores de cuatro años tiene una proporción mayor

de violencia física (5.9%) y sexual (0.7%) (INEGI, 2000). Más recientemente, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2017c) reportó que el 43.9.1% de las mujeres mayores de 15 años fueron violentadas por sus parejas en su relación actual o última y el 10.3% fue víctima de algún acto violento por parte de algún integrante de su familia, sin considerar a su pareja, en los últimos 12 meses. Y frente a estas situaciones, su gran mayoría no solicitó ningún tipo de ayuda (78.6% cuando el agresor fue su pareja y 90.6% cuando el agresor fue otro familiar), siendo la razón principal para no buscar ayuda en orden: “se trató de algo sin importancia”, seguida del “miedo a las consecuencias” y la vergüenza. Por su parte, la Red por los Derechos de la Infancia en México (2012) reportó 14,214 casos comprobados de maltrato infantil y UNICEF (2017) señala que el 6 de cada 10 menores de 14 años de edad han experimentado algún método violento de disciplina en sus hogares, 1 de cada 2 sufrido alguna agresión psicológica por un algún miembro de su familia, 1 de cada 5 recibido alguna forma de castigo físico severo, siendo las más afectadas niñas y adolescentes. En esta misma línea, señala que México es el país con la tasa más alta entre los países de la OCDE.

Por si fuera poco, las familias también se enfrentan con mayor frecuencia a los fenómenos de abuso y dependencia de sustancias psicotrópicas y/o alcohol. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 el 9.9 % de la población mayor de 12 años ha consumido cualquier droga médica y/o ilegal en la vida y el 0.6% presenta dependencia (INPRFM *et al.*, 2017a). En lo que respecta al alcohol, la misma encuesta reporta que el 71 % de la población entre 12 y 65 años de edad ha consumido alcohol alguna vez en la vida, siendo de 49.1% la prevalencia de consumo del último año. La posible dependencia al alcohol en la población total es 2.2% siendo 6.5 veces mayor en hombres (3.9%) que en mujeres (0.6%) como lo reporta la Comisión Nacional contra las Adicciones (INPRFM *et al.*, 2017b).

Respecto a la salud mental en nuestro país, el INEGI (2017d) reporta un aumento en el número de suicidios registrados pasando de 4 394 en el 2007 a 6 559 en el 2017, representando estos últimos el 8.2% de las muertes violentas. Asimismo, señala que el 32.5% de la población mayor de 12 años se ha sentido deprimida. En lo que respecta a las hospitalizaciones con diagnóstico de algún trastorno mental con estancia de más de un día, pasaron de 41 002 durante el 2005 a 49 132 durante el 2015, un poco más de la cuarta parte de la población entre 18 y 65 años ha sufrido, al menos una vez, algún trastorno psicológico (CESOP, 2018).

1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

Si bien la Terapia Familiar Sistémica haya sido objeto de diferentes críticas, incluso por sus mismos representantes, debido al olvido de los componentes que conforman las familias: seres humanos individuales con experiencias internas, ésta no ha dejado de ser una herramienta útil para la intervención terapéutica. A diferencia de otros enfoques, los terapeutas familiares tenemos la capacidad de alejar o acercar el foco de interés y de acción considerando tanto al individuo como al contexto.

Minuchin, Nichols y Lee (2007) mencionan que en sus inicios la Terapia Familiar Sistémica generó una animadversión hacia la familia pues la responsabilidad del síntoma ya no era del individuo, si no de la familia, además de que los pioneros se centraron más en las técnicas que en la comprensión las familias mismas. Con la inclusión del construccinismo social al cuerpo teórico de la Terapia Familiar fue posible redescubrir a los individuos y sus narrativas, construyendo un puente entre el individuo y su contexto, entre significados y comportamientos.

Los conceptos y planteamientos teóricos de este enfoque nos permiten comprender mejor la relación del individuo con su contexto, sobre todo con la familia, así como plantear estrategias tanto de intervención como de prevención particulares y locales. Esta comprensión resulta de vital

importancia ya que como refiere Fruggeri (2008) no sólo es importante cuestionarse cómo las diferencias de género, de poder, las condiciones sociales y económicas tienen un fuerte impacto en la organización de las relaciones interpersonales, sino que además resulta necesario llevar a cabo una reflexión crítica sobre cómo los terapeutas familiares en sus intervenciones, ignorando tales relaciones y aceptando modelos terapéuticos normativos, pueden participar en la reproducción de las desigualdades sociales. En este sentido, comenta la misma autora, la terapia sistémica familiar se ha configurado como una intervención que se ocupa de las relaciones familiares en todas sus articulaciones: individual, interpersonal y social.

La Terapia Sistémica ha comprobado su eficacia a nivel empírico. Carr (2018a, 2018b) reporta que la evidencia a partir de meta-análisis de la literatura científica respalda la efectividad de las intervenciones sistémicas, sea como parte de programas de intervención multimodales que sola, en adultos en: crisis en las relaciones, problemas psicosexuales, violencia en la pareja, trastornos de ansiedad, problemas de alcoholismo, psicosis y ajuste a enfermedades crónicas. En lo que respecta a niños y adolescentes en: problemas de sueño, problemas infantiles de alimentación y apego, maltrato y abandono infantil; problemas de conducta, problemas emocionales, trastornos de la alimentación, problemas somáticos y primeros episodios psicóticos. Además Stratton (2016), en una revisión realizada sea en campo cuantitativo que en aquel cualitativo, señala que la investigación ha demostrado que las terapias sistémicas son efectivas, aceptables para los clientes y rentables en una amplia gama de condiciones. El mismo autor subraya que si bien no todos los modelos terapéuticos son la mejor opción para todos, manteniendo siempre el principio de la libre elección por parte del paciente, las terapias sistémicas han desarrollado una fuerte tradición de explorar con sus clientes si la terapia está satisfaciendo sus necesidades. Carr (2016) refiere que 2 de cada 3 casos mejoran con intervención terapéutica sistémica en procesos de 6 a 10 sesiones, además que el beneficio costo-beneficio es

mayor que los modelos terapéuticos tradicionales (individuales) ya que conduce a un menor uso de servicios, por ejemplo reduce la necesidad de hospitalización en pacientes psicóticos o de internamientos en centros de detención en jóvenes con trastornos de la conducta. Si bien el éxito de la Terapia Sistémica sea tan bueno como el de otras psicoterapias, esta ha demostrado mejores resultados a largo término respecto a aquellas individuales.

1.2 Sedes donde se realizó la experiencia clínica

El Programa de Maestría en Psicología de la UNAM se fundamenta en un sistema centrado en la participación activa de los estudiantes en la solución de problemas de carácter profesional, en el ámbito en que éstos adquieren significado. Es decir, enfatiza la formación teórico-práctica supervisada en escenarios donde la profesión se ejerce, lo que además permite establecer un puente entre la Universidad y las necesidades de la población, así como fomentar una actitud ética de servicio en el alumnado.

En el caso de la Residencia en Terapia Familiar, los espacios destinados a la práctica clínica supervisada incluyen tres de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología: el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, ambos certificados bajo la norma ISO 90012008, y el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.

También es posible realizar práctica clínica en sedes externas a la Universidad, permitiendo al alumnado aplicar los aprendizajes teórico-metodológicos en una amplia gama de problemáticas y en contextos socioeconómicos diversos. En el caso de mi generación dichas sedes fueron: el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, el Centro Comunitario “San Lorenzo” y el Instituto Nacional de Rehabilitación. Además, personalmente tuve la oportunidad de participar como equipo terapéutico en la sede donde realicé la estancia académica como parte del Programa de movilidad internacional.

En lo que respecta a la experiencia de quien escribe, la práctica clínica supervisada se desarrolló en los escenarios descritos a continuación.

Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila". Ubicado en la Facultad de Psicología, ofrece a los estudiantes de la misma formación clínica aplicada y especializada a través de la enseñanza práctica y la supervisión directa. Brinda atención psicológica tanto a la comunidad universitaria como al público en general. Las personas interesadas deben presentarse los días y horarios indicados para solicitar una primera entrevista o pre-consulta, en la cual se realiza la exploración necesaria para posteriormente canalizar a alguno de los programas existentes dentro del Centro o a alguna institución externa, en caso de ser necesario. Los servicios que ofrece son: pre-consulta, evaluación, referencia y canalización, terapia (individual, pareja, familiar y grupal) así como prevención primaria a través de talleres con diversas temáticas.

Centro de Servicios Comunitarios "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro". Ubicado en la colonia Adolfo Ruíz Cortines, tiene como finalidad brindar a estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar habilidades a través de sus programas de profesionalización así como brindar un servicio de calidad a la comunidad. Se atienden solicitudes del público en general, siendo los usuarios más frecuentes los habitantes de las colonias aledañas, quienes asisten directamente al centro a inscribirse a una lista de espera. Posteriormente la dirección del Centro selecciona las solicitudes que serán atendidas por cada programa. Los servicios que ofrece este Centro son: prevención de problemáticas y promoción de la salud mediante talleres, intervención psicopedagógica e intervención psicoterapéutica (individual, pareja y familiar).

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Ubicado en la zona sur de la colonia Belisario Domínguez y adscrito a Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, brinda atención especializada en salud mental a menores de edad con

problemas psiquiátricos y del comportamiento. En búsqueda de un tratamiento integral, ofrece una atención multidisciplinaria por lo que existe una amplia gama de servicios que incluyen atención a los familiares. Los servicios que brinda son agrupados en tres áreas: Hospitalización, Consulta externa y Enseñanza. El servicio de Terapia Familiar es ofrecido principalmente a través del área de Consulta Externa, conformada por siete clínicas: a) del Desarrollo, b) de las Emociones, c) de los Trastornos de la Conducta, d) del Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual, e) de la Adolescencia, f) Psiquiatría Legal, y g) Hospital de Día.

Centro Bolognese di Terapia della Famiglia. Ubicado en Bolonia, Italia, sede del *Centro Milanese di Terapia della Famiglia.* Cabe indicar que en Italia la formación en psicoterapia tiene una duración de 4 años. Se accede después de haber completado 3 años de licenciatura breve, 2 años de licenciatura especializada, para posteriormente acceder a un periodo profesionalizante con duración de 1 año, con esto se tiene acceso al examen de estado, que una vez aprobado permite la inscripción al Registro Nacional de Psicólogos y al Colegio de Psicólogos de la región de residencia. En este país existe una fuerte regulación legal en la práctica profesional de psicólogos y psicoterapeutas por lo que la inscripción al registro nacional y la pertenencia al colegio local de psicólogos es requisito indispensable para acceder a la formación en psicoterapia, ya que es un delito sostener una entrevista clínica sin pertenecer a estos. La formación también está abierta a médicos inscritos su respectivo registro nacional y colegio. La escuela tiene una orientación sistémico-dialógico-construccionista y la gran parte de sus sesiones terapéuticas se llevan a cabo en consultorio con espejo bi-direccional, lo que permite a todos los alumnos participar como equipo terapéutico, incluso cuando no hay encuentros académicos programados. Los grupos de formación se componen de máximo 20 estudiantes. La clínica del centro acepta casos individuales, de pareja y de familia, y una amplia gama de problemáticas.

1.3 Las familias atendidas

La formación en Terapia Familiar Sistémica enfatiza el desarrollo de habilidades clínicas a través de la práctica clínica supervisada. En este caso la mayoría de las supervisiones se llevaron a cabo en directo, es decir, con supervisor y equipo terapéutico del otro lado del espejo bidireccional o en el mismo espacio físico. También tuvimos supervisión video-grabada, en la cual el foco se colocó en la figura del terapeuta, y supervisión relatada.

En este sentido, cada terapeuta en formación tuvimos la oportunidad de participar en el proceso terapéutico en diferentes modalidades: como terapeuta único, como coterapeuta y como equipo terapéutico/equipo reflexivo. En mi caso, tuve a mi cargo 9 casos como terapeuta, 6 casos como coterapeuta y participé como equipo terapéutico en alrededor de 40 casos. En la Tabla 1 se reportan los casos en los que participé como terapeuta y como coterapeuta, los casos resaltados son aquellos analizados en el capítulo 3 del presente reporte.

Tabla 1.*Familias atendidas como terapeuta único y coterapeuta*

Caso	Terapeuta (s)	Modelo	Sede	Participación	Sesiones	Motivo de consulta	Supervisora
Familiar	Yineguela Jiménez y Fabiola Ordaz	Estructural	C.S.P. Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	5	Ansiedad y problemas escolares	Jacqueline Fortes
Familiar	Yineguela Jiménez y Fabiola Ordaz	Integración de modelos	C.S.P. Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	7	Consumo de alcohol y drogas	Noemí Díaz
Familiar	Yineguela Jiménez y Fabiola Ordaz	Integración de modelos	C.S.P. Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	5	Desconfianza	Noemí Díaz
Pareja	Yineguela Jiménez y Ulises Martínez	Estratégica	C. C. Dr. Julian Macgregor y Sánchez Navarro	Coterapeuta	6	Problemas de genitorialidad, crianza	Martha Zamudio
Familiar	Yineguela Jiménez	Estructural	C.S.P. Dr. Guillermo Dávila	Terapeuta	3	Divorcio conflictivo, violencia	Carolina Díaz
Pareja	Yineguela Jiménez	Narrativa y Colaborativa	C.S.P. Dr. Guillermo Dávila	Terapeuta	3	Desconfianza	Nora Rentería
Familiar	Yineguela Jiménez y Karla García	Integración de modelos	C.S.P. Dr. Guillermo Dávila	Coterapeuta	5	Abuso sexual, depresión, violencia intrafamiliar	Gilberto Limón
Pareja	Yineguela Jiménez	Breve centrada en el problema, Sistémico-relacional	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	11	Celos	Ana María Ramírez
Familiar	Yineguela Jiménez	Sistémico-relacional	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	13	Autolesiones, intento suicida, depresión	Ana María Ramírez
Pareja	Yineguela Jiménez	Breve centrada en soluciones	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	4	Problemas de genitorialidad, enuresis, encopresis	Ana María Ramírez
Familiar	Yineguela Jiménez	Breve centrada en soluciones	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	7	Abuso sexual, depresión, violencia intrafamiliar	Ana María Ramírez
Familiar	Yineguela Jiménez	Sistémico-relacional	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	6	Problemas de genitorialidad y enuresis, encopresis infantil	Ana María Ramírez
Pareja/ Individual	Yineguela Jiménez	Breve centrada en el problema	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	7	Violencia de pareja	Ana María Ramírez
Pareja/ Individual	Yineguela Jiménez y Ulises Martínez	Breve centrada en soluciones	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	10	Violencia, autodevaluación, infidelidad	Ana María Ramírez
Familiar	Yineguela Jiménez	Terapia Narrativa y Colaborativa	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	Terapeuta	6	Falta de control de impulsos, agresión	Ana María Ramírez

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Modelos que guiaron los casos clínicos

2.1.1 *Modelo estructural*

Los orígenes de la terapia familiar, como disciplina independiente, se pueden rastrear en diversos estudios de la familia así como en el trabajo de consejería matrimonial y asistencia social a finales de la década de 1930 (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Fue gracias a estos trabajos y a los aportes hechos desde diferentes áreas del saber como la antropología, la cibernética, la teoría general de los sistemas y la teoría de la información en la década de 1950, que la emergente Terapia Familiar buscó ir más allá de las personalidades individuales para intentar comprender el comportamiento humano. Es decir, puso el foco en las interacciones más que en lo intrapsíquico para explicar la psicopatología.

La familia comenzó a ser vista como “un todo organizado cuyas partes funcionan de manera tal que trasciende sus características individuales” (Minuchin, Nichols y Lee, 2007, p.20) y la patología se depositó en el sistema familiar completo, ya no más en un solo miembro de esta. Así, las diferentes terapias basadas en esta premisa buscaron modificar la organización familiar y no la personalidad como lo hacían los modelos terapéuticos predominantes en la época (Vargas, 2004).

La terapia familiar estructural es uno de los modelos terapéuticos cuyo objetivo es modificar la organización de la familia. Este modelo fue desarrollado por Salvador Minuchin, psiquiatra argentino, y sus colaboradores en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia. De ellos los más conocidos son Jay Haley, Braulio Montalvo, Jorge Colapinto, Bernice Rosman y Harry Aponte (Desatnik, 2004; Umbarger, 1983).

Durante la primera mitad de la década de 1960, Salvador Minuchin comenzó a trabajar en un internado para jóvenes delincuentes, lugar donde las terapias tradicionales habían tenido escaso efecto. El abordaje desde una perspectiva sistémica dio un giro a la comprensión de aquello que sucedía con estas familias así como al tratamiento. Se desarrollaron nuevas técnicas de intervención basadas más en la acción que en la palabra, es decir, se buscaba trabajar con un modelo concreto, pragmático y fácilmente transmisible. Posteriormente, como director de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, Minuchin se ocupó con sus colaboradores de los aspectos teóricos y técnicos del modelo, la investigación, la formación de terapeutas y la atención comunitaria (Bertrando y Toffanetti, 2004; Desatnik, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Principios básicos

Este modelo tiene sus bases en el paradigma sistémico en el cual las partes interdependientes de toda unidad viva están organizadas según pautas relacionales, cuyo alcance es mayor y diferente de mera suma de sus partes. Desde esta perspectiva, la familia es vista como un *sistema vivo*. Como tal, ésta se encuentra en estados de intercambio más o menos adaptativos con el ambiente a través de acciones de *retroalimentación negativa*, que promueven *homeostasis* o estabilidad, y acciones de retroalimentación positiva, que promueven crecimiento y cambio (Umbarger, 1983).

Para Minuchin (1979) la **familia** es el grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior, por lo que su organización y su estructura califican la experiencia de los miembros que la componen. Sus funciones sirven a dos objetivos: uno es interno (la protección psicosocial de sus miembros) y el otro es externo (la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura). Al ser un sistema sociocultural abierto, se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose a las diferentes demandas de las etapas del desarrollo y reestructurándose, de modo tal que pueda seguir funcionando.

Minuchin (1979) plantea los elementos de un sistema familiar en tres facetas: a) se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando; b) posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento, la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración; c) la familia se adapta al estrés de un modo que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez se manifiestan pautas disfuncionales, y eventualmente esto puede llevar a la familia a una terapia.

Cuando se sobrepasan los niveles de equilibrio familiar, puede presentarse el *síntoma*, el cual se vuelve necesario como mecanismo regulador para que se mantenga la estabilidad en la familia (Desatnik, 2004). La patología puede ubicarse en el interior del paciente, en su contexto social o en la retroalimentación entre ambos (Minuchin, 1979).

Ante la necesidad de continua adaptación por demandas internas y externas, la familia debe contar con una gama de pautas transaccionales alternativas y flexibles. Si ésta no cuenta con los elementos para cambiar y adaptarse, puede desarrollar mecanismos homeostáticos para contrarrestar las dificultades. Entre estos mecanismos podrían surgir síntomas diversos que adquieren una función en el sistema y se conectan con estructuras familiares específicas (Desatnik, 2004), algunas de ellas descritas en la Tabla 2.

Tabla 2*Tipos de familia*

Tipo de familia	Características
<i>Pas de deux</i>	Compuesta sólo por dos personas, proclive a una recíproca dependencia, casi simbiótica.
<i>Tres generaciones</i>	Familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación. Aloja la posibilidad de especialización funcional, apoyo, cooperación y flexibilidad. Posibles eslabones débiles: desorganización, adultos desapegados o centrífugos, funciones ejecutivas mal definidas.
<i>Con soporte</i>	Familia en la que es preciso delegar autoridad. Uno o varios niños reciben responsabilidades parentales. Funciona sin tropiezos mientras las responsabilidades del niño parental estén definidas con claridad por los padres y no sobrepasen su capacidad.
<i>Acordeón</i>	Familia en la que uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Las funciones parentales se concentran en una sola persona. Esta organización que tiende a expulsar al progenitor periférico.
<i>Cambiantes</i>	Familias con contextos cambiantes, sea por cambio constante de domicilio o progenitor soltero que cambia de pareja constantemente. Algunos problemas pueden ser la inestabilidad en la organización y pérdida de sistemas de apoyo.
<i>Con huéspedes</i>	Familia que reciben de forma temporal a un niño u otro miembro. Un problema potencial es que en ocasiones la familia se organiza como si no fuera huésped.
<i>Con padrastro/madrastra</i>	Cuando un padre adoptivo se agrega a la unidad familiar. Algunos problemas son originados por la falta de un proceso de integración.
<i>Con un fantasma</i>	Familia que ha sufrido muerte o deserción. Puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro que falta pues puede ser considerado un acto de deslealtad.
<i>Descontroladas</i>	Uno de sus miembros presenta síntomas en el área del control, en las funciones ejecutivas y/o en la proximidad entre miembros de la familia. El tipo de problemas de control varía según el estadio de desarrollo de la familia.
<i>Psicosomáticas</i>	La estructura de esta familia incluye una excesiva insistencia de los cuidados tiernos. Parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Se caracterizan por sobreprotección, fusión o unión excesiva, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema.

Nota: Adaptado de de Minuchin y Fishman, 1989.

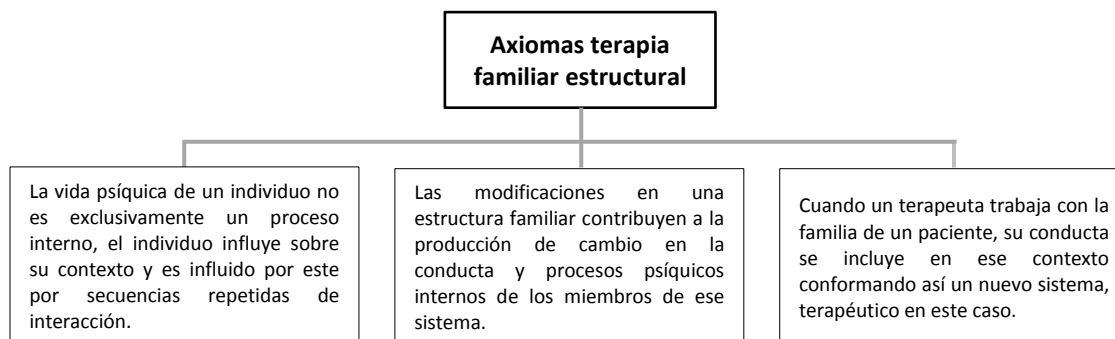
La *terapia familiar estructural* es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, cuyo objetivo es modificar la **estructura familiar** o el “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, 1979, p.82). En consecuencia, transforma las posiciones de los miembros en éste grupo, modificando las experiencias subjetivas de cada individuo (Minuchin, 1979). El terapeuta familiar estructural busca reestructurar el sistema familiar para funcionar de manera más efectiva, competente y cooperativa (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La terapia estructural se basa en tres axiomas (Figura 1) y es una terapia de acción ubicada en el presente, asume que el pasado se manifiesta actualmente ya que influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia. El objetivo de las intervenciones del terapeuta es asociarse al sistema y repararlo o transformarlo a través de la facilitación del uso de

modalidades alternativas de interacción para que la familia pueda desarrollar sus funciones, tanto internas como externas, con mayor eficacia (Minuchin, 1979).

Figura 1

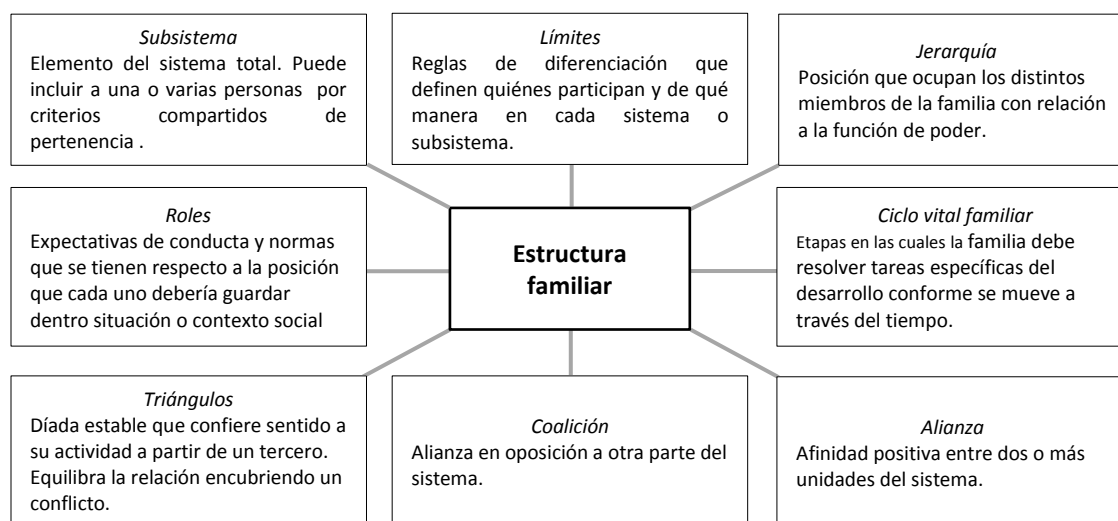
Axiomas de la terapia familiar estructural



Los elementos que permiten comprender la organización familiar son los *subsistemas*, los *límites*, la *jerarquía*, las *alianzas* y *coaliciones*, la *triangulación* así como el *ciclo de vida familiar* en el que se encuentran (Minuchin, 1979; Minuchin, Nichols y Lee, 2007). En la Figura 2 se observan las definiciones de cada uno de dichos elementos.

Figura 2

Elementos de la estructura familiar



Entre los subsistemas que encontramos en una familia se hayan: el *conyugal*, el *parental*, el *fraterno*, el *individual*, entre otros (Desatnik, 2004). El *subsistema conyugal* está constituido por dos adultos de sexo diferente que se unen con la intención expresa de constituir una familia, las principales cualidades requeridas son la complementariedad y la acomodación. El *subsistema parental* debe diferenciarse para desempeñar las tareas de cuidar y socializar a los hijos sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal. El *subsistema fraterno* es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales (Minuchin, 1979).

Los límites pueden ser *claros*, *difusos* o *rígidos*. Los *límites rígidos* son muy restrictivos y permiten poco contacto con otros subsistemas; los *límites difusos* se caracterizan por tener alto grado de intercambio de información y gran cercanía afectiva (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas debes ser claros y deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros subsistemas (Minuchin, 1979).

En lo que respecta al *ciclo de vida familiar*, Minuchin hace una reseña de las características de las primeras etapas del ciclo de vida y pone en relieve las dificultades típicas y transiciones por cada etapa en particular. En la Tabla 3 se pueden observar las etapas de desarrollo familiar planteadas por el Minuchin (1979) y aquellas planteadas por Carter y McGoldrick (1999).

Tabla 3

Etapas del ciclo de vida familiar

	Minuchin	Carter y McGoldrick
Etapas		<i>Entre familias: adulto joven independiente</i> Aceptar separación padres-hijos
	<i>Formación de la familia</i> Formación de unidad o subsistema con propios límites a través de interacción de la pareja.	<i>La unión de familias a través del matrimonio</i> (Pareja de recién casados) Compromiso con el nuevo sistema
	<i>Familia con hijos pequeños</i> Formación de subsistema parental.	<i>Familia con niños pequeños</i> Aceptar de nuevos miembros en el sistema
	<i>Familia con hijos en edad escolar y adolescentes</i> Renegociación de los subsistemas respecto a sus actividades, tiempo, ocupación y responsabilidad.	<i>Familia con adolescentes</i> Aumentar flexibilidad de límites
	<i>Familia con hijos mayores</i> Reajuste y reencuentro de cónyuges para vivir en pareja.	<i>Lanzamiento de los hijos</i> Aceptar de entradas y salidas del sistema <i>La familia en la vejez</i> Aceptar cambio de roles generacionales

Partiendo de los elementos de la estructura familiar no es posible hablar de la familia “normal”, sin embargo es posible definir la familia “funcional”. Una *familia funcional* presentaría las siguientes características: fronteras externas claras y permeables, fronteras claras entre subsistemas y fronteras individuales bien definidas. Jerarquía clara y consistente en los padres o tutores. Roles con adecuada fluidez y capacidad para el intercambio de funciones. Comunicación clara y asertiva. Las reglas en la familia serían explícitas y renegociadas a medida que la familia pasa a través de las diversas etapas del ciclo vital. No se presentarían coaliciones ni alianzas inflexibles o rígidas. La familia tendría que ser flexible para garantizar el desarrollo y coevolución de sus miembros, al mismo tiempo que da un sentido de pertenencia y estabilidad (Velasco y Sinibaldi, 2002).

Intervención terapéutica

La función del terapeuta consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar. Este proceso incluye tres pasos inseparables: asociarse a la familia en una posición de liderazgo, sacar a la luz y evaluar la estructura familiar así

como crear circunstancias que permitirán la transformación de la estructura (Minuchin, 1979). Es decir, en la terapia familiar estructural no existe una separación entre la evaluación o diagnóstico y el proceso de intervención ya que ambos se dan durante todo el proceso terapéutico (Desatnik, 2004).

La estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable por lo que el terapeuta debe asociarse con la familia para lograr un diagnóstico estructural de forma experimental. El **diagnóstico** es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de estas experiencias y observaciones derivadas de la unión con la familia. Éste implica plantear explicaciones tentativas de la relación entre las interacciones sistémicas que se dan entre el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros (Desatnik, 2004; Minuchin, 1979).

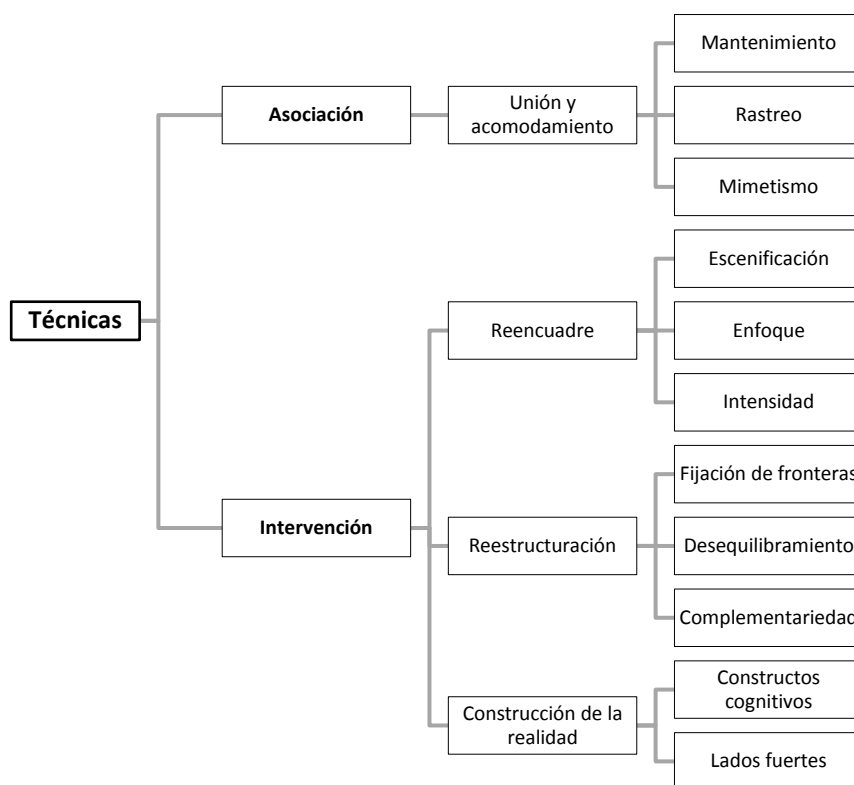
El diagnóstico se logra a través del proceso de recopilar diferentes clases de información, uno de ellos es el *mapa familiar* o esquema organizativo. Éste permite al terapeuta elaborar hipótesis y determinar objetivos terapéuticos (Minuchin, 1979). Es útil en la tarea de organizar datos de la estructura familiar, tanto de contenido como de interacción, y puede elaborarse desde la primera entrevista con la familia (Velasco y Sinibaldi, 2002)

Al evaluar las transacciones de la familia, el terapeuta se concentra en seis **áreas fundamentales**: a) pautas transaccionales preferibles y alternativas disponibles; b) flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y de reestructuración; c) resonancia del sistema familiar y su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros; d) contexto de vida de la familia, analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia; e) estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio; f) formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia (Minuchin, 1979).

El terapeuta observa la estructura familiar por medio del proceso de asociarse con ella; esto implica el doble proceso de unión y acomodación, respetando la estructura ya existente, a la vez que actúa interviniendo para modificar la organización familiar. En la Figura 3 se pueden observar las técnicas destinadas a dichas tareas, que si bien se presentan de esta forma por cuestiones didácticas son interdependientes e inseparables.

Figura 3

Técnicas de asociación e intervención



Los métodos del terapeuta para la creación de un sistema terapéutico y situarse a sí mismo como líder se designan como **técnicas de asociación**. Si el terapeuta no puede asociarse a la familia y establecer un sistema terapéutico, todo intento de alcanzar los objetivos terapéuticos fracasará. *Unión y acomodamiento* son dos términos que describen el mismo proceso. Para aliarse a un sistema familiar, el terapeuta debe aceptar la organización y el estilo de la familia así como

fundirse con ellos ya que la familia se modificará solamente si el terapeuta logra incorporarse de un modo sintónico (Minuchin, 1979). Las técnicas de asociación son descritas en la Tabla 4.

Tabla 4

Técnicas de asociación

Técnica	Descripción
<i>Mantenimiento</i>	Apoyo programado a la estructura familiar, tal y como el terapeuta la percibe. Confirmación activa y apoyo de los subsistemas familiares.
<i>Rastreo</i>	Convalidación a través del seguimiento del contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia.
<i>Mimetismo</i>	El terapeuta se acomoda al estilo familiar y a sus modalidades afectivas adoptando su ritmo.

Las **técnicas de intervención** terapéuticas son aquellas que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico. Éstas técnicas crean movimiento hacia las metas terapéuticas, dependen de una unidad terapéutica firmemente establecida, permiten periodos de consolidación y reagrupamiento a medida que la familia cambia (Minuchin, 1979).

Minuchin y Fishman (1989) plantean tres estrategias principales para el proceso de cambio: a) *cuestionar el síntoma*, b) *cuestionar la estructura de la familia*; y c) *cuestionar la realidad familiar*.

En el cuestionamiento del síntoma o *reencuadre*, el terapeuta busca modificar la concepción que la familia tiene del problema cuestionando la definición que tienen de éste. Las técnicas que están al servicio de estas estrategias son la *escenificación*, el *enfoque* y el *logro de intensidad*, descritas en la Tabla 5.

Tabla 5

Técnicas de reencuadre

Técnica	Descripción
<i>Escenificación</i>	El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia con el propósito de vivenciar la realidad familiar como aquéllos la definen. Pone el acento en ciertos aspectos e introduce nuevos elementos insinuando nuevos modos diferentes de interactuar. Se pueden destacar tres movimientos: 1) <i>Primer movimiento o interacciones espontáneas</i> , 2) <i>Segundo movimiento o provocar interacciones</i> , y 3) <i>Tercer movimiento o interacciones alternativas</i> .
<i>Enfoque</i>	Tras seleccionar elementos que parecen pertinentes para el cambio, el terapeuta selecciona y organiza los datos de las interacciones familiares dentro de un esquema que les confiera un sentido nuevo.
<i>Logro de intensidad</i>	El terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico, busca que la familia "oiga" el mensaje. Algunas técnicas son: <i>Repetición del mensaje</i> , <i>Repetición de las interacciones isomórficas</i> , <i>Modificación del tiempo</i> , <i>Cambio de la distancia</i> y <i>Resistencia a la presión de la familia</i> .

En el cuestionamiento de la estructura familiar o *reestructuración* el terapeuta trabaja en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y sus funciones. Las técnicas que dispone para esta estrategia son la *fijación de fronteras*, el *desequilibramiento* y la *enseñanza de la complementariedad* (Tabla 6).

Tabla 6

Técnicas de reestructuración

Técnica	Descripción
<i>Fijación de fronteras</i>	Regulan la permeabilidad de los límites que separan los subsistemas entre sí. Algunas técnicas son: <i>Distancia psicológica</i> y <i>Duración de la interacción</i> .
<i>Desequilibramiento</i>	La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros del subsistema. Algunas técnicas son: <i>Alianza con miembros de la familia</i> , <i>Ignorar a los miembros de la familia</i> y <i>Coalición contra miembros de la familia</i> .
<i>Complementariedad</i>	Las meta es ayudar a los miembros de la familia a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí-mismo individual. Apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, cuestionando la idea íntegra de jerarquía. El terapeuta cuestiona la epistemología habitual en tres aspectos: <i>Cuestionamiento del problema</i> , <i>Cuestionamiento del control lineal</i> y <i>Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos</i> .

En el cuestionamiento de la realidad familia o *construcción de realidad*, se busca modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia elaborando nuevas modalidades de interacción entre ellos. El terapeuta toma los datos que la familia le ofrece y los reorganiza. La realidad conflictiva y estereotipada de la familia recibe un encuadramiento nuevo. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son los *constructos cognitivos* la *insistencia en los lados fuertes de la familia* (Tabla 7).

Tabla 7

Técnicas de construcción de realidad

Técnica	Descripción
<i>Constructos cognitivos</i>	El objetivo es convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo. Las técnicas principales son: <i>Símbolos universales</i> , <i>Verdades familiares</i> y <i>Consejo especializado</i> .
<i>Lados fuertes</i>	Búsqueda de lados positivos para combatir la disfuncionalidad.

2.1.2 Modelo sistémico-relacional de Milán

De acuerdo con Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (2003), Sánchez y Gutiérrez (2000), y Reséndiz (2010), el desarrollo del Modelo sistémico-relacional de Milán ha sido continuo y debe ser ubicado en el contexto de una evolución constante en el campo de la terapia de los sistemas familiares.

La historia inicia durante 1967, cuando Mara Selvini Palazzoli comenzó la experimentación de nuevas vías en trabajo terapéutico familiar. Ese mismo año conoció a Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo, a quienes invitó a trabajar en un grupo de profesionales que trataba tanto con pacientes con desórdenes alimenticios como con aquellos con algún tipo de psicosis. El equipo de trabajo fue conformado por la misma Mara Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo y Giuliana Prata así como por Severino Rusconi, Paolo Ferraresi, Simona Teccani y Gabriele Chistoni. El grupo partió de una orientación psicoanalítica, teniendo como foco de atención la conflictiva familiar inconsciente, introduciendo una forma de trabajo en equipo: las ideas se discutían sin que nadie tuviera la verdad última. Sin embargo, los resultados poco alentadores los llevaron a reformular su forma de trabajo (Ochoa, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Boscolo *et al.*, 2003; Reséndiz, 2010; Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli, 2014).

En 1971, Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata se separaron del equipo original adoptando el Modelo de terapia breve de Palo Alto, es decir, comenzaron a trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar o sistémico (Ochoa, 1995; Reséndiz, 2010). Como culminación del trabajo realizado durante esos años, en 1975 fue publicado en Italia el libro *Paradoja y Contraparadoja* (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980a), el cual fue traducido en diferentes idiomas años más tarde, causando un gran impacto en la comunidad de terapeutas a nivel mundial.

En 1980, el grupo de cuatro terapeutas escribió su último artículo juntos: *Hipotetización-Circularidad-Neutralidad. Tres guías para la conducción de la sesión* (Selvini Palazzoli et al., 1980b), el cual marcaría una separación epistemológica del equipo. Desde entonces, Selvini Palazzoli modificó su aproximación a la familia a partir del trabajo realizado con el equipo conformado en 1982 por Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino. Al abandonar el Modelo de Palo Alto, pasó a la experimentación de las estrategias prescriptivas, para posteriormente profundizar en la teoría y técnica que integrarían su modelo de psicoterapia familiar publicado en *Muchachas anoréxicas y bulímicas* (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999). En 1993 fundó con Cirillo, Selvini y Sorrentino la escuela de psicoterapia que, posterior a su muerte, recibiría su nombre (Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli, 2014a).

Por su parte, tras la escisión del grupo, Boscolo y Cecchin se dedicarían a la formación de terapeutas sistémicos desde una postura cada vez más cercana a las nuevas teorías del rol del observador desarrolladas por Humberto Maturana, Francisco Varela y Heinz von Foerster (*cibernética de segundo orden*) y una postura que abandona el paradigma del control. Además, profundizarían en la lectura de Gregory Bateson, lo que les conduciría a buscar una modalidad de trabajo más compleja que introdujera principios como: ecología de las ideas, contextos y marcadores de contexto, no hay nada que quede fuera de la relación (Ochoa, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Reséndiz, 2010; CMTF, 2012a).

Principios básicos

Boscolo y Bertrando (2006) definen la terapia sistémica del Modelo sistémico-relacional de Milán como un modelo terapéutico fundado sobre las teorías de Gregory Bateson. Originalmente aplicado solamente a la terapia familiar, este modelo es hoy utilizado además en el trabajo individual, de pareja, con grupos y con organizaciones.

De acuerdo con el *Centro Milanese di Terapia della Famiglia* (2012b), su propuesta más que un conjunto de teorías y técnicas, es una forma de pensar y actuar que subraya la estrecha conexión existente entre los contextos relacionales de los cuáles somos parte y las narrativas de las cuáles somos generadores como individuos, familias, grupos y colectividades.

El núcleo batesoniano del modelo, basado en la epistemología cibernética y sistémica, concibe a la **familia** como un sistema abierto cuyos miembros se encuentran interrelacionados a partir de circuitos recursivos que caracterizan la vida del grupo familiar. Así, cada comportamiento individual es recíprocamente influenciado por los comportamientos de los demás miembros de la familia y viceversa (Boscolo y Bertrando, 2006; Resendiz, 2012). Como sistema abierto, la familia posee las siguientes propiedades: a) *totalidad*, es decir que la familia posee características más allá de las peculiaridades de los individuos que la componen, b) capacidad autocorrectiva con tendencia homeostática (*morfoestasis*), y c) capacidad de transformación (*morfogénesis*), éstas dos últimas interconectadas de forma circular (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980a).

De acuerdo con Cecchin (Boscolo, Cecchin, Campbell & Draper, 1985) el enfoque sistémico-relacional de Milán ha desarrollado algunos principios básicos intrínsecamente relacionados : a) *sin contexto no hay significado*, y b) *cuando observas un sistema te vuelves parte de él*.

Fruggeri (1998) define **contexto** como el complejo de circunstancias entre las cuales emerge un determinado hecho y se desarrolla, o como lo explica Bateson, es la matriz de significados ya que ningún hecho puede ser explicado sin considerar la red de circunstancias entre las cuales tal hecho emerge y se desarrolla. El contexto es coconstruido, a través de procesos simbólicos e interactivos, por los interlocutores en la relación. La coordinación de acciones y significados que tienen lugar en tal proceso, reflexivamente se vuelve la matriz de significados de las acciones realizadas por los sujetos en el curso de sus interacciones.

Otro concepto importante es el de **sistema observante** que explica que el observador percibe el mundo a través de sus propios lentes (cultura, familia, género, etc.) por lo que no se puede hablar de un sistema observado autónomo al que se puede mirar objetivamente (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, P. ,2003). Así, se asume una doble postura por parte de los terapeutas: somos parte del contexto pero simultáneamente parte del sistema. Al ser parte de un sistema, se comienza a mirar a partir de las restricciones que imponen las reglas de éste; fuera del sistema se pueden sortear dichas limitaciones, por lo que se deben sostener ambas posiciones todo el tiempo. Por lo tanto, ser observador implica una posición de **autorreflexión** (Boscolo *et al.*, 1985), la cual ha originado un desplazamiento del centro de atención de la conducta familiar al terapeuta (Boscolo *et al.*, 2003).

Otro concepto medular utilizado por el grupo de Milán es aquél de Bateson sobre las **premisas** definidas como los valores de referencia o principios orientadores programados en un nivel profundo de estructura, fuera del alcance de la mente consciente (Boscolo *et al.*,2003). En otras palabras, la idea básica que mantiene andando a la familia (Boscolo *et al.*, 1985). Por lo tanto, el modelo sistémico-relacional de Milán es definido como un enfoque *estético* ya que la comprensión de la familia se basa en descubrir la o las premisas básicas de la familia, particularmente aquellas que parezcan sustentar el problema, igual de importantes que aquellas del terapeuta (Boscolo *et al.*, 1985; Boscolo *et al.*, 2003; Mackinnon, 1983).

Boscolo y Bertrando (1992) consideran el **tiempo** como un componente básico en la experiencia humana por lo que es considerado un elemento clave para la aproximación del modelo a las relaciones humanas. Éste es definido como una abstracción derivada de nuestra experiencia de secuencia y cambio por un lado, y por otro, de la presencia estable de los objetos en proceso de cambio. Si bien el tiempo puede ser concebido de diferentes maneras, cada concepción del tiempo es verdadera en un determinado ámbito descriptivo y sólo en él. Boscolo y

Bertrando (1996) plantean la hipótesis de la existencia de dos anillos reflexivos del tiempo: uno diacrónico (pasado-presente-futuro) y uno sincrónico (individual-social-cultural). La coevolución armónica en un sistema, por ejemplo la familia, implica un amplio espectro de tiempos posibles: en cuanto menor gama, menor capacidad de adaptación; incluso Bateson (1979, en Reséndiz, 2012) afirma que la patología emerge de la falta de coordinación entre los diferentes tiempos.

Esta perspectiva temporal, en la práctica implica la exploración de cómo el sistema se mira a sí mismo ahora y a su propia historia, así como la exploración de las diferencias en las relaciones y en las conductas a lo largo del tiempo con el propósito de relacionar nueva información dentro del sistema además de reunir información que permitan generar, modificar o desechar hipótesis (Mackinnon, 1983).

Este modelo concibe los **problemas** como la rigidización de la epistemología o premisas de la familia, lo que no les permite hacer los cambios necesarios para adaptarse en los momentos de transformación natural, es decir, cuando el sistema es incapaz de dar un salto a una nueva forma de funcionamiento (Mackinnon, 1983). Además el problema o síntoma es considerado información referente a todo un contexto de relaciones en el cual la persona existe enfatizando el funcionamiento grupal y sus contextos (Reséndiz, 2012). Esto es definido como **sistema *significante***, el cual incluye todas aquellas unidades -personas o instituciones- que se activan en el intento de aliviar los problemas, lo que acerca más el modelo a una definición del problema como una ecología de ideas sobre el problema (Boscolo *et al.* 2003).

Por lo tanto, se espera que el **cambio** provenga del cambio de premisas (Boscolo *et al.*, 1985). Si la premisa varía o se transmuta, este cambio afectará las principales áreas de conducta familiar y producirá un cambio de segundo orden o cambio en la premisa (Boscolo *et al.*, 2003). Dicho cambio, conocido como *cambio triádico*, se ocupa menos del síntoma y más en las relaciones (CMTF, 2012a). Con esto no se descuidan los cambios de conducta ya que es imposible

separar premisas de conductas: unas son aspectos de las otras, sin embargo el grupo de Milán pone mayor énfasis el mundo de las premisas (Boscolo et. al, 2003).

Para Boscolo y Bertrando (2006), el objetivo general de la terapia es crear un contexto relacional de **deutero-aprendizaje**, es decir, de aprender a aprender (Bateson, 1991), en el cual los clientes puedan encontrar sus propias soluciones, sus posibles salidas de la dificultad y el sufrimiento.

En este proceso el **terapeuta** tiene un papel activo y central (Tabla 8), su tarea es introducir nueva información al sistema a través del proceso de entrevista. Así, a partir de sus premisas creará una tensión con las de la familia y esa tensión puede ser tal que la familia tenga que cambiar su premisa (Boscolo et al., 1985). Con esto se asume que no puede haber una *interacción instructiva*, sino sólo una perturbación del sistema que luego reaccionará conforme su propia estructura, por lo que los resultados son impredecibles, ya que cada familia creará sus propias soluciones (Boscolo et al., 2003; Mackinnon, 1983).

Tabla 8

La postura del terapeuta en el Modelo sistémico-relacional de Milán

Postura del terapeuta	
<i>Curiosidad</i>	Cuando creemos tener una explicación, dejamos de buscar otras descripciones, renunciado al desarrollo de la multiplicidad y polifonía, es decir, a nuestra postura de curiosidad. La curiosidad se basa en la noción de que cada sistema tiene una lógica en su interacción, la cual no es buena ni mala sino operativa (Cecchin, 1987).
<i>Respeto</i>	Reconocer al otro, escuchar el mensaje global y no sólo las palabras, y si uno es reconocido en alguna forma entonces existe, lo que termina siendo terapéutico ya que en el reconocimiento de la existencia se sobreentiende que puede haber otra forma de existir (Cecchin en Canova, 2005). La curiosidad genera respeto y viceversa (Cecchin, 1987).
<i>Irreverencia</i>	Falta de respeto sana hacia toda idea que restringe la creatividad y capacidad de maniobra. Es decir, ser pausadamente subversivo y luchar contra cualquier "verdad" reificada. Esto únicamente puede ocurrir si tomamos la responsabilidad de nuestros actos, nuestras opiniones, sin instrumentalizarnos o convertirnos en estrategias. Esto es: describir los fenómenos desde un nivel distinto, promover la incertidumbre y romper las certezas que restringen, propias y de la familia (Cecchin, Lane & Ray, 1998).
<i>Prejuicios</i>	Nos inducen a modelar la conversación y la terapia de acuerdo a estos. Al momento de notarlos nos encontramos en grado de considerar los propios modelos, hipótesis y técnicas como preconceptos más que como realidades irrefutables, lo que los hará más susceptibles de ponerse en discusión. Esto ayudará a que, al ser la terapia una interacción de los prejuicios del terapeuta y los de la familia, se mantenga un sano nivel de tensión que favorecerá la reorganización constructiva y el desarrollo de una multiplicidad de alternativas (Cecchin, Lane & Ray, 1997).
<i>Emociones</i>	Las emociones del terapeuta como indicadores del modo en el cual el terapeuta participa a través de sus propios mapas, sistemas de creencias y de significado en la construcción de la relación terapéutica. Así, van reconocidas y reubicadas en la interdependencia que conecta los sistemas cognitivo, afectivo y del comportamiento, ámbito en el cual se construyen las relaciones interpersonales y por lo tanto también la relación terapéutica (Fruggeri, 1992).

Intervención terapéutica

El modelo posee 3 ejes o principios fundamentales que guían la práctica clínica: *hipotetización, circularidad y neutralidad* (Selvini Palazzoliet *al.*, 1980b).

Cecchin (Boscolo *et al.*, 2004), en el postfacio de la versión italiana, afirma que en práctica el modelo sistémico-relacional de Milán es la **hipotetización**, discutir todo, es decir, asumir una postura en la que no hay nunca una idea final y verdadera. Esta búsqueda constante es lo que hace terapéutica la conversación. Por lo que dicho autor considera primordial el tener siempre nuevas ideas. La hipótesis tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y del observar, ésta no es verdadera sino más o menos útil (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980b). Éstas surgen de la interacción recursiva entre terapeuta y cliente, por lo que no se atribuyen a uno ni a otro, sino a ambos (Boscolo y Bertrando, 1996). Una hipótesis es calificada como sistémica si considera a todos los componentes del sistema o al menos a tres de éstos, *triádicas*, y propone una explicación de sus relaciones (Ugazio, 1985).

La **circularidad** es la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones y las informaciones solicitadas en términos de relaciones, es decir, en términos de diferencia y cambio (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980b). Boscolo y Bertrando (2006) la definen como el principio a través del cual el terapeuta confía en las retroalimentaciones para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas.

El tercer principio en la conducción de la sesión es la **neutralidad**. Este concepto originalmente hace referencia a un meta-nivel el que el terapeuta evita cualquier coalición, intentos de relación privilegiada o juicios de valor que lo alíen con algún miembro del sistema o grupo dentro de éste (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980b). Sin embargo éste concepto ha sido criticado ya que se ha asumido que no es posible mantener una postura neutral, de la misma manera en la que es imposible no comunicar (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Al ser el terapeuta

participante del sistema observado, no puede ser alcanzable dicho concepto de neutralidad ya que no es viable ser neutral respecto a sí mismo, a sus propios prejuicios, a sus propias ideas. Además recibió fuertes críticas por los movimientos feministas por ser una posición que podría legitimar situaciones de abuso o violencia (Boscolo y Bertrando, 2006). Es por esto que años después Cecchin propone el concepto de **curiosidad**, rescatando de la neutralidad la no asunción de veracidad o no de alguna posición, este nuevo concepto invita a experimentar múltiples puntos de vista (Cecchin, 1987), lo que llevó a proponer nuevos términos como el de **multiparcialidad** (Hoffman, 1988).

Respecto al proceso terapéutico, cada sesión se desarrolla regularmente en cinco partes (Boscolo *et al.*, 2003) descritas a continuación:

1. *Reunión previa*: el equipo formula una hipótesis preliminar acerca del problema de la familia.
2. *Entrevista*: uno o dos miembros entrevistan a la familia mientras el resto del equipo confirman, modifican o sustituyen la o las hipótesis.
3. *Intervalo para debate*: el equipo en pleno se reúne a solas para discutir la o las hipótesis y llegar a una intervención.
4. *Intervención*: los terapeutas que entrevistaron vuelven a sesión y pronuncian la intervención.
5. *Debate final*: el equipo en pleno se reúne de nueva cuenta para analizar las reacciones de la familia, generar nuevas hipótesis y programar la próxima sesión.

Posteriormente se decidió modificar la *connotación positiva*, intervención característica del modelo desde sus orígenes, ya que sugería la idea negativa de que la familia “necesitaba” un síntoma o que el síntoma era “bueno”, lo que podía parecer sarcástico. En cambio, se opta por señalar cuán significativo es el problema o síntoma en su contexto, comprensible y quizá

indispensable en este momento (Boscolo *et al.*, 2003). Es decir, a partir de una *visión positiva* se busca reconocer la identidad del sistema (Reséndiz, 2012).

Este modelo asume que el proceso de entrevista genera cambios por lo que una de sus principales técnicas es el *cuestionamiento triádico* o *preguntas circulares*. La pregunta, a diferencia de la afirmación o la interpretación, entrega al otro la tarea de atribuir los significados de cuanto ha sido dicho (Boscolo y Bertrando, 2006). Al pensar en triadas, las preguntas circulares cambian el foco de la comunicación a la organización, a las relaciones.

Este es un modelo que continúa en evolución constante y hasta la fecha los autores pertenecientes al modelo sistémico-relacional siguen desarrollando nuevas reflexiones sobre la terapia, sin que estas ideas resulten absolutas y limitantes.

2.2 Diálogo interno del terapeuta como herramienta para generar nuevos diálogos en situaciones de impasse

Gran parte de la literatura refiere que el cambio terapéutico no es atribuible a las especificidades de cada modelo terapéutico, como pueden ser las teorías y técnicas, reportando mayor similitud que diferencia en la eficacia de los distintos modelos terapéuticos (Budge & Wampold, 2015). Por su parte Corbella y Botella (2003), en su revisión de estudios sobre la relación terapéutica en diferentes orientaciones teóricas, señalan que la calidad emocional y relacional del vínculo cliente-terapeuta es determinante y uno de los mejores predictores de la eficacia de la terapia. En lo que respecta a la terapia familiar sistémica en particular, Carr (2016) refiere que una de las principales características de las intervenciones terapéuticas exitosas es la capacidad del terapeuta para facilitar alianzas fuertes entre: a) sí mismo y los miembros de la familia, b) entre los miembros de la familia, y donde es necesario c) entre los miembros de la familia y el sistema amplio (otros profesionales de la salud, servicios sociales, instituciones escolares, familia extensa). Así, la literatura científica confirma aquello que terapeutas,

supervisores y teóricos de diversos modelos, quizá también los consultantes, ya saben pero que en ocasiones es complicado explicitar: la relación importa y cuánto.

En el encuentro terapéutico, ciertas situaciones pueden entrapar al terapeuta, bloqueando su capacidad de generar conversaciones útiles e incluso algunas veces llevando al sistema terapéutico a escenarios destructivos, potencialmente resultando en fracasos terapéuticos por no mencionar los riesgos iatrogénicos. Una de estas situaciones es la fuerte carga emotiva de algunas sesiones, sobre todo aquellas de configuración familiar, los cuales suelen caracterizarse por una extrema complejidad y mayor saturación emotiva (Aurón, 2009; Bertrando, 2014; Rober, 2010). Algunas emociones pueden ser difíciles de manejar por el terapeuta, lo que puede generar: barreras en el desarrollo de la alianza terapéutica o incluso su ruptura, parálisis del terapeuta, dudas sobre las propias competencias y profesionalismo, e incluso empujar al terapeuta a posiciones dialógicas que conducen a estancamientos perjudiciales (Flaskas, 2005).

Rober (2010) subraya que experimentar emociones negativas es parte del impredecible proceso terapéutico y no deberían considerarse como señal de ser un mal terapeuta o inexperto. De hecho, Pope y Tabachnick (1993), a partir de una encuesta realizada a un amplio grupo de psicólogos clínicos y terapeutas, reportan que la gran mayoría de los terapeutas experimentan enojo, odio, miedo y atracción sexual durante su trabajo clínico, siendo miedo y enojo aquellas emociones más ampliamente difusas. Además, señalan que a pesar de su frecuencia y la incomodidad que generan en el terapeuta, han sido descuidadas por la literatura y quizá no abordadas adecuadamente en los programas de formación. Así por ejemplo, diferentes estudios han reportado que la ansiedad durante la sesión es una experiencia común en los terapeutas novel, además de fuerte auto-crítica y molestia/fastidio (Frediani & Rober, 2016).

Por mucho tiempo la terapia sistémica no dio mucha atención a la experiencia del terapeuta ni a las emociones, siendo tradicionalmente temáticas abordadas por el psicoanálisis. En

lo que respecta a la vivencia del terapeuta, con la evolución epistemológica a la cibernética de segundo orden, donde el objeto observado no puede ser separado del observador, el grupo de Milán comenzó a centrar su atención en el terapeuta. Sin embargo, en los desarrollos post-Milán, con la aparición de las terapias postmodernas y narrativas, el foco se movió hacia la experticia del cliente y el no-saber del terapeuta, lo que indudablemente fue una valiosa evolución, sin embargo a través de la óptica foucaultiana, la contribución del terapeuta al diálogo terapéutico se volvió una voz con potencial riesgo colonizador. Además algunos autores como David Parè enfatizaron que la posición de no-saber del terapeuta delata una subyacente mirada individualista de la relación terapéutica, es decir, que no captura el tenor de una relación intersubjetiva ni la reciprocidad. Asimismo afirmó que los clientes buscan algo más que la liberación de sus propios conocimientos subyugados, ellos quieren expandir sus posibilidades a través de las ideas y prácticas que el diálogo con el terapeuta genera. Posteriormente, tomando inspiración en los trabajos de Mijail Bajtín, la figura del terapeuta volvió a la escena con la exploración del carácter dialógico del encuentro terapéutico familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004; Givroupoulou & Tseliou, 2017; Leiman, 2004; Paré, 2002; Rober & Seltzer, 2010; Rober, 2005; Rober, 2010).

A partir del trabajo de Batjin, Rober (2005) señala que para este la vida en su naturaleza es dialógica, por lo tanto vivir significa participar en diálogos: hacer preguntas, prestar atención, responder, estar de acuerdo, y así. En este diálogo una persona participa completamente, inviste su sí mismo entero en el discurso. Además propone enfocarse en algunos de sus conceptos clave:

- **Voz.** Cada expresión es realizada por una voz perteneciente a un autor, dicha voz no puede ser reducida a una sumatoria de señales vocal-auditivas. Esta tiene relación con las temáticas más amplias referentes a la perspectiva del sujeto hablante, su horizonte conceptual, intención y visión del mundo. Además cada expresión tiene un tono

emocional-volitivo: una enunciación siempre valora y expresa la posición del autor con respecto al mundo y al destinatario.

– **El mundo como creación conjunta.** Aunque cada voz tiene un autor, una voz nunca está sola. Batjín se ocupa de ambos, de quien habla (voz del autor) y de quien es destinatario (la voz que responde). El hablante no es dueño de sus palabras, sino que las “renta” de una comunidad de hablantes en el pasado y las pronuncia ahora. Además, el mundo es una creación conjunta ya que se trata del diálogo entre el que habla y el que escucha puesto que cada expresión invita a una respuesta. Las palabras adquieren significado sólo en la respuesta real del que escucha.

– **Entendimiento dialógico o creativo:** El entendimiento es un proceso activo, creativo, en el cual los significados del cliente –en nuestro caso- hacen contacto con los significados del terapeuta, y en este proceso emergen nuevos significados diferentes de los originales. Bajtín puntualiza que la posibilidad de ver el mundo a través de los ojos del otro es una parte necesaria en el proceso de entendimiento. Dicho proceso, no es un proceso pasivo que implicaría simplemente el duplicado de la mente del otro, sino que es un proceso responsivo y creativo. Además, el que escucha tiene que ser diferente al que habla (*outsidness*) si quiere que su entendimiento sea algo más que una duplicación de significados. Así, la *outsidness* es el más poderoso factor de entendimiento dado que crea la posibilidad de un diálogo enriquecedor.

– **Sí mismo.** Complejo diálogo interior entre numerosas voces internas. El *sí mismo* se asimila a la novela, la cual es un complejo diálogo de varias voces y modos de hablar, cada una incorpora un sentido especial del mundo.

Inspirados por estos conceptos, particularmente por el *self dialógico como una polifonía de voces interiores*, algunos terapeutas como Tom Andersen, Harlene Anderson, Harold H.

Goolishian, Peter Rober, Paolo Bertrando, entre otros, han descrito el sí mismo del terapeuta como un diálogo interior. Anderson y Goolishian (1989) declararon que el terapeuta mantiene una conversación dialógica consigo mismo, lo cual es el punto de partida de sus preguntas. Esta conversación dialógica ha sido llamada *conversación interna del terapeuta* por Rober (2002).

Esta conversación interna sería principalmente entre el *self experiencial* (observaciones, recuerdos, imágenes, fantasías, sensaciones activadas en ese momento por aquello que observa y escucha) y el *self profesional* (hipotetización y preparación de respuestas).

En la exploración de lo que sucede en esa conversación interna del terapeuta, Rober *et al.* (2008a) proponen que una parte de la mente del terapeuta durante la sesión, en línea con el concepto batjiano de *entendimiento dialógico*, se encuentra ocupada en una *escucha como proceso activo*. Esta escucha se focaliza en tres aspectos principales: a) procesar la historia del cliente –aquello que relata-, b) poner atención al proceso del cliente –aquí y ahora del cliente-, y c) enfocar en la propia experiencia del terapeuta –aquí y ahora del terapeuta-. Los últimos dos hablarían de la parte *experiencial* o vivencia del terapeuta durante la sesión, de aquello que se escapa de las palabras: lo no dicho y lo indecible (Frosh, 2004, en Rober *et al.* 2008a). En el campo de la terapia familiar se han realizado publicaciones en las que la vivencia del terapeuta familiar durante la sesión ha sido valorada como herramienta para el entendimiento y el diálogo, por ejemplo la *resonancia* de Elkaïm (1997) o el *no saber de saber* de Telfener (2014a).

Para explorar la experiencia del terapeuta durante la sesión, Rober (2016) creó la *Tarea de Conversación Interna del Terapeuta*. Esta consiste en que con asistencia de las videgrabaciones de la sesión, terapeutas reporten sus conversaciones internas, es decir todo aquello que pensaban y sentían en ese momento. Es decir, se les pidió elegir los 6 minutos de la sesión que los haya conmovido más, que los hubiera implicado más; posteriormente, en un límite máximo posterior a la sesión, evocar todo aquello que hayan sentido y pensado. Transcribieron esos minutos de la

sesión en una columna, en otra escribieron todo lo que pensaron o sintieron en ese momento, y la tercer columna sirvió para reflexiones post-sesión. Esto tanto con terapeutas con amplia experiencia clínica como con terapeutas en formación. En ambos grupos encontraron que si bien, el diálogo interno del terapeuta se enfoca en procesos recopilación de información, construcción de hipótesis e intentar construir metas terapéuticas, también indican que el terapeuta duda, titubea, percibe la vivencia del cliente, nota sus recursos, y experimenta emociones intensas, algunas veces intrusivas, como tensión, enojo, impotencia, alivio, alegría, desaliento, autocrítica, irritabilidad , entre otras, siendo las últimas dos mencionadas aquellas con mayor presencia entre los terapeutas en formación (Rober *et al.*, 2008a, Rober *et al.*, 2008b; Frediani & Rober, 2016). Estos estudios también sugieren que la alta intensidad emotiva comportan riesgos en el terapeuta como la perdida de sensibilidad, de flexibilidad y de su conexión con cada uno de los miembros de la familia, así como actuar reactivamente de forma negativa, pero también conllevan oportunidades como nuevas formas de abrir diálogos con las familias (Rober, 2010; Frediani y Rober, 2016).

Rober (2010) señala que si bien son conceptos con gran mérito sobre la postura terapéutica, *curiosidad, irreverencia, no-saber*, no dan suficiente valor al aquí-y-ahora de la experiencia del terapeuta en sesión. Asimismo señala que ser sensibles a nuestro propia experiencia dentro sesión no es una tarea fácil y que aquellas experiencias/vivencias (*experiencing*) dentro de la sesión que no reconocemos tienen una alta probabilidad de meternos en problemas debido a que sólo reaccionamos.

Como respuesta a esta situación, Rober (2010) propone tres conceptos, que pueden ser usados como pasos, para usar la propia experiencia/vivencia como herramienta en situaciones de atascamiento o impasse terapéutico, conduciéndonos a revisar nuestras ideas dominantes,

prejuicios, respaldar nuevas hipótesis y así generar nuevas aperturas dialógicas. Estos conceptos o pasos son:

1. **El experimentar o vivencia del terapeuta.** Esto tiene que ver con lo que está sucediendo en la mente del terapeuta: ¿Qué está sintiendo el terapeuta? ¿Cuáles son las intenciones del terapeuta? ¿Cuáles son las emociones con las que está luchando? ¿Qué dilemas está enfrentando? ¿Cuáles son las fantasías con las que está lidiando? El experimentar del terapeuta va más allá de aquello que está sintiendo, sino también tiene que ver con algunos juicios internos: idea de moverse muy rápido o muy lento, de estar presionando fuertemente o de estar retirándose muy rápido.
2. **La invitación a actuar:** Una emoción es considerada una invitación a participar en un escenario relacional y a adoptar una posición en dicho escenario (Gergen, 1999 en Rober, 2010). Del latín *emuovere* donde *e/ex*= fuera y *movere*= mover. Algunas preguntas que pueden ayudar a reflexionar sobre la posición del terapeuta en el encuentro terapéutico son: ¿Qué es lo que el terapeuta está tentado a hacer?, ¿qué rol está inducido a interpretar en el contexto dialógico de la sesión? Estos escenarios relacionales en los que el terapeuta es invitado a interpretar un rol, algunas veces pueden ser destructivos porque perpetúan interacciones patologizantes y poco beneficiosas en los miembros de la familia. También es importante para el terapeuta preguntarse si sería de utilidad para la familia si el terapeuta interpretara ese rol: ¿abriría espacio para las cosas no dichas?, ¿crearía oportunidades para renovar conexiones entre los miembros de la familia?
3. **Las oportunidades para el diálogo:** Esto concierne a cómo la experiencia del terapeuta puede ser introducida útilmente en el diálogo como oportunidad terapéutica. ¿Es posible introducir algo del experimentar/vivencia del terapeuta en alguna otra forma

como alternativa a actuarlo en un posible juego relacional destructivo?, ¿cómo puede la vivencia del terapeuta inspirar sus preguntas de tal forma que evite ese probable escenario destructivo, y en cambio se abra un espacio dialógico para lo *no-dicho-aún*? Particularmente en casos de impasse terapéutico esto conlleva tanto trabajo reflexivo de parte del terapeuta ya que tendrá que encontrar formas de pensar constructivas acerca de la familia en vez de pensamientos peyorativos y de rechazo que lo están habitando en la situación de atascamiento. Así, a través de estas reflexiones se renovará la curiosidad en el terapeuta, llevándolo a una renovada conexión con los miembros de la familia y reabriendo espacio para diálogos ricos y sorprendentes.

La propuesta de Rober (2010) sugiere que en cualquier momento de la sesión, y especialmente cuando éste se siente atorado o bloqueado, es importante que el terapeuta preste atención a su propio proceso y reflexione en la forma en la que quizá éste se entrecruza con lo que está sucediendo en el espacio terapéutico.

Si bien esta guía de preguntas está en sintonía con el proceso reflexivo que los terapeutas familiares con gran experiencia clínica ya llevan a cabo y con las preguntas que supervisores ya hacen a sus alumnos, resulta de gran utilidad para que terapeutas en formación comiencen a desarrollar su capacidad reflexiva y a escuchar más atentamente sus diálogos internos, su vivencia dentro sesión, los cuáles pueden entrapar o facilitar los procesos terapéuticos. Además, incluso para los terapeutas que han terminado su formación clínica académica y comienzan a trabajar en solitario –sin coterapeuta, sin supervisores y sin equipo presentes, quienes naturalmente introducen todas estas reflexiones al sistema terapéutico- hay sesiones que resultan particularmente abrumadoras por el alto nivel de complejidad que representan algunos casos así como la alta intensidad emotiva, y como menciona refiere Aurón (2009) “la intensidad atrapa” (85).

Capítulo 3

Casos clínicos

3.1 Integración de expedientes de trabajo clínico (habilidades clínico-terapéuticas)

En este apartado se presentarán los dos casos elegidos para su análisis y discusión teórico-metodológica con la siguiente estructura: a) ficha de identificación de la familia, b) breve síntesis del proceso terapéutico, c) análisis teórico-metodológico, estos dos últimos puntos con estructura diferente en cada caso a partir del modelo terapéutico que guio el caso, y d) reflexiones. Para finalizar se presenta un meta-análisis de ambos casos clínicos desde la propuesta de Peter Rober sobre los diálogos internos del terapeuta como herramienta.

Entre terapeutas novel, al momento de exponer nuestro trabajo clínico, existe la tendencia de seleccionar aquellos casos de éxito terapéutico, quizá resultado del entusiasmo generado por el proceso formativo, es decir el haber vivido en primera persona la eficacia de nuestro marco teórico-metodológico así como los efectos del desarrollo de nuestras competencias clínicas, y quizá también por la necesidad de ser reconocidos cada vez más como terapeutas familiares sistémicos, y no sólo como estudiante/aprendiz, dentro de nuestro contexto profesional.

Sin embargo, en este caso la selección de casos clínicos se realizó a partir del impacto formativo. Si bien cada encuentro terapéutico trae consigo tantos aprendizajes para el terapeuta, hay casos que implican un desafío particular que en momentos puede sentirse como infranqueable, y desafortunadamente a veces lo es. Así, tanto el primer caso, vivido como “fracaso”, como el segundo, más en línea con un satisfactorio “éxito” terapéutico –concepto relativo vinculado a la ideología del terapeuta y acuerdos terapeuta-cliente–, representan dos caras de la misma moneda del proceso de convertirse en terapeuta familiar sistémico.

En ambos casos clínicos los nombres propios de los consultantes han sido modificados con el objetivo de proteger la privacidad de los mismos.

3.1.1 Juan: comprendiendo la complejidad del trabajo terapéutico con un hombre violento

Ficha de identificación

Usuario: Juan y familia

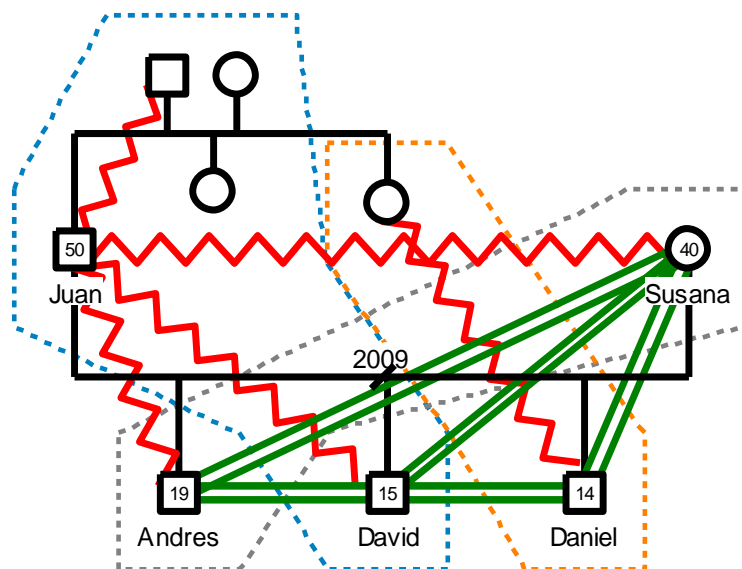
Sede: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Terapeuta: Yineguela Jiménez Álvarez

Supervisora: Mtra. Carolina Díaz-Walls Robledo

Equipo terapéutico: Karla Nohemí García Abarca, Esther González Ovilla, Paulina Lecanda Álvarez, Mario Ulises Martínez Quintana, Vianey Méndez Vergara, Fabiola Ordaz Hernández, Nara Gabriela Pérez Mercado y Guillermo Javier Preza Carreño.

Sesiones: 5



Descripción de la familia

La familia de Juan se encuentra actualmente separada y habita en 3 hogares distintos. Hace 5 años su entonces esposa decidió salir de la casa donde vivía con Juan y los hijos de ambos, posteriormente interpuso la demanda de divorcio. Juan fue a vivir a casa de sus padres con sus 2 hijos menores (David y Daniel) ya que el mayor (Andrés) fue a vivir con la madre, pudiendo decidir libremente al alcanzar la mayoría de edad. Después de que David y Emilio escaparan de la casa y de diferentes procesos legales, Susana obtuvo la guardia custodia de sus hijos menores. Sin embargo, Juan peleó legalmente en diferentes instancias, consiguiendo la custodia de David y Daniel. Con asistencia de la fuerza pública y de un cerrajero, Juan entró durante la madrugada a la casa donde vivían con Susana para extraerlos. Andrés siguió viviendo con su madre sin tener contacto con su padre.

Así fue como David y Daniel vivían con Juan, pero a raíz de una agresión física de Juan, el más pequeño de sus hijos decidió escapar de casa. Como no podía ir a vivir con su madre por los litigios legales, quedó al cuidado de una de sus tías paternas. Se interpuso una orden de restricción a Juan por lo que no puede aproximarse a Daniel.

Actualmente Andrés vive con su madre en casa de los familiares de ésta, David vive con su padre y Daniel con su tía paterna. David y Daniel pasan 2 fines de semana al mes con su madre y Andrés. Juan tiene una relación conflictiva con su hijo mayor por lo que prácticamente no hay contacto entre ellos, cohabita con David y la relación no es afectuosa pero sí con mucha búsqueda de control, a Daniel no puede aproximarse sin embargo ejerce cierto control a través de su hermana. Susana y Juan siguen con litigios legales pues ella actualmente está buscando que se le otorgue la guardia custodia de David y Daniel.

Cabe mencionar que Juan solicitó el servicio de terapia familiar hace un año pero fue dado de baja ya que rechazó los horarios que se le ofrecieron. Durante todo el año insistió en ser

atendido enviando correos a la terapeuta a quien se le había asignado el caso originalmente, a la exdirectora y directora del Centro de Servicios Psicológicos, así como al director de la Facultad de Psicología y a Rectoría.

Motivo de consulta, definición del problema y soluciones intentadas

Ficha de admisión: “Al reintegrarse mis hijos conmigo ellos regresaron indisciplinados con bajas calificaciones y con manía por los juegos de video por celular así como Facebook”.

Juan solicita este servicio ya que le preocupan las bajas calificaciones de sus hijos, quiere elevar el autoestima de sus hijos y le preocupa que el divorcio haya provocado afecciones psicológicas pues no le gustaría que sus hijos pasaran por lo mismo en el futuro. Además solicita orientación vocacional para su hijo David. Estas conductas las atribuye al “abandono de la madre y la mala influencia” de ésta. Ante la problemática presentada, Juan ha intentado solucionarla acudiendo a diferentes terapeutas tanto en el ámbito institucional como en el privado además de haber leído distintos libros sobre disciplina.

Breve descripción del proceso terapéutico

Hipótesis sistémica

Esta es una familia cambiante (Minuchin y Fishman, 1989) con adolescentes (Carter y McGoldirck, 1999), enfrentando los efectos y retos constantes de una separación altamente conflictiva en un contexto de violencia intrafamiliar. El padre muestra un *rol* rígido y tradicional de género, con una *jerarquía* autoritaria e imponente, sin reconocimiento de las necesidades afectivas de sus hijos. El *límite* entre padre e hijos son difusos lo que permite que Juan se inmiscuya y controle la vida cotidiana de sus hijos adolescentes, a quienes les ha impuesto límites rígidos hacia el exterior. Incluso ahora ni entre ellos pueden tener contacto. El sistema familiar de Juan se muestra poco *flexible* ante los cambios evolutivos propios del ciclo vital y aquellos originados por la separación. Ante las diferentes estrategias desarrolladas por David y Daniel

(internet, celular), quienes tienen una fuerte alianza entre sí, para evitar el control, Juan se ha vuelto hipervigilante y más controlador.

Como recursos se reconoce la fortaleza del subsistema fraterno ya que es una fuente de contención y apoyo entre los hermanos, así como la proximidad afectiva de la madre a pesar de la poca convivencia con sus hijos.

Metas terapéuticas

Brindar a David y a Daniel un espacio seguro y confiable que les sirva de contención. Sensibilizar a Juan, quizá a partir de su preocupación por la relación padre-hijo, para desarrollar empatía hacia sus hijos y así logre reconocer las necesidades de éstos, además de buscar que asuma su responsabilidad y participación en la problemática.

Desarrollo de las sesiones

Las 5 sesiones se realizaron a lo largo de casi 2 meses, estas tuvieron una frecuencia quincenal. A continuación se describe una breve síntesis tanto del desarrollo como del análisis de cada una de estas.

Sesión 1. Asisieron Juan y David. Juan relató lo acontecido con su familia los últimos 5 años con gran precisión en los detalles y sin modificar su tono afectivo a lo largo de la sesión. David permaneció callado y serio sin involucrarse más que para confirmar información que su padre le solicitaba. Juan se mostró intimidante y descalificador conmigo. Respecto a los objetivos que les gustaría alcanzar viniendo a terapia, Juan quiere que sus hijos mejoren su autoestima y que no les afecte en su vida futura lo que han pasado con el divorcio, una señal de mejoría serían mejores calificaciones en la escuela. David confirma que su objetivo sería mejorar sus calificaciones. Hijo menor con orden de restricción.

Intervenciones. Unión y acomodación, mimetismo, escenificación, rastreo.

Análisis. La forma en la que Juan se condujo hacia mí y la conducta de David durante la sesión, así como sus relatos (huida de la esposa y luego de los hijos, intimidación a terapeutas del DIF, orden de restricción hacia Daniel) aportan material para considerar que Juan es un hombre violento y rígido. No es muy claro lo que está buscando con esta terapia, puede ser que quiera usar este proceso terapéutico para alguna cuestión legal. Él plantea una preocupación por ejercer su paternidad de forma adecuada, lo que podría trabajarse para construir un objetivo terapéutico.

Sesión 2. Asistieron David y Daniel. Hablamos de la confidencialidad. David y Daniel estuvieron serios al inicio de la sesión respondiendo con frases cortas David expresó preocupación por la vigilancia y control de su tía hacia Daniel, intenté profundizar en el tema pero respondían evasivamente. Busqué cambiar el tono afectivo de la sesión con bromas y ellos se relajaron. Relataron cómo han vivido el proceso de separación de sus padres y algunos episodios de violencia de su papá hacia ellos. No les fue posible plantear expectativas ni objetivos para este espacio. Al final resalté la buena relación que hay entre ellos, la complicidad y el cuidado mutuo. Tarea: “planear juntos qué quieren para este espacio”.

Intervenciones. Unión y acomodación, rastreo, mimetismo, construcción de la realidad-lados fuertes, fijación de fronteras, consejo experto.

Análisis. Esta sesión aportó una gran cantidad de información a pesar de que al inicio los hermanos estaban distantes y desconfiados, situación que esperábamos. A partir de lo narrado, hay más elementos que confirman la hipótesis de Juan como hombre violento. Los recursos con los que cuentan fueron más claros, aunque pareciera que el padre tiene control total, se hicieron visibles las grietas por las que ellos han logrado huir de esto. La relación entre ellos, con su hermano mayor y con su madre parece una fuente importante de apoyo y contención.

Sesión 3. Asistieron David y Daniel. No lograron concretar objetivos para el espacio terapéutico. Plantearon “ser menos enojón” (David) y “ser menos latoso” (Daniel). Hablaron de

sus numerosos encuentros anteriores con psicólogos, hice notar sus respuestas parecían aprendidas y por deseabilidad social, que este espacio se sentía como si no fuera necesidad suya sino un trámite más. Hablaron de cómo ha cambiado la relación con su padre y cómo éste cambió a lo largo de los años (refieren problemas con el alcohol; antes les daba buen ejemplo y trabajaba, ahora ya no; toda su familia le da dinero).

Intervenciones. Intensificación, enfoque, rastreo.

Análisis. Respuestas estereotipadas para evitar brindar información, quizá producto de la gran cantidad de encuentros que han tenido con psicólogos durante el proceso legal. Intenté construir con ellos un objetivo terapéutico pero no lo conseguí y me resultó frustrante. El grupo tuvo la misma sensación de atascamiento, de no saber qué hacer con esta situación. Considero que los chicos no están normalizando la violencia pues, tienen muy claro que no quieren vivir con su papá, las situaciones y conductas que les desagradan y de las que intentan huir, sin embargo son conscientes que se encuentran en medio de un proceso legal delicado que no quieren complicar más.

Sesión 4. Asistió Juan. Expone que sus hijos y la madre de sus hijos quieren romper el vínculo padre-hijo. Se explica a sí mismo el rechazo de sus hijos como influencia de la madre y la fantasía que ellos tienen (no sabe cuál fantasía). Devalúa las capacidades maternas de su expareja y la declara incapaz de hacerse cargo de sus hijos. Evade hablar del impacto que ha tenido el proceso de separación en él y en la vida afectiva de sus hijos.

Intervenciones. Enfoque, intensificación, desequilibramiento, complementariedad.

Análisis: Se buscó trabajar a partir de alguna fisura afectiva, sensibilizando a Juan para desarrollar empatía y reconocimiento de las necesidades de sus hijos, sin embargo no fue posible. Si bien el discurso de Juan tiene una estructura lógica coherente pero no hay modulaciones afectivas, todas sus narraciones tienen el mismo tono plano. Probablemente Juan sea una persona

que no es capaz de nombrar ni manejar sus propias emociones, aún no sé si haya reconocimiento de los mismos pero me gustaría explorarlo. Quizá sea esta ceguera afectiva, hacia sí mismo y hacia los demás, lo que le impida visualizar la dimensión y los efectos de su violencia.

Sesión 5. No se presentó. No asistió ni llamó para cancelar su cita. Llamé para concertar nueva cita pero no se encontraba en casa por lo que le dejé un mensaje diciendo que lo esperaba la próxima sesión indicando fecha y hora pero tampoco se presentó, por lo que el caso fue dado de baja siguiendo el reglamento de la institución.

Análisis teórico-metodológico

El modelo estructural es un cuerpo teórico-metodológico que ha mostrado ser eficaz en una amplia variedad de contextos y situaciones pues brinda un amplio panorama versátil para el abordaje de problemas familiares y de pareja, así como una sistematización en sus estrategias de intervención (Desatnik, 2004).

Siendo la familia el grupo social cuya organización y estructura califican la experiencia de los miembros que la componen (Minuchin, 1979), el impacto que la violencia tiene en ellas es devastador, sobre todo cuando legitimada no sólo dentro el *microsistema* –factores individuales y relacionales– sino además en el *exosistema* –instituciones, es este caso las instituciones judiciales– por no mencionar el *macrosistema* –factores sociales como las normas culturales– (Bronfenbrenner, 1987). En el *microsistema*, Juan muestra un rol de género bastante rígido en el que es frecuente utilizar la intimidación como configuración relacional, utilizada a nivel institucional para obtener el espacio terapéutico y conmigo de una forma implícita descalificando y relatando los procesos iniciados contra colegas pertenecientes a otras instituciones, y no descartamos que también con su familia. Susana huyó de la dinámica familiar violenta y los hijos intentan hacer lo mismo, aún así algunas conductas de Juan como la rigidez, el control o los golpes a sus hijos, no son cuestionadas por la familia extensa de este.

Respecto a la legitimización de la violencia en el *exosistema* ambos hermanos refirieron que en constantes ocasiones ellos manifestaron explícitamente su voluntad de vivir con la madre y esto se había logrado, pero no tienen claro cómo es que al final el padre ganó la guardia y custodia cuando ya había sido asignada a la madre. Esto generó una cierta desconfianza hacia mí y el espacio terapéutico pues para ellos nosotros estábamos realizando la enésima evaluación psicológica. Es decir, yo y el equipo representábamos una extensión de ese sistema que había legitimado el poder de Juan, situación que complicó el proceso de *asociación* con el *subsistema fraterno*. Cuando finalmente logré asociarme con ellos en las sesiones a las que asistieron sin Juan, manifestaron no sentir necesidad del espacio terapéutico pues el espacio seguro y confiable que proponíamos como meta terapéutica ellos ya lo tenían cuando pasaban el fin de semana con su madre y su hermano mayor. En un momento de honestidad mencionaron que lo único que querían era poder vivir con su mamá y sabían que esta no era la vía para generar algún cambio en ese aspecto. El subsistema fraterno es vivido por David y Daniel como un gran recurso, *lado fuerte* de esta familia, que quizá pudo haberse *enfocado* e *intensificado* si el proceso hubiera continuado, incluso invitando a su hermano mayor.

A partir de la disolución del *sistema conyugal*, el *sistema parental* debería entrar a un proceso de exploración y negociación de nuevas pautas de funcionamiento para continuar cumpliendo con su función principal de protección y socialización de los hijos. De no hacerlo, no sólo generará dificultades en el cumplimiento de su función principal sino que además los viejos programas que gobernaban la vieja familia continuarán a controlar sus respuestas habituales generando altos niveles de tensión en todos los miembros (Minuchin, 1974, 1991) como es el caso de esta familia. Sin embargo, la exploración y negociación de nuevas pautas en el *sistema parental* implican una *jerarquía* similar en ambos componentes del subsistema, me refiero a una igualdad de circunstancias –mismo entrenamiento en el ejercicio de poder y mismo acceso a recursos

sociales y económicos que habilitan para tal ejercicio– (Ravazzola, 1997 en Díaz, 2010), que no parece ser la situación de Juan y Susana. Así, el incumplimiento de la función de protección y socialización parece ser reforzado por las instituciones que reproducen esta diferencia en el ejercicio de poder.

Los *límites* externos rígidos de la familia establecidos por Juan bloqueaban el proceso de *asociación*, sin embargo en su ausencia estos se flexibilizaron. Explícitamente había una solicitud de intervención, sin embargo la estereotipación de las respuestas en su presencia, implícitamente establecía un límite rígido hacia la terapeuta que impidió los procesos de *asociación* e *intervención*. Quizá la hipótesis de los límites difusos padre-hijos sólo era aparente ya que en ausencia de Juan era notorio cómo el *susistema fraterno* lograban marcar un límite, protegiendo del padre la relación entre ellos y con la madre, con quien tenían una *alianza* que no podían hacer explícita de frente al padre, David porque vivía con Juan y Daniel con la hermana de este.

Minuchin (1991) plantea que estudiar a la familia como unidad independiente de su contexto social, particularmente en casos de violencia y casos donde la familia se encuentra en medio de diferentes instituciones y figuras profesionales –abogados, jueces, asistentes sociales, psicólogos– resulta sólo en intervenciones sin perspectiva como puede ser interesarse sólo por los menores o buscando controlar a quien ejerce violencia, logrando una continuación de la pauta. Al inicio del desarrollo de su modelo Minuchin abrazó el principio sistémico de circularidad y retroalimentación asumiendo que ninguna problemática es unilateral, sin embargo es importante destacar la peligrosidad de asumir que todos tienen un papel equivalente como señalado por las terapeutas sistémicas feministas Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991). Así, ya desde sus trabajos de la segunda mitad de los ochentas Minuchin (1991), por influencia de diferentes profesionales con perspectiva feminista, empezó a reconocer la importancia de “acrecentar la conciencia de hombres y mujeres de cómo nuestra cultura controla y estrecha nuestras

respuestas” (p.159) al trabajar con familias con violencia. Además, el creador del modelo estructural hace referencia a su repudio a trabajar con hombres violentos y considera la separación familiar como única manera racional de tratar la violencia. Sin embargo en algunas ocasiones como esta, el agresor buscará mantener la pauta de control en la familia por diferentes medios por no mencionar las agresiones hacia los hijos, no sólo las físicas sino también la intimidación y la ausencia de reconocimiento a sus necesidades, por lo que es necesario intervenir en dichas pautas cuando no es viable el distanciamiento. Por esto, insistí en generar algún tipo de *asociación* con Juan, lo que hubiera permitido algún tipo de intervención, que quizá habría podido conducir a un trabajo de sensibilización al reconocimiento de las necesidades de sus hijos y a los efectos de sus acciones, así como al trabajo de deconstrucción de roles, jerarquía. Esto habría podido llevar a la familia a generar nuevas pautas transaccionales alternativas y flexibles, permitiéndoles una mayor adaptación a las demandas de la nueva estructura familiar, garantizando el desarrollo y coevolución de todos los miembros de esta familia (Velasco y Sinibaldi, 2002).

Reflexiones del caso

Si bien Minuchin iniciaba a considerar, a partir de los trabajos de diferentes profesionistas feministas, el análisis y crítica del orden cultural que subordina a la mujer, su modelo no logra hacer una reflexión profunda sobre el ejercicio de poder y los roles de género, acción necesaria cuando se trabaja con temas de violencia dentro de la familia. Además, Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead (1989), contrarias a la concepción del modelo estructural, refieren que la estructura familiar no tiene que ser jerárquica, sino democrática, sensible y consensual.

En el momento en el que me fue asignado el caso, el relato de la historia de esta familia y la forma en la que Juan solicitó, o mejor dicho exigió el servicio, me generó varias expectativas negativas y me sentí intimidada por un hombre que ni siquiera conocía. Decidí aceptar el caso ya

que implicaba el reto de un posicionamiento más directivo para poder hacerme cargo de la sesión y no permitir que fuera él a tener control de la situación, es decir lograr interrumpir, confrontar y cuestionar directamente, lo que me resultaba muy difícil hacer sobre todo con las primeras familias con las que me encontré durante la formación.

Esta fue la primera vez que me encontré con un consultante como Juan: rígido, con discurso estructurado, sin expresiones emocionales, descalificador, controlador y con agresiones veladas hacia mí. Considero que hubo cambios en Juan, quizá mínimos, pues aunque en repetidas ocasiones rechazaba mis observaciones posteriormente las retomaba como válidas, respetaba mis reglas y mis límites, situación que no se presentó en la primera sesión. Si bien considero que me faltó hacer movimiento más directos, lo que dilató los tiempos de exploración, *asociación* (Minuchin, 1979) y *apertura del motivo de consulta* (Minuchin, Nichols y Lee, 2007), para mí era más importante lograr que David y Daniel dejaran las respuestas estereotipadas y trabajar en la alianza terapéutica para poder evaluar el riesgo concreto que corría sobre todo David –Juan no podía acercarse a Daniel debido a una orden de restricción–. En la primera sesión que tuve sólo con ellos, después de que logré ir más allá de las respuestas rígidas y generar un diálogo con ellos, me sentí en un huracán de emociones intensas a partir de sus relatos: secretamente ponerse hojas de periódico debajo de la playera para que los golpes con el cinturón dolieran menos, el dolor por no poder vivir con su madre, aquello que generó que Daniel escapara de casa –motivo de la orden de restricción–, la impotencia de David y la decisión de quedarse para que su mamá no tuviera más problemas legales, la incomprensión de las decisiones tomadas por el sistema judicial, por mencionar algunos. Ellos se habían relajado y aceptado el diálogo a partir de mis movimientos para generar una atmósfera casi humorística, de hecho los relatos los hicieron con este tono: riendo y con una narrativa épica con ellos como héroes. Sin embargo yo tuve que salir un momento porque no podía seguir manteniendo el diálogo con el mismo tono emotivo de ellos, al

contrario, me sentía al borde del llanto. Después de unos minutos pude regresar y terminar la sesión.

En lo que respecta al trabajo con Juan, coincido con Minuchin en la dificultad de trabajar con una persona que sabes que ha sido capaz de maltratar. No fui capaz de generar una *asociación*, sí por su rigidez y control pero también porque quizá mis ideas sobre Juan fueron más limitantes que útiles pues no fui capaz de verlo más allá de su ejercicio de violencia. No encontré ni pude generar alguna apertura con la cual poder trabajar, yo pasaba del enojo y la fuerte sensación de injusticia, al sentirme intimidada, cuando hablaba de todos las quejas y procesos internos que realizó contra los colegas con los que había tenido contacto antes de llegar a este espacio, o aburrida porque cuando hablaba parecía que estuviera casi leyendo sin entonaciones afectivas y sin espacio para un diálogo en lugar de un monólogo. Tampoco logré generar un objetivo terapéutico compartido en el que él se sintiera implicado en primera persona ya que no percibía ninguna necesidad de cambio pues eran todos los demás quienes debían cambiar, ni pude hacer lograr que se sintiera parte de las pautas interactivas familiares, es decir que asumiera responsabilidad en estas.

Si bien logré generar un diálogo y colaboración, *asociación*, con el subsistema fraterno, no pude construir un objetivo terapéutico, y con Juan no logré ninguna de las dos cosas por lo que califico esta experiencia como un proceso terapéutico con fracaso clínico. Coleman y Gurman (1985) hacen referencia a una genuina motivación de una terapia por parte de los clientes como uno de los factores más importantes para el éxito terapéutico, y en el caso de esta familia la motivación genuina no parecía estar presente y no pude coconstruirla con ellos.

A pesar de esto, este es un caso que ha resultado muy formativo en diferentes aspectos ya que: a) me ha impulsado a implementar estrategias para tener el control del espacio terapéutico y hacer que tanto mis reglas como mis límites sean respetados; b) me ha confrontado a la necesidad

de desarrollar un posicionamiento diferente para que el espacio sea generativo y no sólo contención; c) me ha hecho asumir que también los terapeutas tenemos una fuerte vida emotiva durante las sesiones; d) cuestionar mis propias ideas, que a veces pueden limitar mi actuar al rigidizar mi visión no permitiéndome aproximarme para conocer a las personas más allá del problema; e) ha enfatizado la necesidad de asumir mi responsabilidad ética dentro del espacio terapéutico.

Analizando el caso clínico *a posteriori*, he reflexionado sobre todo lo que hubiera podido hacer diferente, todo aquello que quizá habría resultado útil, sin embargo, la violencia intrafamiliar es un tema lleno de retos para los terapeutas principiantes, sobre todo cuando se trabaja con el agresor y cuando la familia se encuentra atravesando procesos legales. Sí la falta de experticia clínica influye, pero también el desconocimiento de modelos terapéuticos que consideran factores como las relaciones de poder, las normas culturales, el género, la relación de la familia con las instituciones, entre otras, que amplían y complejizan la visión, el análisis y la intervención del terapeuta, llevando a interacciones más generativas y útiles para el sistema terapéutico.

3.1.2 Alejandra: multiplicando posibilidades

Ficha de identificación

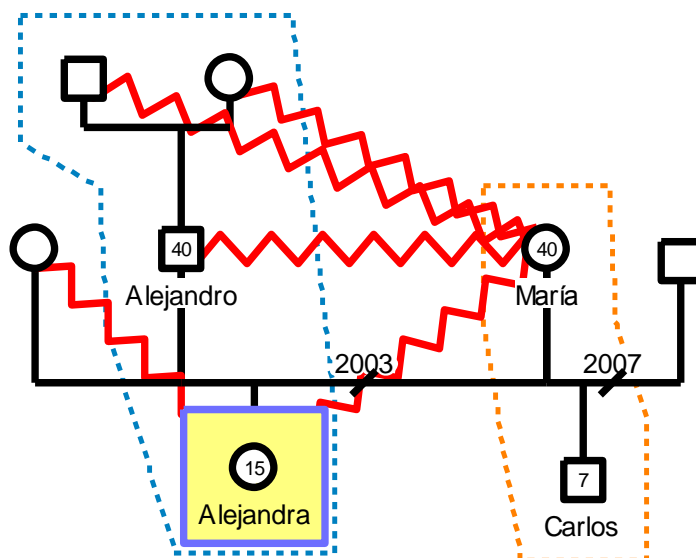
Usuario: Alejandra y familia

Sede: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Terapeuta: Yineguela Jiménez Álvarez

Supervisora: Mtra. Ana Ma. Ramírez H.

Sesiones: 13



Motivo de consulta y categorías diagnósticas

Tanto el diagnóstico como la descripción del motivo de consulta fueron realizados por un psiquiatra de la Unidad de Adolescentes Mujeres.

Diagnóstico: *F33.2 Trastorno Depresivo Mayor Recurrente- episodio actual grave, F34.1 Distimia, F91.3 Trastorno Negativista y Oposicionista Desafiante, Z63.2 Soporte Familiar Inadecuado.*

Motivo de consulta: “disfunción familiar, desintegrada. Los padres de la paciente se encuentran separados y discuten frecuentemente para establecer límites. La paciente tiene dificultad para establecer límites con tendencia a la idealización y devaluación”.

En entrevista directa con la familia, refieren como motivo de consulta: Alejandra no sigue reglas y no acepta los castigos ni regaños derivados del incumplimiento de dichas reglas, lo que la lleva a reaccionar agresivamente con los demás y con ella misma, evadiendo así las consecuencias de su comportamiento.

Ambos padres desean que su hija “mejore”, lo que significa: no más crisis, que no se lastime, verla contenta y haciendo algo más que dormir, lograr un vínculo cercano con ella, que mejore sus calificaciones para que logre ingresar a la preparatoria. El objetivo de Alejandra es ya no volver a ser internada, ya me dejen en paz.

Tanto María como Alejandro, a pesar de su limitada convivencia padre-hija, han buscado establecer límites a través de castigos o dando “un voto de confianza”, pero no han obtenido resultados positivos, reportando que “está cada vez peor”. Cuando Alejandro o María buscan ser más severos con los límites y la disciplina, Alejandra busca el apoyo del otro “saliéndose con la suya”.

Fuente de referencia

Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM), unidad que se encarga de la hospitalización de usuarias en estado agudo, con riesgo de daño a sí mismas o a otras personas.

Tiempo en lista de espera

Una vez concluida la fase de hospitalización, la usuaria continúa su tratamiento multidisciplinario en los distintos servicios que ofrece el hospital. La primera sesión en el servicio de Terapia familiar fue el día posterior del término de su hospitalización.

Breve descripción del proceso terapéutico

Las sesiones se realizaron con frecuencia flexible, es decir, posterior a los internamientos las sesiones fueron semanales para después ser espaciadas a frecuencia quincenal y mensual. La estructura del sistema terapéutico fue variable, en este sentido, el proceso se adaptó a las necesidades y contingencias de la familia.

Sesión 1. Asistieron Alejandra, María y Alejandro. El día anterior Alejandra salió del internamiento hospitalario así que la familia buscaba reorganizarse. Después de que la familia hablara del problema y sus expectativas de este espacio, María informó que se le agotaron los recursos y no tiene pensado hacer nada más al respecto, renunciando completamente a hacerse cargo. Alejandra irá a vivir con su padre y sus abuelos paternos. Mientras estábamos cerrando la sesión, poniéndonos de acuerdo en la fecha de la próxima sesión, Alejandra tuvo una crisis (autolesiones), desencadenada por la noticia de que no se le devolverá el celular. El personal del hospital tuvo que intervenir, amenazándola con que si no se tranquilizaba, la internarían nuevamente.

Sesión 2. Asistieron Alejandra y Alejandro. María decidió no participar en el proceso terapéutico familiar, debido al alto nivel de conflicto con Alejandro. Esto ha dificultado la reintegración de Alejandra a la escuela pues María no permite el acceso de su hija a casa, por lo que no ha sido posible tener acceso a ropa, documentos y material escolar. María informó a Alejandro que el contacto tendrá que ser por la vía legal. Se hace notar cómo es que esta situación ha generado cercanía padre-hija. Hablamos de que pareciera que todos los miembros de esta familia sienten una gran confusión, y de cómo la confusión puede generar angustia y miedo, haciendo que algunos miembros se retiren y otros pierdan el control. Refieren que las crisis de Alejandra han disminuido, exploramos cómo se explican este cambio. Refieren que a pesar del estrés generado por la actitud de María, Alejandra se ve relajada por no asistir a la escuela. En la

nueva dinámica familiar los abuelos paternos han tenido un rol importante, ya que Alejandro se encuentra fuera de casa una gran parte del día por motivos laborales, sin embargo, ha sido complicado que estos sean vistos con autoridad Se les envía invitación a la próxima sesión.

Sesión 3. Asistieron Alejandra y ambos abuelos paternos. Los abuelos expusieron sus dificultades, no tienen muy claro cuáles deberían ser sus funciones ni de qué forma llevarlas a cabo, además enfatizaron sus limitaciones físicas. Entre que es difícil contactar a Alejandro y que Alejandra no acepta su autoridad, cuando los abuelos buscan “disciplinar” se desencadena una crisis. Alejandra siente que sus abuelos no la conocen y por eso no la entienden. Surge la idea de que se forme un “bloque de adultos”, siendo Alejandro el eje principal que toma las decisiones y los abuelos un apoyo operativo. Hablamos de cuando no hay crisis, surgió el tema de adolescencia como época de transición niño-adulto y la idea de que Alejandra podría comenzar a hacerse cargo de algunas cosas, es decir ejercer control sobre algunos aspectos de su vida de acuerdo a su edad.

Sesión 4. Asistió Alejandra, quien había solicitado una sesión sola para poder hablar de sus problemas “más íntimos” En esta ocasión vendría sola a sesión y se haría cargo de todo lo que implicaba. Llegó tarde. Habló de las dificultades que tuvo que afrontar para poder llegar, desde despertarse sola, hasta tener que prepararse algo de comer y preparar su ropa, cosa que ahora hace ahora su abuela y antes su mamá. Hablamos de la adolescencia, de los retos de querer tener más libertad y de cómo entre más se quiere evitar la vigilancia de su padre no respondiendo el teléfono, por ejemplo, hace que Alejandro y abuelos sean aún más vigilantes de lo normal. Introduje el tema de la responsabilidad explorando con ella cuál era la responsabilidad hacia el cuidado de la familia de cada uno de los integrantes de esta. Habló de las problemáticas que está afrontando en la escuela, entre el peso del trabajo atrasado y que ya que “se supo” que estuvo internada en el hospital psiquiátrico, así como de la relación con su novio. Se explora la diferencia

niño-adulto, la idea de la adolescente quiere límites más flexibles para explorar y resolver problemas. Se acuerda con ella una nueva cita individual.

Sesión 5. Cita con Alejandra. No asistió. Días después llamó para reagendar su cita.

Sesión 6. Asistió Alejandra. La sesión anterior ya se encontraba fuera del hospital pero no entró debido a que tuvo una discusión con su novio y se disculpó. Se exploró cómo se presentan las crisis en diferentes contextos. Comentó que cuando se presentan las crisis, sus amigos la visitan en casa, le llaman por teléfono y están muy atentos a ella. Debido a que en una crisis ingirió 3 pastillas para dormir, Alejandro decidió suspenderle los medicamentos psiquiátricos. Al ahondar en los motivos, comentó que no intentó suicidarse sólo quería “dormir y dormir”, después de que su novio terminara la relación. Al explorar, refiere que de momento las crisis se encuentran desactivadas y considera que es debido a que su novio y ella retomaron la relación de pareja, él está muy atento a ella y la “mantiene tranquila”. Antes se presentaba cuando sentía algún tipo de injusticia: que él terminara la relación, en casa cuando se encontraba castigos que consideraba inmerecidos, cuando no recibía algo que consideraba merecer, entre pares cuando sentía que alguien la había traicionado o lastimado. Llegamos a la idea de que de alguna forma estas crisis a veces funcionaban como una forma de protección ya que convocaba a quienes se portaban cariñosos con ella y alejaba a quienes generaban esta sensación de injusticia y dolor.

Sesión 7. Asistieron Alejandro y abuelos. Se ha buscado un mayor acuerdo entre padre y abuelos, quienes han mostrado una gran disposición. Se les pidió a los tres que en privado, es decir sin que estuviera presente Alejandra, acordaran las reglas de casa y las consecuencias de no cumplirlas. Así podrían dar una mayor estructura a la convivencia y habría menos confusión. Padre y abuelos reportan mayor colaboración de Alejandra en las labores del hogar, sin embargo ambos abuelos dicen sentirse ineficientes al momento de disciplinarla pues temen que Alejandra se enoje y se haga daño. Así, es frecuente que ésta rompa las reglas (particularmente la hora de llegada

preestablecida) sin obtener consecuencias. Solicitan a Alejandro que se haga cargo, sin embargo este menciona que siendo su única hija y no habiendo estado presente por tanto tiempo, le da miedo que ponerse muy rígido con la disciplina pierda la cercanía y complicidad que se ha generado estos meses. Hablamos de las funciones de los padres, en cómo poder establecer límites desde la ternura y el amor. Los padres de Alejandro compartieron su experiencia y mencionaron que ser padre significa “entrarle a todo y hacer lo que se tiene que hacer aunque a los hijos no les guste”. Alejandro pudo recordar experiencias en las que sintió que sus padres estaban siendo muy rígidos pero que después agradeció.

Sesión 8. Asistieron Alejandra y Alejandro. Iniciaron la sesión hablando de que las cosas están más tranquilas en casa y Alejandro refiere que han logrado que el “bloque de adultos” funcione mejor y sea efectivo pues Alejandra ha estado cumpliendo con las reglas y aceptando las consecuencias de cuando no las cumple, los abuelos se han visto menos superados y Alejandra ha estado más tranquila. En forma de juego Alejandra le reclamó a su padre que no tenga tiempo para ella, que esté siempre ocupado y que prefiera pasar tiempo trabajando o con su novia. Alejandro le respondió que a veces tiene mucho trabajo a lo que su hija respondió que sólo cuando está muy mal se hace presente, pero que cuando está bien prefiere hacer otras cosas. Retomamos la idea del síntoma como forma de convocar que habíamos discutido sesiones anteriores. Exploramos las veces en las que esto no ha sido así. Es decir, rescatamos los relatos de cuando Alejandra, estando bien, activó la presencia del padre pidiéndolo abiertamente, proponiendo actividades, también de cuando Alejandro busca pasar tiempo con ella.

Pausa por hospitalización. El padre de Alejandra llamó a la terapeuta para informarle que ésta había sido hospitalizada por ingesta de aproximadamente 10 pastillas de quetiapina. Posteriormente fue trasladada al Hospital Psiquiátrico Infantil en donde se encuentra interna. El padre dice sentirse muy preocupado sin saber qué hacer, le interesa seguir con la atención en este

servicio pero solicitó no tener sesiones en conjunto con María ya que han tenido fuertes discusiones. María no quería proporcionarle los documentos necesarios para la hospitalización de Alejandra. Una vez internada en el Hospital Psiquiátrico Infantil, la supervisora buscó solicitó permiso para que pudiéramos acceder a una entrevista con Alejandra pero el personal de la Unidad Adolescentes Mujeres no lo permitió argumentando que esta se encontraba en aislamiento total hasta nuevo aviso.

Sesión 9. Asistió Alejandra. Relata que después de que su novio terminó con ella sintió que ya nada valía la pena, además ese mismo día discutió con sus amigas de quienes esperaba apoyo y en casa, al llegar fue regañada y castigada por llegar tarde. En un momento de impulsividad decidió tomar las pastillas, aunque después se arrepintió. Comenta que en el internamiento entendió que en realidad su ex novio no valía tanto la pena, sólo que en ese momento le dolió mucho y sintió que nadie la iba a entender. Refiere que después del mes de internamiento, su mayor problema es su situación escolar actual pues debido a los dos internamientos su promedio disminuyó. Además no se siente suficientemente preparada para el examen de ingreso al bachillerato. Hablamos de lo que pasaría en caso de no ser aceptada en las opciones que eligió: lo que pensaría de sí, cómo se sentiría y qué acciones acompañarían esos pensamientos y sentimientos. Considera que podría repetir el último año y vio algunas ventajas en esto. Hablamos de la posibilidad encontrarse con un escenario frustrante y los recursos que le pueden servir para afrontarlo. Alejandra comentó haber estado en mayor contacto con su madre y que incluso desea regresar a vivir con ella pero no lo ha comentado con su padre, lo que puede ser generador de conflicto entre ambos padres en caso de no hablarlo.

Sesión 10. Asistieron Alejandro y María. Ambos padres aceptaron tener una sesión en conjunto en la que se habló de la importancia de llegar a acuerdos entre ellos. Hablamos de cómo el no comunicarse directamente y hacerlo a través de su hija desencadena fuertes conflictos entre

ellos pues el mensaje llega editado o con modificaciones. Hablaron de las dificultades que tienen para comunicarse directamente y para llegar a acuerdos ya que invariablemente terminan en fuertes discusiones en donde se reclaman todo lo que ha pasado entre ellos. Se propuso separar los roles de pareja afectiva, o expareja en este caso, de la pareja parental. Así, logramos trabajar para llegar a acuerdos. Se acordó: comunicación directa entre ellos, tomar en conjunto las decisiones concernientes a la salud y educación de Alejandra, delimitar las decisiones a ellos dos dejando a los otros miembros de la familia como apoyo (abuelos, tíos), así como compartir con el otro las estrategias que a cada uno le funciona frente a las crisis de su hija. Si bien María desde el inicio había decidido abandonar el espacio terapéutico, mencionó estar dispuesta a asistir una vez por mes. quizá para repetir el ejercicio de hoy, para tener un espacio con Alejandra y para lo que se requiera para mejorar la situación en la que se encuentran.

Sesión 11. Asisten: María (Alejandro y Alejandra tuvieron un imprevisto y no pudieron llegar). María refiere que ha habido una mayor colaboración entre Alejandro y ella, han podido organizarse para que Alejandra pase los fines de semana con su mamá y su hermano. Refiere que Alejandra ha tenido buena adaptación a esta nueva organización y ha estado tranquila, sin embargo Carlos ha tenido complicaciones de adaptación a esta nueva dinámica. María relata la historia de la pareja, hago notar que pareciera como si el tiempo se hubiera detenido y los hubiera bloqueado en el momento de la separación, no pudiendo ir más allá manteniendo un alto nivel de conflicto durante más de 10 años. El que Alejandra fuera a vivir con su padre permitió que María tomara un tiempo para sí y de hecho está en proceso terapéutico individual. Refiere que ella por años sólo sintió mucho enojo que siente que transmitió a Alejandra, por años pasaba de ser explosiva y agresiva a fuertes depresiones, ahora se da cuenta de todo el dolor que se escondía detrás de esas “máscaras”. Subrayó en cómo ahora están haciendo algo diferente y logrando trabajar en conjunto priorizando el bienestar de Alejandra, a pesar de todo. El foco está en educar

a Alejandra, no María a Alejandro ni Alejandro a María. Si bien se están confrontando con estilos de crianza diferentes al propio, el poder comunicarse les ha permitido llegar a acuerdos. Hablamos de los cambios como bola de nieve y de la irreversibilidad, es decir, enfatizo la diferencia entre quienes llegaron la primera sesión y quienes son ahora, todo aquello que están resignificando y haciendo diferente.

Sesión 12. Asistieron Alejandro y Alejandra. Hablan de los cambios que han notado. Alejandro habla de ver a Alejandra más tranquila y controlada. Tuvo una crisis desencadenada por el suicidio de un amigo, Alejandro y María intervinieron en conjunto para tranquilizarla y después hablar juntos de lo acontecido con su amigo. Alejandra se encuentra en un nuevo contexto académico en donde nadie sabe de sus internamientos en el hospital psiquiátrico, es decir, puede presentarse sin el estigma que han implicado estos internamientos. Además ahora pertenece al grupo de porristas con el que se encuentra muy comprometida. Alejandra comenta que ella ha notado que sus papás ya no se pelean y si lo hacen ella no se da cuenta. Alejandro cuida no sólo de su relación con Alejandra sino también de la que esta tiene con María, no la desautoriza frente Alejandra y ha abierto un espacio de autoridad para ella dentro de la casa paterna. Alejandra menciona que su mamá la sabe tratar y controlar, pero que ahora Alejandro quiere ser papá y le enoja que quiera asumir ese rol poniendo límites y demás cuando nunca estuvo presente, cuando lo único que hizo fue “destruir la familia”. Alejandro interrumpe diciendo que sólo conoce la versión de María pero que no fue así, que él buscó estar presente pero tenían una lucha de poder en la que Alejandra quedó en medio. Buscando dar espacio a lo no narrado aún y pregunto si tiene alguna anécdota en donde sí estuvo presente. Responde que muchas, que él siempre estuvo pendiente y la iba a buscar, algunas veces dejaban que la viera y otras no. Nos comparte conmovido algunas de estas anécdotas, definiéndolas como los mejores momentos de su vida. Le pregunto cómo explicaría la actitud de Alejandra. Responde que Alejandra cree que va a ser

lastimada y ese dolor la encapsula protegiéndola de dolores más grandes, que al reconocerlo como padre dejaría de defender ese dolor, se lo quitaría de encima y se abriría más permitiéndole “ser una persona más íntegra en cuanto sentimientos, tendría la capacidad de ver que ella es más que dolor”. Además refrenda su amor hacia ella “a pesar de que he estado ausente he sido incondicional porque haga lo que haga ahí estoy. A lo mejor no se ve, no sé si lo van a agradecer o no, pero es mi forma de darle amor”. Hubo una ampliación de la narración de paternidad.

Sesión 13. Asistieron Alejandra y Alejandro. Alejandro refiere que su hija ha sido más cariñosa además la ve cada vez más haciendo responsable de sí misma –ropa, organización horarios, tareas–. Entre los dos comentan que cuando llegaron estaban en 0, “todo desquebrajado”, y ahorita están en un 8. Otro cambio que ha notado es que ella lo toma en cuenta, lo busca y le cuenta sus cosas, lo que a Alejandro le da gusto. Relataron una casi-crisis en la que Alejandra empezó a sentirse mal, a desesperarse, llamó por teléfono a Alejandro-diferencia en ella- y él le respondió, no la mandó a la casa o con su mamá sino que le dijo “vamos a estar juntos” abriendo un espacio para el diálogo –diferencia en él-. Alejandro comenta que sigue asumiendo su rol de padre, el prepararla para la vida. No se sitúa en el 10 porque “quiero poner límites y reglas pero no lo hago por miedo, miedo a que como berrinche busque hacerse daño. Lo hago cuando está tranquila. No puedo permitirme no poner límites”. Siente que ahora son una familia normal, cuando habla con sus amigos que tienen hijos de la edad de Alejandra se da cuenta que están enfrentando las mismas complicaciones, aquellas propias de las familias con adolescentes. Relata que para él fue un parteaguas verla internada en un hospital psiquiátrico y pensó “no podemos estar así”. Alejandra menciona que hasta su mamá le dice “sea como sea ahí tu papá está ahí contigo”. Alejandro le dice a su hija “que no estén juntos papá y mamá no quiere decir que no quieran a los hijos, al contrario, es cuando más se quieren. A lo mejor puedo tener una pareja, puedo estar bien con ella o no, pero yo sé que es diferente a la relación contigo y con

tus abuelos que su apoyo siempre va a estar ahí”. Reconoce el trabajo y cambios que ha realizado María “que nos peleáramos siempre no ayudaba. Los dos queremos que esté bien Ale. No es lo que uno quiere, es detenerse para ver qué es lo que ese ser está demandando y necesitando de nosotros como papás. Intervengo yo o interviene su mamá. A lo mejor mamá es diferente de papá pero cada uno tiene su forma”. Alejandra dice estar bien, tranquila, aunque muy ocupada con la escuela y los entrenamientos del grupo de porristas, comenta que se siente bien tener a sus dos papás, no tener que elegir, porque así cuando uno no está disponible puede recurrir al otro o que hay cosas que su mamá entiende más y otras su papá.

Al cerrar el proceso me dieron un regalo, 2 pashminas, la primera con dos tonos del mismo color, y la segunda de muchos colores, diciéndome “elegimos estas porque sentimos que llegamos así, de dos colores, parcos, y que ahora nos vamos de muchos colores, con muchas posibilidades”.

Análisis teórico-metodológico

Sistema familiar

Historia familiar. Los padres se encuentran separados desde hace 13 años después de una relación de pareja que duró 3 años. No se mencionan explícitamente los motivos pero se sugiere infidelidad por parte de Alejandro. La madre refiere que el padre buscaba esporádicamente a Alejandra, que incluso algunas veces decía que pasaría por ella y “la dejaba esperando”.

La relación entre María y Alejandro ha sido conflictiva desde antes de su separación hasta la fecha, sin embargo Alejandro apoyó a María cuando nació Carlos. Les ofreció a los tres un espacio dónde vivir en la casa que Alejandro comparte con sus propios padres. María relata haber sufrido una “fuerte depresión” y el conflicto entre ella, Alejandro y los padres de Alejandro alcanzó niveles muy altos por lo que Alejandro les pidió que se fueran de la casa. Desde entonces el contacto de Alejandra con su padre ha sido intermitente dado que Alejandro “rara vez se involucra en las problemáticas de su hija y no cumple su palabra” y Alejandra “sigue molesta por la

separación". Además Alejandra no tolera la convivencia con la actual novia de su padre así que esto ha generado un mayor distanciamiento entre ellos.

Sin embargo, recientemente María solicitó la presencia y apoyo de Alejandro ya que se siente rebasada por la situación actual. Relata que cuando Alejandra ingresó a la secundaria "comenzó con problemas de conducta", no respetaba las reglas en la escuela ni en casa, comenzó a tener comportamientos cada vez más agresivos hacia sus compañeros y hacia su madre, llegando a los golpes en ambos contextos. Dichos problemas se han intensificado en el último año y la relación madre-hija es cada vez más espinosa, María no logra establecer límites que sean respetados y ya no sabe cómo hacerse cargo pues además se han sumado las autolesiones de Alejandra. La relación entre ambos progenitores es muy problemática, por lo que es imposible llegar a acuerdos respecto a cómo afrontar esta situación.

Hace un mes María descubrió accidentalmente conversaciones en las que Alejandra insultaba y amenazaba fuertemente a algunas de sus compañeras de escuela, esto desató una discusión que rápidamente se salió de control y Alejandra inició a autolesionarse. En casa también se encontraban la hermana de María con sus hijos pequeños (núcleo familiar con quien comparten la casa que era de la madre de ambas) y Carlos. Tal escena asustó a los niños, generando más estrés y la hermana de María sugirió llevar a Alejandra al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Así lo hicieron con la ayuda de Alejandro, a quien María ya había contactado. Alejandra estuvo internada durante casi 1 mes. El día posterior al salir del internamiento, tuvo su primera sesión en el servicio de Terapia familiar.

Sistema significativo. Respecto a todas las unidades (personas o instituciones) que se activan en el intento de aliviar los problemas (Boscolo *et al.*, 2003) se pueden identificar:

- Dentro de la familia, tanto María como Alejandro se han activado de forma constante para buscar solucionar el conflicto. Si bien María en algún momento haya decidido

alejarse, fue un intento de solución pues buscaba que fuera Alejandro quien se hiciera cargo.

– Respecto a la familia extensa, tanto la tía como los abuelos paternos pertenecen al sistema significativo. Por una parte la tía materna, por la convivencia cercana con María e hijos fue quien sugirió la intervención psiquiátrica. Los abuelos paternos por un lado representaron un apoyo en la crianza y cuidado de Alejandra, volviéndose figuras significativas para ella después del internamiento. También han jugado otro papel importante en la historia familiar ya que ellos no estaban de acuerdo en la relación de Alejandro con María a quien rechazaron y con quien han tenido una relación conflictiva desde el inicio.

– Asimismo sus compañeros de escuela, amigas y novio han tenido un rol importante ya que por un lado resultaban fuente del enojo y frustración que desencadenaban las crisis (el evento que llevó al primer internamiento se dio a partir de conflictos con algunas compañeras de escuela, por ejemplo), por el otro resultaban una fuente importante de apoyo y cuidado.

– La escuela también resulta significativa ya que los internamientos conflictuaron la relación con la institución educativa. Además, al filtrar la información, se hizo público el estigma del diagnóstico psiquiátrico. Así Alejandra pasó a ser desacreditada, dañando su identidad social y cambiando su interacción en el contexto (Goffman, 1963).

– El hospital psiquiátrico, como institución, ocupa un rol importante en el sistema de significado. Por un lado es el contexto en donde se desarrollaron los encuentros terapéuticos, como parte de un tratamiento multidisciplinario. Por el otro, las categorías diagnósticas asignadas desencadenaron diferentes procesos a diferentes niveles dentro y fuera de la familia.

– Personal del hospital psiquiátrico, tanto psiquiatras, vigilantes como personal del servicio de Terapia Familiar, todos con un fuerte impacto en la vida de la familia. Los psiquiatras realizaron diagnóstico, activaron otros servicios, medicaron, internaron, el rol constante de los residentes no permitió que hubiera la sensibilidad para escuchar las inquietudes de Alejandro respecto a la medicación o de la terapeuta familiar y supervisora respecto al aislamiento. Los vigilantes juegan un rol importante en este contexto ya que algunas veces son llamados a ayudar a controlar a los pacientes en estado alterado como generalmente se presentan antes del internamiento. Después de la crisis de la primera sesión, un vigilante fue asignado a nuestra área.

Procesos familiares. Fruggeri (2005) refiere que los procesos familiares se encuentran interconectados y superpuestos por lo que es necesario analizar de forma integral los procesos contextuales y recursivos en los que la familia se encuentra inmersa. En este caso:

– El primer internamiento de Alejandra y el diagnóstico psiquiátrico modificó las relaciones dentro de la familia ya que se convocó a personas que habían tenido una presencia oscilante hasta ese momento: Alejandro y sus padres, y generó distanciamiento de aquellas que habían estado siempre presentes: María, Carlos, tía y primos maternos. Para posteriormente pasar a una reorganización que los integrara a todos, en donde las relaciones pasaron de estar impregnadas de un alto nivel de conflictividad a colaborativas y de respeto, proyectadas sí al bienestar de Alejandra pero también al del sistema familiar.

– La presencia de una tercera generación en la dinámica familiar potenció el proceso de autonomía propio de la adolescencia, ya que debido a las limitantes físicas de los abuelos Alejandra tuvo que iniciar a hacerse cargo de aquellas actividades de autocuidado (ropa, organización de tiempos, planificación de actividades).

- El distanciamiento de María, por un lado le dio espacio para elaborar su historia con Alejandro y por el otro permitió que Alejandro se viviera en el rol de padre
- El cambio de contexto escolar, como parte de un proceso evolutivo, en el cual no se informó de su relación con el instituto psiquiátrico, esto permitió a Alejandra vivirse más allá de las crisis” con lo que pudo generar una red, comprometerse con otras actividades (porrista). Con esto tanto Alejandro como María pudieron relacionarse de forma diferente con Alejandra y con su contexto, ya que empezaron a experimentarse como papás de una adolescente “normal” pudiendo hablar de sus dificultades en la crianza sus contextos (familia extensa, amigos, trabajo).

Premisas

- Ayuda psiquiátrica como indicador de fracaso.
- El diagnóstico psiquiátrico de un hijo significa que fallaste como padre/madre.
- Padre/madre son los únicos responsables de bienestar o malestar de los hijos.
- Familia normal es aquella en la que el rol parental coincide con el de pareja conyugal.
- La separación de la pareja conyugal implica la destrucción de la familia.
- El enojo y la rabia protegen del dolor.
- Un buen padre/madre no tiene dudas ni dilemas sobre la crianza de los hijos.
- Ambos progenitores deberían tener el mismo estilo de crianza.
- El pasado nos define.
- Conmigo o contra mí.
- Ante el dolor o la frustración: atacar o huir.
- Papá/mamá deben ser infalibles.
- El amor es todo o nada (idealización vs devaluación).

Tiempos y concordancia entre los tiempos (individuales, de los subsistemas, familiares, sociales y culturales). Sacchelli y Marinello (2018) refieren que las parejas que se encuentran en medio de una separación conflictual, se hallan bloqueados e inmóviles en el tiempo, es decir, es como si el tiempo se congelara. Dicho bloqueo temporal impide que el conflicto se agote, imposibilitando el desarrollo de nuevas configuraciones relacionales necesarias para el funcionamiento familiar. En la familia de Alejandra se hablaba de la separación de María y de Alejandro como si hubiera acontecido recientemente. La intensidad emotiva en los relatos y la alta conflictualidad respecto a los eventos que generaron la ruptura conyugal, generaban confusión y no les permitía establecer un diálogo como pareja parental.

Aquel pasado ausente de la relación padre-hija deslegitimaba a Alejandro como padre. Él no se sentía con derecho de poner reglas y establecer límites, Alejandra saltaba aquellos pocos que él lograba establecer y para María era inconcebible que Alejandra se encontrara bien viviendo con Alejandro, incluso algunas veces obstaculizaba que él cumpliera con sus funciones paternas (por ejemplo el bloque al acceso de documentos para la escuela o para el hospital).

Hipótesis

- El dolor generado por la separación, mantuvo bloqueado el sistema, impidiendo que éste desarrollara nuevas pautas de interacción que les permitiera adaptarse a una nueva estructura familiar manteniéndolos en un estado de sufrimiento.
- La culpa de Alejandro y el rechazo de María –él no se acercaba porque los reclamos lo hacían sentir culpable y María reclamaba porque abandonaba a su hija- impedían que este ejerciera sus funciones de padre sobrecargando las tareas de crianza en María, la cual se sentía sobrecargada. Así, ambos se sentían como padres incompetentes en este rol, lo que les fue confirmado por el contexto con el ingreso de Alejandra a los servicios psiquiátricos acompañado con el diagnóstico Z63.2 Soporte Familiar Inadecuado.

- La patologización institucional de la diferencia familiar –familia con padres separados, familia con un miembro con un diagnóstico psiquiátrico- les confirma la sensación de anormalidad y déficit.
- Visión binaria y lineal del mundo que les impide integrar una percepción más integral y compleja del otro, de las relaciones ni de los acontecimientos.

Cambios en el sistema

- Alejandro y María separaron la pareja conyugal/afectiva de la pareja parental, logrando así colaborar como equipo con un fin común: el cuidado, protección, contención, bienestar de Alejandra, aunque ya no sean pareja conyugal/afectiva.
- Tanto Alejandro como María resignificaron sus competencias parentales, validando tanto las propias como las del otro, viviéndose como padres más competentes. Esto les permitió poder establecer límites flexibles que le permitiera a Alejandra experimentar, volverse más autónoma y demás procesos propios de la adolescencia bajo la supervisión parental.
- Integración de una cultura de la diferencia familiar, reconociendo los puntos fuertes que esta nueva estructura familiar ofrece.
- Visión más compleja y circular, que les ha permitido posicionarse de forma diferente en sus relaciones, en las que ya no hay necesidad de agredir o huir.

Reflexiones del caso (sistemas observantes)

Para este modelo, la postura del terapeuta es importante que algunos elementos útiles para hacer una reflexión al respecto son *prejuicios, curiosidad, respeto, irreverencia y emociones* (Cecchin, 1987; Cecchin, Lane y Ray, 1998; Fruggeri, 1992)

Prejuicios

- Peligrosidad del enfermo psiquiátrico*. Siendo una institución total (Goffman, 2001), se construyen muchos mitos sobre lo que pasa dentro de estos espacios y de los

participantes del mismo, sumado a que el estigma que trae consigo el diagnóstico psiquiátrico hace que se vuelva un tema oculto, nadie quiere hablar públicamente de su experiencia en primera persona o de algún participante de la familia. Culturalmente la enfermedad mental ha sido un concepto altamente vinculado a la peligrosidad social, idea que incluso se filtra a las personas que tienen una formación en psicología y/o psicoterapia. Este fue mi primer caso en el contexto de una institución psiquiátrica y la primera sesión, en la cual Alejandra comenzó a autolesionarse, fue mi primera sesión. Al inicio me obstaculizó generar una relación particularmente con Alejandra.

–*Los adolescentes manipulan* Me resultó complicado no ver las crisis como manipulación como lo referían tanto los padres como los abuelos, lo que después me hizo interpretar de la misma forma el que hubiera llegado tarde a sesión o que no se presentara

–*Un buen terapeuta se enfoca en eliminar síntoma.* Las primeras sesiones, muy desde el modelo estratégico que acabábamos de revisar, fueron guiadas por este principio, y cada vez que reportaban una nueva crisis sentía que mi trabajo era ineficiente.

–*Demostrar formalidad para ser respetada ya que mi edad me resta credibilidad como terapeuta.*

Estos prejuicios me bloquearon en algunos momentos del proceso pero pude ir más allá gracias a la curiosidad, al respeto y a la irreverencia. Por ejemplo la curiosidad de conocer la institución psiquiátrica me permitió conocer a algunas personas que trabajan ahí y comprender el porqué de algunos procedimientos institucionales dentro de ese contexto tenían sentido aunque para mí no, el porqué algunas áreas dentro del hospital funcionan tan poco eficientemente – básicamente falta de recursos- lo que estresaría a cualquier usuario y que si el contexto fuera otro, las reacciones que a veces tienen los usuarios no serían vistas como confirmación de sus síntomas –recordemos que muchos de ellos son niños, gente de bajos recursos económicos y culturales que

muchas veces viajan hasta 2 horas para llegar a sus citas-. Asimismo, el personal que trabaja ahí muchas veces atiende a personas todo el día sin descanso por la gran afluencia, por no mencionar a todos los residentes que además tenemos la carga académica. Yo misma en algunos momentos me sentía saturada o agotada, así que irreverentemente violaba el protocolo y pedía una pausa a los consultantes para salir un par de minutos a tomar aire o por un café.

Otro acto de irreverencia que sentí que cambió mi postura y me permitió generar diálogos diferentes con Alejandra fue abandonar la formalidad y la solemnidad durante las sesiones. En aquella época tenía algunas secciones del cabello teñidas de azul, sin embargo, en una búsqueda de formalidad y respeto a la institución, siempre tenía recogido el cabello de tal forma que el azul no fuera evidente. Un día que nos asignaron otro consultorio, tuvimos que atravesar una zona bastante iluminada y Alejandra notó el cabello azul acompañando la situación diciendo “nunca me lo imaginé de usted”. Al instante me preocupé muchísimo porque pensé que había perdido mi respetabilidad como profesional, pero a lo único a lo que nos condujo fue a abrir nuevos diálogos más allá del síntoma: todas las complejidades de la vida adolescente, sus preocupaciones respecto a sus exploraciones sexo-afectivas, sus intereses. Para mí dejó de ser la “adolescente manipuladora” como era referida por sus padres y abuelos en ocasiones, incluso por el personal médico de la institución. Pero sobre todo noté que no tengo que dejar partes de mí fuera de la sesión en búsqueda de profesionalidad y respetabilidad –lo que en realidad es una fantasía porque entramos con todo nuestro ser-, sino que todas esas partes hasta pueden resultar útiles al proceso. Así que dejé de preocuparme por mi cabello azul y colgué la bata blanca –el hospital prevé su uso obligatorio-, dejando colgada también la solemnidad que trae consigo esta prenda. Efectivamente los consultantes seguían llamándome “doctora” a pesar de mi insistencia por no hacerlo, pero yo podía moverme con mayor fluidez dentro del espacio terapéutico.

Introducir mayor flexibilidad y permitirme experimentar-experimentarme más en el espacio terapéutico, usar todo lo que soy yo y no sólo las teorías y técnicas que conozco, me permitió desarrollar mi propio estilo como terapeuta. Así por ejemplo, en las últimas sesiones, cuando Alejandra deslegitimaba el rol de padre de Alejandro por su ausencia por tantos años, por alguna extraña razón dejé de escuchar todos los argumentos del porqué Alejandro no merecía interpretar el rol de padre y sólo me venía a la mente que tenían el mismo nombre. Habiendo recibido yo misma tantas preguntas respecto a mi nombre, a cada persona que conozco en mi vida personal me gusta preguntar la historia de su nombre porque generalmente hay historias muy lindas, otras muy divertidas, y sobre todo, muchos significados familiares implicados. La idea con la que me había “casado” me decía que no tenía nada que ver con el proceso, pero decidí “coquetear” con la otra idea y pregunté. Eso generó la apertura a un diálogo muy conmovedor sobre la experiencia de Alejandro al convertirse en padre, lo que implicó para él, lo importante que son para él los recuerdos de aquellas pocas vivencias compartidas con Alejandra durante su niñez y lo que significa hoy ser su padre, aún con todas las complicaciones que conlleva. En ese momento comprendí uno de los grandes principios de este modelo “no enamorarse nunca de las propias ideas” porque encierran, porque entonces el proceso se vuelve lineal y solo se busca confirmar la propia hipótesis, reduciendo las posibilidades –propias y por lo tanto de la familia- en lugar de multiplicarlas. En este sentido uno tiene que irreverente hasta con uno mismo dentro del espacio terapéutico.

Para finalizar este apartado quisiera hablar del *respeto*, el cual he incorporado en mi práctica al comprender que si las personas se comportan de la forma en la que lo hacen es porque tiene un sentido en ese sistema. Considero que esto ha tenido un efecto terapéutico en las familias al sentirse reconocidas y validadas, pues como afirmaba Cecchin (1987), el respeto es terapéutico porque respetar significa reconocer y si uno es reconocido entonces existe, y el

reconocimiento a la existencia sobreentendiendo que hay otras formas de existir. Las últimas sesiones originalmente yo las había planeado para los tres pero no sucedió así, lo que me frustró mucho. Posteriormente me di cuenta que esta era su nueva realidad familiar y mi idea de querer a los 3 presentes no respetaba la organización de este nuevo sistema. El otro evento en el que reconocí la importancia del respeto sucedió hace poco. Alejandra y Alejandro cada fin de año me envían un mensaje para desearme felices fiestas y en último me contaron que Alejandra sería madre en enero. Agradecí las felicitaciones y envié otras tantas, sin embargo me quedé con una sensación rara, como de que en realidad había sido un fracaso terapéutico y no de éxito como había considerado al momento del alta. Después de una larga reflexión llegué a la conclusión de que el problema era mío al olvidarme que Alejandra ahora tiene 20 años y ya no 15, que los sistemas humanos que presentan “problemáticos” son aquellos bloqueados (Cecchin, Barbetta y Toffanetti, 2006), que no es el caso de ellos. En su caso continúan en un constante proceso evolutivo, transformándose para adaptarse y seguir funcionando como familia. Siendo así, quisiera cerrar este apartado citando a los personajes centrales de este capítulo, quienes han usado una metáfora bellísima que sintetiza lo que para mí significa el éxito terapéutico:

“sentimos que llegamos así, de dos colores, pocos, y que ahora nos vamos de muchos colores, con muchas posibilidades”

3.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica de los casos elegidos

Siendo el terapeuta un factor de cambio importante en los procesos terapéuticos, en los últimos años el enfoque sistémico está volviendo a interesarse en lo que sucede con este dentro del espacio terapéutico, siempre desde un marco relacional.

La selección de los casos y de la temática para analizarlos la realicé a partir de-aquello que de forma intuitiva consideraba, *no saber de saber* (Telfener, 2014a), que tenía un efecto importante dentro del sistema terapéutico y era confirmada por la invariable pregunta de los

supervisores al terminar una sesión: ¿cómo te sentiste? Si bien algunos modelos como el Modelo sistémico-relacional de Milán y los modelos postmodernos nos brindan guías sobre la postura del terapeuta dentro la sesión, en discusiones con mis compañeras fuera de las aulas hablábamos de que no sabíamos qué hacer, cómo no permanecer paralizados o cuando nos encontrábamos en el ojo del huracán emotivo de algunas sesiones.

En este sentido los supervisores y equipo son esenciales durante la formación, no solo para “rescatar” al terapeuta sino porque hacen preguntas que llevan a reflexionar al terapeuta sobre aquello que hizo o no hizo, sobre lo que sintió, sobre aquello que bloqueó o facilitó su quehacer, entre otras, porque introducen otras voces. Sin embargo, en algunos casos no hay equipo, la supervisión es narrada o hay otros factores relacionales o contextuales que dificultan esta operación como en los casos aquí reportados.

Respecto al primer caso que presenté (Juan), históricamente dentro del grupo fue el primero con un solo terapeuta a cargo y el segundo con supervisión en vivo (el primero había sido un caso excepcional pues no estaba incluido en el programa académico y yo fui una de las coterapeutas). Teníamos poca experiencia como sistema terapéutico (terapeutas, supervisores, equipo), aún no construíamos la relación de total confianza y respeto propio del espacio de supervisión. Siendo así, yo no fui capaz de hablar de todo lo que había pasado conmigo dentro sesión y tratándose principalmente de un contexto académico es complicado no sentirse evaluada, sobre todo en estas primeras veces con supervisión en vivo. En el segundo caso (Alejandra) debido a la organización institucional y la alta demanda, la supervisión era narrada y a pesar de la alta disponibilidad de mi supervisora y el gran interés mostrado, por limitaciones temporales no siempre podíamos hablar con lujo de detalles de todo lo que sucedía con todos mis casos.

En ambos casos sentí me sentí bloqueo por lo que había experimentado dentro sesión, sin embargo con uno pude salir del bloqueo y del otro no –hablo de mí como terapeuta, no del

caso ni de los resultados-. El trabajo de Rober (2010) me parece una propuesta interesante para reflexionar sobre aquello que sucede con nosotros dentro sesión, cuando sentimos alguna emoción que nos bloquea y por tanto mete al proceso terapéutico en un estado de *impasse*. Cabe la pena recordar que en la propuesta de este autor, el experimentar/vivencia del terapeuta dentro la sesión ocupa una parte importante en los diálogos internos del terapeuta. De igual manera tener en cuenta que las emociones son consideradas no como algo biológico o intrapsíquico, sino más en el campo interactivo, es decir como una invitación a participar en un escenario relacional

Siendo así haré una breve análisis de la primera sesión de ambos casos (Tabla 9) en donde aquello que me bloqueó originalmente fue el miedo. Si bien puedo nombrar la misma emoción, el volver a los diálogos internos me hace observar los diferentes matices. Aunque el paso del tiempo es considerable, puedo decir que al volver a revisar los audios de los casos, me ha hecho evocar contenidos de mi diálogo interno, particularmente aquellos que tuvieron mayor impacto.

Tabla 9

Análisis primera sesión de ambos casos

Caso Juan		Caso Alejandra	
<i>Experientar del terapeuta</i>	Descalifica todo lo que digo Me da miedo hacer algo por lo que inicie un procedimiento interno por mala praxis como lo ha hecho en el pasado con otros colegas Miedo a supervisora y equipo noten que tengo miedo Todos estamos fingiendo	<i>Experientar del terapeuta</i>	Enojo porque los papás no pueden controlarla Miedo a mi integridad física Impotencia porque se supone que yo tendría que saber qué hacer Miedo a ser culpada por no prevenirlo o frenarlo
<i>Invitación a actuar</i>	No decir o hacer algo que lo enoje Seguir todas las sugerencias del equipo	<i>Invitación a actuar</i>	Retirarme Controlar a través de algún medio coercitivo llamando a los vigilantes
<i>Oportunidad para el diálogo</i>	Hacer espacio para hablar de demostrar y de la aprobación	<i>Oportunidad para el diálogo</i>	Hacer espacio para dialogar de la confusión y la impotencia

Evidentemente este es sólo un ejercicio de análisis como parte de una propuesta que pueda ayudar a desbloquear nuestro quehacer. Si bien, como referí en el caso de Juan para mí fue más importante explorar la situación actual de los hijos de Juan también es cierto que el no poder ver algo más que el “abusador” no me permitió entablar ningún tipo de diálogo útil con él. Pasé

del no decir nada que lo pudiera incomodar a descalificar en mi diálogo interno todo lo que decía. Probablemente de igual forma habría abandonado el tratamiento ya que a pesar de la insistencia en la institución, dentro de ella no mostraba mucha motivación –al menos eso es lo que parecía-, sin embargo, como comenté al inicio este es un ejercicio de reflexión en el terapeuta. Al revisar un poco del diálogo interno, ahora pienso que me habría gustado proponer la apertura de la aprobación en una sesión sólo con él ya que en casos de violencia, como referido por las terapeutas familiares feministas que han criticado los modelos que presuponen responsabilidad igual en todos los miembros de la familia, es importante considerar el ejercicio de poder. Si bien asumo mi dificultad al trabajar con hombres que ejercen violencia, considero que es necesario generar aperturas cuando ya los tenemos de frente. Pienso en que ellos llevaban un gran tiempo dentro de un proceso legal, en donde todo el esfuerzo de Juan estuvo puesto en demostrar, en buscar la aprobación del juez. Esta era una familia que llevaba años siendo evaluada y esto puede generar parálisis a nivel relacional porque uno tiene que cuidar todo lo que dice y hace. Con los hijos pude generar aperturas porque pude relajarme en sesión, con Juan no porque las pocas sesiones que tuvimos me dediqué a protegerme.

En el segundo caso, el análisis representa un poco de lo que pasó en la segunda sesión y efectivamente generó aperturas con las que pudimos trabajar. Considero que fue en el hospital psiquiátrico en donde intuitivamente encontré mi diálogo interno, mi experiencia/vivencia dentro sesión, como un recurso que podía utilizar ya que no había ningún equipo terapéutico, la supervisión era narrada y tanto supervisora como yo teníamos un fuerte peso de trabajo por no podía supervisar a profundidad cada uno de mis casos. Siendo así, me encontré con tener que echar mano del principal recurso de un terapeuta: sí mismo.

Bertrando (2012) señala que el cambio en terapia podría ser el cambio de un tono emotivo de las relaciones, lo que implica vivir las emociones en un modo relacional. Es decir que cada

emoción se origina a partir de una forma de interacción, incluidas aquellas que vivimos en nuestro diálogo interno como terapeutas, y se dirige a alguna otra interacción. En este sentido, en lugar de buscar controlar las propias emociones –imposible desde su visión-, se puede reevaluar constantemente mi participación y las de los demás en el sistema. Si queremos que la relación sea lo suficientemente significativa para conducir a un cambio, la propia iniciativa no basta, los consultantes deben participar –cosa que no sucedió con Juan-. Sin embargo experimentar o expresar emociones no es un factor de cambio en sí mismo, sino que es necesario encontrar una comprensión diferente de la propia posición emotiva dentro del sistema que pueda conducirnos a un estado emotivo diferente. Tal consciencia no es “llevar las emociones a la consciencia”, sino una consciencia del proceso a través del cual las emociones surgen, son sentidas, y son compartidas en un contexto relacional.

En este sentido quizá resulte útil volver la mirada a la figura del terapeuta, a lo que pasa con él o ella dentro sesión, ya que existen muchos mitos y estereotipos que mantienen como tema tabú experiencias tan frecuentes como pueden ser el miedo, el enojo, la auto-crítica. Si son parte de la experiencia humana ¿por qué no habrían de serlo de la experiencia del terapeuta? Quizá así podamos empezar a normalizarlas y verlas como potenciales recursos.

Capítulo 4

Consideraciones finales

4.1 Competencias profesionales adquiridas

4.1.1 Habilidades de investigación

A continuación se presentan los reportes de cada una de las investigaciones realizadas durante la formación, dos de ellas se desarrollaron con enfoque cuantitativo y la tercera con enfoque cualitativo.

Reporte de investigación cuantitativa

RELACIÓN ENTRE EL MIEDO A LA INTIMIDAD AFECTIVA EN ADULTOS EMERGENTES MEXICANOS Y EL VÍNCULO PARENTAL PERCIBIDO

Yineguela Jiménez Álvarez, Vianey Méndez Vergara y Esther González Ovilla

Resumen

El objetivo de esta investigación fue conocer la asociación existente entre el miedo a la intimidad afectiva en relaciones de pareja durante la adultez emergente y la relación parental percibida de las primeras etapas de vida. Participaron 266 jóvenes (hombres=44.4%, mujeres=55.6%), en su mayoría estudiantes universitarios (70.2%) entre 18 y 25 años de edad, quienes respondieron el *Instrumento de Lazos Parentales* y la *Escala de Miedo a la Intimidad*. Se combinaron los puntajes de las subescalas *Autorrevelación* y *Fusión* para crear un puntaje de *Deseo de intimidad*, y los puntajes de *Miedo a la Autorrevelación* y *Miedo a la Fusión* para obtener un puntaje de *Miedo a la intimidad*. Los análisis de regresión arrojaron un modelo de *Deseo de intimidad* para los hombres que explicó el 3.3% de la varianza con la variable *Sobreprotección-Padre* como único predictor, y en el modelo para las mujeres la *Libertad-Padre* resultó el predictor y explicó el 4.0% de la varianza. El *Miedo a la intimidad* fue explicado, en el caso de los hombres, por la *Sobreprotección-*

Madre y por la *Libertad-Padre* (10.4% de la variable explicada) y, para las mujeres, por el *Cuidado-Padre* (5.4% de la variable explicada). Los resultados muestran que los padres que otorgan mayor afecto, autonomía y cercanía a sus hijos, promueven una base para el desarrollo y mantenimiento de la intimidad afectiva en las relaciones de pareja de éstos.

Palabras clave: intimidad afectiva, autorrevelación, fusión, miedo a la intimidad, adultez emergente, relación de pareja y relación parental.

Introducción

La adultez emergente se considera como la etapa de transición entre la adolescencia y la adultez, en la que la persona lleva a cabo un proceso de individuación. Este periodo del ciclo vital comprende las edades de 18 a 25 años de edad, en el cual, los jóvenes toman decisiones sobre el rumbo que tomará su vida adulta en los ámbitos profesional, de independencia económica, emancipación de los padres y del establecimiento de relaciones afectivas íntimas, entre otras (Arnett, 2000).

En el estadio de adultez emergente el individuo se propone metas en concreto y afianza la seguridad de ver realizados dichos fines, lo que promueve en él el sentido de responsabilidad en relación a las diferentes esferas en las que se desenvuelve (Maquirriain, 1988).

Erikson (1980) define a la sexta etapa de desarrollo psicosocial como intimidad frente al aislamiento, en la que el individuo tiene la capacidad de establecer relaciones afectivas de amor con sus pares. Para este autor la intimidad es posible sólo cuando se ha alcanzado la propia identidad. Es precisamente en la adultez emergente en la que el adolescente individualista da paso a un adulto con identidad propia, que coopera continuamente con su ambiente social y se desarrolla a la par del mismo (Maquirriain, 1988), conformando relaciones que suelen ser más prolongadas, sólidas e íntimas.

El establecimiento de relaciones románticas por lo general comienza en la adolescencia y estas relaciones implican factores como la intimidad física, la atracción sexual, los pensamientos de amor y la posibilidad del matrimonio (Baron & Byrne, 2005); y es en éste último punto donde los jóvenes deben tomar una “opción de vida” que según Maquirriain (1988) implica una forma de relacionarse con los otros, a partir del grado de intimidad que esté dispuesta a entablar la persona.

El tipo de vínculo afectivo y de apego que los individuos establezcan con sus padres en las primeras etapas del desarrollo, promoverán la facilidad o inhibición que los mismos tengan para establecer relaciones íntimas (Bartholomew, 1990). Así mismo, conforme un individuo tenga una base segura de apego y establezca vínculos afectivos sanos, tendrá la capacidad de constituir y promover relaciones sociales benéficas (Bowlby, 1986). La idea de intimidad se desarrolla en el curso de la educación familiar dentro del vínculo afectivo con los padres. Pasini (1990) señala que la intimidad en el niño se promueve cuando se le adjudica a éste un territorio personal y único; por el contrario, el poco respeto de su ámbito privado puede volverlo desconfiado o introvertido.

Collins y Sroufe (1999) refieren que los individuos que han crecido en familias en las que se ha experimentado y practicado la apertura a la comunicación, la reciprocidad, la sensibilidad hacia los sentimientos del otro y la preocupación por el bienestar de los demás, valoran la cercanía y la conectividad en las relaciones, además de que poseen mayor capacidad para establecer relaciones íntimas (Del Río, Barrera y Vargas; 2004).

Cuando los padres que mantienen una relación de afecto con sus hijos, les expresan cercanía y calidez, pero al mismo tiempo les validan sus expresiones autónomas, ofrecen la experiencia de una relación balanceada, lo cual constituye la mejor base para las relaciones posteriores (Allen & Hauser, 1996; Cassidy, 2001; Collins & Sroufe, 1999; Holmes & Johnson, 2009). Por ende, los hijos que aprenden estas ideas y conductas de independencia y vinculación, son capaces de transferirlas a la relación de pareja y desarrollan expectativas sobre esta nueva

relación (Connolly & Goldberg, 1999). Se sabe también que las experiencias románticas tempranas operan como una oportunidad para aprender lo que se puede sentir, pensar y hacer en las relaciones adultas (Del Río, Barrera y Vargas, 2004).

En la formación y consolidación de las relaciones de pareja, la intimidad tiene un papel central. Para Sternberg (1998) la intimidad es, junto con la pasión y el compromiso, un papel clave en el establecimiento de relaciones amorosas, por encima de otros atributos. Incluso se ha encontrado que la intimidad afectiva en las relaciones es una fuente importante de felicidad y significado de la propia vida (Bartholomew, 1990).

La intimidad promueve el acercamiento, el vínculo y la conexión entre los miembros de la pareja (Stenberg, 1988). Por el contrario, la falta de intimidad o bajos niveles de ésta, pueden dar lugar a dificultades físicas, emocionales y de interacción interpersonal (Hook, *et al.*, 2003); particularmente en la pareja, impide la estabilización y profundización de la relación (Martínez y Cevallos, 2008).

La intimidad se centra en el proceso de compartir y explorar los pensamientos, sentimientos y disposiciones más profundas de los miembros de la pareja, y así, es un proceso que incluye la exploración de similitudes y diferencias a través de la autorrevelación (Díaz-Loving y Sánchez, 2004).

Probablemente la intimidad se inicia con la autoexposición o autorrevelación, ya que esto ayuda a derribar muros. “La autoexposición engendra autoexposición: si uno quiere saber cómo es el otro, debe mostrarle cómo es él mismo” (Stenberg, 1998. p.39). Waring, (1988) plantea que la autorrevelación es un proceso mediante el cual una persona permite que se le conozca a través de la exposición de sus propias emociones, necesidades, pensamientos, actitudes y creencias. Dicho proceso es considerado como el determinante primario que más influencia ejerce en el nivel de intimidad de la pareja. Autores como Sprecher y Hendrick (2004) han encontrado que la

autorrevelación se asocia positivamente con la calidad de la relación, particularmente con la satisfacción y el compromiso. Sin embargo, existen individuos que consideran que deben ocultar las partes de sí mismos que creen inconfesables por lo que viven la intimidad como un riesgo personal (Pasini, 1990).

Una vez que la intimidad comienza a afirmarse, paradójicamente ésta puede empezar a diluirse debido a la amenaza que surge cuando en el individuo aparecen sentimientos relacionados con la pérdida de la propia existencia como persona independiente y autónoma. Vargas e Ibáñez (2009) señalan que las personas que experimentan mayor diferenciación frente al otro, tienen mejores posibilidades de actuar bajo sus propios parámetros. Esto lo enuncian en relación a la postura de Bowen (1978), quién describe la diferenciación como un estado opuesto a la fusión, siendo esta última la situación en la que el individuo tiene dificultad para conducirse apegado a sus propias premisas y su actuar se ve acotado por las decisiones que toma su pareja, lo que lo lleva no reflexionar ni contrastar sus propias creencias frente a las del otro (Bowen, 1978; Vargas e Ibáñez, 2008).

Uno de los factores que imposibilitan el desarrollo y/o mantenimiento de la intimidad en la pareja, es la ansiedad que ésta puede generar en los individuos. Descutner y Thelen (1991) denominan este fenómeno *miedo a la intimidad*, definiéndolo como “la capacidad inhibida de un individuo, a causa de la ansiedad, para intercambiar pensamientos y sentimientos de significación personal con otro individuo que es altamente valorado” (p.219). Este temor alude al contenido (comunicación personal), a la valencia emocional (intensidad de los sentimientos relativos a la información) y a la vulnerabilidad implicada (la alta estimación por quien recibe lo comunicado).

Estudios como los de Phillips, Wilmoth, Wall, Peterson, Buckley, y Phillips, L., (2013) Lloyd (2011), Rivera, Cruz y Muñoz (2010), y Martínez y Cevallos (2008), han investigado el concepto de miedo a la intimidad y su relación con otras variables utilizando el instrumento *Fear to Intimacy*

Scale (Descutner & Thelen, 1991). Se ha encontrado que el miedo a la intimidad puede ser un predictor de calidad de vida y salud mental (Eddington, Mullins, Fedele, Ryan & Junghans, 2010; Canetti, Berry & Elizur, 2009), e incluso se ha encontrado que la satisfacción con la pareja se encuentra relacionada con el miedo a la intimidad emocional (Rivera, Cruz y Muñoz, 2010).

Al ser la adultez emergente un periodo crítico para el establecimiento de relaciones de pareja, es importante caracterizar los factores que influyen en este proceso, como lo es el miedo a la intimidad. Se considera que las experiencias de apego que los jóvenes han experimentado con sus padres en las primeras etapas de vida, probablemente serán parte del modelo para la conformación de las relaciones íntimas de pareja que establezcan los adultos emergentes durante esta fase del ciclo vital. Por ello el presente estudio tiene como objetivo conocer la relación que existe entre los cuidados parentales percibidos por los jóvenes durante su infancia y adolescencia, y el impacto que esto tiene en la apertura o miedo al entablar una relación afectiva íntima con sus pares.

Método

Participantes

Los participantes fueron 266 jóvenes de 18 a 25 años de edad (\bar{X} = 21.45, ds = 2.30); 44.4% de ellos hombres y 55.6% mujeres. Todos eran solteros, heterosexuales y no cohabitaban en pareja en el momento de la aplicación. El 70.2% de la muestra eran estudiantes de nivel superior.

Procedimiento

Para el alistamiento de instrumentos requeridos, acorde a los objetivos planteados en la investigación, fue necesario contar con sus versiones adaptadas y validadas. Al *Instrumento de Lazos Parentales* (BPI), ya adaptado y validado, se le hicieron modificaciones mínimas de modismos en el lenguaje y se le agregó “frecuentemente” como una opción más de respuesta, quedando así: siempre, casi siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca (Melis, Dávila,

Ormeño, Vera, Greppi y Gloger, 2001). Por su parte, para la *Escala de Miedo a la Intimidad* (FIS) fue preciso llevar a cabo un diseño de traducción inversa en la que un grupo de traductores adaptó el cuestionario del idioma fuente (inglés) al idioma objetivo (español, México), un segundo grupo de traductores tomó el cuestionario adaptado y lo volvió a adaptar al idioma fuente. En la medida en que las dos versiones del cuestionario en el idioma fuente resultaron similares, aumentó la seguridad acerca de la equivalencia entre las versiones. En esta adaptación las opciones de respuesta fueron modificadas de “qué tan característico de mí es cada afirmación” a “qué tan de acuerdo estoy con la afirmación”; de tal forma que las alternativas fueron: totalmente de acuerdo, muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Estas versiones adaptadas de los instrumentos, sumadas al cuestionario de datos demográficos, se llevaron a campo.

Con la intención de encontrar a jóvenes de entre 18 y 25 años de edad se acudió a distintas zonas de una universidad pública en México. Una vez que se explicaba el motivo de la investigación se solicitaba su participación de manera voluntaria y anónima.

Cuando los jóvenes accedieron a participar, se les entregó el cuadernillo y se dieron instrucciones claras para que respondieran por sí mismos. La batería, en primera instancia, solicitaba datos sociodemográficos que aludían a su sexo, edad, ocupación, nivel de estudios, conformación del sistema familiar previo a los 16 años de edad y en el presente, su estatus actual en una relación sentimental, así como el tipo de relación en la que se encontraban, la cual fue segmentada en las categorías de: Cortejo (saliendo para conocerse, no hay contacto físico ni exclusividad), Amigos con derechos o *free* (contacto físico, sin exclusividad), Noviazgo (contacto físico y exclusividad), Casado o Unión Libre (cohabitación) y Sin relación de pareja. Posteriormente contestaron ambas versiones del *Instrumento de lazos parentales* (PBI), madre y padre, así como la *Escala de miedo a la intimidad* (FIS). Al final del cuadernillo se dejó un espacio para que

anotaran comentarios y su correo electrónico en caso de que desearan conocer el resultado del estudio. El tiempo aproximado de resolución fue de 15 minutos.

Las respuestas fueron codificadas y procesadas con el paquete estadístico SPSS versión 15.0, inicialmente se efectuó la validación de los instrumentos. A continuación se analizó la influencia de las variables sociodemográficas sobre los Instrumentos PBI-versión madre, PBI-versión padre y FIS.

Instrumentos

Instrumento de Lazos Parentales. La escala *Parental Bonding Instrument* (PBI) de Parker, Tupling y Brown (1979) evalúa la percepción de la actitud y conducta de los padres en relación con el individuo en su infancia y adolescencia para determinar el tipo de vínculo con éstos. Es un cuestionario de autorreporte en el que se elige aquella respuesta que mejor describa la relación con cada uno de los padres por separado; es decir, se contesta un protocolo para Padre y otro para Madre, pensando en los recuerdos hasta los 16 años. Cada protocolo consta de 25 afirmaciones que componen 2 subescalas: *Cuidado* (12 reactivos) y *Sobreprotección* (13 reactivos). Las subescalas pueden usarse de manera independiente o conjunta. Los autores reportan coeficientes entre $\alpha = .63$ y $\alpha = .73$ (Parker *et al.*, 1979). En poblaciones de habla hispana se han reportado índices de confiabilidad entre $\alpha = .81$ y $\alpha = .89$ en Colombia (Gómez Vallejo, Villada & Zambrano, 2007) y entre $\alpha = .69$ y $\alpha = .84$ en población psiquiátrica mexicana (Benítez, Chávez & Ontiveros, 2005).

Escala de Miedo a la Intimidad. La escala *Fear Intimacy Scale* (FIS) de Descutner y Thelen (1991) evalúa el miedo a la intimidad en personas que tienen y no tienen una relación de pareja. El instrumento tiene dos partes: la A solicita a los respondientes que se imaginen en una relación de pareja o, de ser el caso, piensen en su pareja actual, e indiquen cuán característica de sí mismo/a es cada una de las aseveraciones planteadas; sus opciones de respuesta son: nada característico

de mí, levemente característico de mí, moderadamente característico de mí, muy característico de mí y extremadamente característico de mí; consta de 30 reactivos. La parte B consta de cinco reactivos que hacen referencia a la experiencia en relaciones pasadas. Cada reactivo es evaluado del 1 al 5, a mayor puntaje obtenido, más es la ansiedad hacia las relaciones íntimas. El estudio original reporta un coeficiente de confiabilidad de $\alpha = 0.93$ (Descoutner & Thelen, 1991), mientras que Martínez y Ceballos (2008) reportan $\alpha = 0.66$ y Rivera, Cruz y Muñoz (2010) una consistencia interna de $\alpha = 0.87$ en poblaciones de habla hispana.

Resultados

Análisis psicométrico de las escalas

En el análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax del Instrumento de *Lazos Parentales*, versión Madre, proporcionó tres factores que explicaron el 58.68% de la varianza (véase la Tabla 10). El primero se refiere a *Cuidado*, el segundo a *Sobreprotección* y el tercero a *Libertad*, los cuales correlacionaron significativamente entre sí. Se eliminaron los reactivos 3, 7, 8 y 13 debido a que sus cargas factoriales fueron $<.40$ o altas en 2 de los factores. El coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.89 para la escala total.

Tabla 10

Instrumento de Lazos Parentales-Madre. Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos y estadísticos descriptivos

Reactivos	Subescalas		
	Cuidado	Sobreprotección	Libertad
6. Era cariñosa conmigo	.820		
17. Podía hacerme sentir mejor cuando me encontraba afligid@	.811		
16. Me hacía sentir que era querid@	.811		
18. Platicaba conmigo	.775		
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones	.767		
12. Me sonreía	.761		
11. Disfrutaba de comentar cosas conmigo	.744		
2. Me ayudó tanto como lo necesitaba	.723		
14. Parecía entender mis necesidades	.720		
1. Me hablaba en un tono de voz cálido y amigable	.684		
4. Parecía emocionalmente fría conmigo	.640		
24. Me elogiaba	.448		
23. Era sobreprotectora		.767	
19. Trataba de hacerme sentir dependiente de ella		.732	
20. Sentía que era difícil cuidarme sol@ a menos que ella estuviera conmigo		.701	
9. Trataba de controlar todo lo que hacía		.699	
10. Invadía mi privacidad		.655	
22. Me dejaba salir tanto como quería			.893
21. Me dio tanta libertad como quería			.888
25. Me dejaba vestirme de la manera que me gustaba			.495
	Total		
Número de reactivos	20	12	3
Porcentaje de varianza explicada	58.68	33.69	11.00
Alpha de Cronbach	.89	.92	.74
Correlaciones interfactor			
Cuidado	1		
Sobreprotección	-.328*	1	
Libertad	.294*	-.323*	1
Media (media teórica = 3)	4.04	2.17	3.45
Desviación estándar	.80	.89	.95

*p<.001

El análisis factorial del *Instrumento de Lazos Parentales*, versión Padre, arrojó tres factores que explicaron el 68.4% de la varianza. Dichos factores son: *Cuidado*, *Libertad* y *Sobreprotección*, los que se relacionaron significativamente entre sí. La eliminación de los reactivos 3, 4, 7, 10, 13, 15, 20 y 23 mejoró el valor de fiabilidad de la escala total ($\alpha=0.91$) (véase Tabla 11).

Tabla 11

Instrumento de Lazos Parentales-Padre. Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos y estadísticos descriptivos

Reactivos	Subescalas		
	Cuidado	Libertad	Sobreprotección
17. Podía hacerme sentir mejor cuando me encontraba afligid@	.875		
16. Me hacía sentir que era querid@	.859		
6. Era cariñoso conmigo	.856		
18. Platicaba conmigo	.847		
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones	.830		
2. Me ayudó tanto como lo necesitaba	.826		
14. Parecía entender mis necesidades	.824		
12. Me sonreía	.812		
1. Me hablaba en un tono de voz cálido y amigable	.808		
11. Disfrutaba de comentar cosas conmigo	.798		
24. Me elogiaba	.664		
21. Me dio tanta libertad como quería		.921	
22. Me dejaba salir tanto como quería		.912	
25. Me dejaba vestirme de la manera que me gustaba		.554	
8. Me impedía que creciera			.769
9. Trataba de controlar todo lo que hacía			.766
19. Trataba de hacerme sentir dependiente de él			.715
	Total		
Número de reactivos	17	11	3
Porcentaje de varianza explicada	68.46	44.68	12.92
Alpha de Cronbach	.91	.95	.78
Correlaciones interfactor			
Cuidado	1		
Libertad	.333*	1	
Control	-.190*	-.227*	1
Media (media teórica = 3)	2.64	2.58	4.12
Desviación estándar	1.15	1.13	.92

*p<.001

El análisis con rotación Varimax de la *Escala de Miedo a la Intimidación*, obtuvo como resultado cuatro factores: *Autorrevelación*, *Miedo a la autorrevelación*, *Miedo a la fusión* y *Fusión*, los cuales explicaron en conjunto el 54.84 % de la varianza (véase Tabla 12). Con base en los índices de curtosis, análisis de frecuencias, cargas factoriales <.40 y/o debido a que presentaron cargas altas en 2 factores, se eliminaron los reactivos: 4, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 28, 29 y 30. La consistencia interna de la escala total fue $\alpha=0.82$.

Tabla 12

Escala de Miedo a la Intimidad. Subescalas, cargas factoriales, índices psicométricos y estadísticos descriptivos

Reactivos	Subescalas				
	Autorrevelación	Miedo a la Autorrevelación	Miedo a la Fusión	Fusión	
21. Me sentiría bien revelándole a P mis defectos y debilidades	.761				
19. Me sentiría a gusto confiándole a P mis pensamientos y sentimientos más personales	.715				
22. Me sentiría segur@ teniendo un vínculo emocional cercano con P	.689				
18. Me sentiría cómod@ contándole a P cosas que no le digo a otros	.671				
25. Estaría cómod@ diciéndole a P cuáles son mis necesidades	.544				
3. Me sentiría cómod@ si le expresara a P mis sentimientos más profundos	.500				
2. Me inquietaría platicarle a P algo que en el pasado me haya herido profundamente		.837			
1. Me sentiría incómod@ si le contara a P cosas de mi pasado que me avergüenzan		.760			
5. Me daría miedo decirle a P mis sentimientos más íntimos		.683			
11. Me sentiría nervios@ si le mostrara a P sentimientos de amor		.620			
16. Me gustaría reservar información persona sólo para mí.		.598			
33. Hay personas que piensan que tengo miedo a ser cercan@ a ellas			.792		
31. He rechazado la oportunidad de ser cercano a alguien			.773		
32. He contenido mis sentimientos en relaciones previas			.766		
34. Hay quienes creen que soy difícil de conocer			.589		
35. En relaciones previas, he hecho cosas que me alejan de P			.573		
7. Podría sentirme completamente unid@ a P				.805	
8. Si tuviera que tratar problemas importantes con P, me sentiría cómod@				.738	
10. Me sentiría segur@ si le contara a P todas mis experiencias, incluyendo las tristes				.583	
	Total				
Número de reactivos	19	6	5	5	3
Porcentaje de varianza explicada	54.84	16.02	14.38	14.24	10.19
Alpha de Cronbach	.82	.75	.76	.76	.76
Correlaciones interfactor					
Autorrevelación	1				
Miedo a la Autorrevelación		-.253**	1		
Miedo a la Fusión		-.160*	.314**	1	
Fusión		.579**	-.283**	-.125*	1
Media (media teórica = 3)	3.81	2.22	2.22	3.05	3.87
Desviación estándar	.82	.84	.84	1.03	.97

**p<.001

*p<.005

Características de las relaciones de pareja

El 74.1% de los participantes se encontraba involucrado en una relación de pareja, de los cuales la mayoría mantenía una relación de noviazgo (69.9%), siendo este el tipo de relación predominante en todos los grupos de edad (véase tabla 13). El tiempo de duración de su relación

actual fue de $\bar{x}= 27.4$ meses ($ds=24.5$ meses). El total de la muestra reportó $\bar{x}= 1.9$ ($ds=1.3$) relaciones de pareja con duración de al menos 3 meses en los últimos 5 años y el tiempo máximo que han estado involucrados en una relación de pareja fue de $\bar{x}= 29.7$ meses ($ds=23.2$ meses).

Tabla 13

Tipo de relación actual por grupo de edad en porcentaje

Grupos edad	Tipo de relación actual			Total
	<i>Cortejo</i>	<i>Amigos con derecho</i>	<i>Noviazgo</i>	
18- 20	25.4	15.5	59.2	100.0
21-23	23.6	6.9	69.4	100.0
24-25	3.8	11.3	84.9	100.0
Total	18.9	11.2	69.9	100.0

Se encontró relación positiva entre la edad y la duración de su relación actual ($r=.271$, $p<.001$), así como con el tiempo máximo que han permanecido en una relación ($r=.433$, $p<.000$).

Relación de variables sociodemográficas con los lazos parentales

Respecto a los lazos parentales, los análisis estadísticos arrojaron diferencias significativas entre grupos a partir de la ocupación y del sexo de los participantes en el caso del factor *Cuidado*, sólo madre, y en el factor *Libertad*, con ambos progenitores (véase tabla 14). En lo que concierne al cuidado materno, los participantes que se dedican exclusivamente a estudiar obtuvieron un mayor puntaje que los jóvenes que trabajan. La percepción de libertad fue mayor en los hombres, para ambos progenitores, y en aquellos jóvenes que se dedican únicamente al estudio, sólo en el caso del padre.

Tabla 14

Diferencias estadísticamente significativas en los factores del Instrumento de Lazos Parentales-Madre, Instrumento de Lazos Parentales-Padre por las variables sociodemográficas

Variable	Categorías	Medias (ds)	Prueba estadística	Pruebas post hoc de Tukey
<i>Cuidado-Madre</i>				
Ocupación	Estudia	2.10 (0.69)	F(2, 257) = 4.013, p<.019	Estudia – Trabaja: p < .014
	Trabaja	2.50 (0.81)		
	Ambos	2.16 (0.61)		
<i>Libertad-Madre</i>				
Sexo	Hombres	2.22 (0.87)	t(262) = - 5.167, p<.000	
	Mujeres	2.80 (0.94)		
<i>Libertad-Padre</i>				
Sexo	Hombres	2.29 (1.06)	t(262) = -3.748, p<.000	
	Mujeres	2.81 (1.14)		
Ocupación	Estudia	2.48 (1.10)	F(2, 259) = 4.073, p<.018	Estudia – Ambos: p <.013
	Trabaja	2.61 (1.22)		
	Ambos	3.05 (1.22)		

Tanto el *Cuidado* materno ($r=-.228$, $p<.000$) como el *Cuidado* paterno ($r=-.123$, $p<.049$) tuvieron una relación negativa con el tiempo máximo que los jóvenes han permanecido en una relación. La *Sobreprotección* paterna se relacionó negativamente ($r=-.216$, $p<.009$) con la duración de la relación actual de los participantes.

Relación de variables sociodemográficas con el miedo a la intimidad

El tipo de relación fue un componente relevante en los cuatro factores de la *Escala de Miedo a la Intimidad*. En la *Autorrevelación* el puntaje fue mayor en los jóvenes que mantienen una relación de noviazgo respecto a aquellos en una relación de cortejo; situación que se presenta de forma inversa en el *Miedo a la autorrevelación*. En *Fusión* los puntajes más altos fueron para los jóvenes en una relación de noviazgo y los más bajos para aquellos que se encuentran en circunstancias de cortejo; los puntajes se invierten en *Miedo a la fusión*. La edad resultó significativa únicamente para el caso de *Fusión*, siendo los participantes con menor edad aquellos con mayor puntaje (véase tabla 15).

Tabla 15

Diferencias estadísticamente significativas en los factores de Escala de Miedo a la Intimidad por las variables sociodemográficas

Variable	Categorías	Medias (ds)	Prueba estadística	Pruebas post hoc de Tukey
<i>Autorrevelación</i>				
Tipo de relación	Cortejo	2.44 (0.73)	F(2, 191) = 5.431, p<.005	Cortejo – Noviazgo: p < .004
	Amigos con derecho	2.16 (0.80)		
	Noviazgo	1.97 (0.78)		
<i>Miedo a la Autorrevelación</i>				
Tipo de relación	Cortejo	3.78 (0.73)	F(2, 193) = 3.284, p<.040	Amigos con derecho – Noviazgo: p < .055
	Amigos con derecho	3.57 (1.00)		
	Noviazgo	4.00 (0.79)		
<i>Miedo a la Fusión</i>				
Tipo de relación	Cortejo	2.46 (1.02)	F(2, 190) = 7.566, p<.001	Cortejo – Noviazgo: p < .001
	Amigos con derecho	2.69 (1.00)		
	Noviazgo	3.16 (1.00)		
<i>Fusión</i>				
Edad	18-20 años	2.27 (1.09)	F(2, 259) = 3.361, p<.036	18-20 – 24-25 p = .027
	21-23 años	2.12 (0.97)		
	24-25 años	1.87 (0.70)		
Tipo de relación	Cortejo	2.51 (1.16)	F(2, 193) = 9.104, p<.000	Cortejo – Noviazgo: p < .000
	Amigos con derecho	2.12 (0.84)		
	Noviazgo	1.81 (0.81)		

La *Autorrevelación* se relacionó positivamente ($r = .147$, $p < .018$) con el tiempo máximo en una relación de pareja y *Miedo a la autorrevelación* lo hizo de forma negativa con el tiempo de la relación actual ($r = -.164$, $p < .049$). El *Miedo a la fusión* obtuvo una relación negativa con la duración de la relación actual de los jóvenes ($r = -.221$, $p < .008$) así como con el tiempo máximo que éstos han permanecido en una relación ($r = -.134$, $p < .031$).

Relación de lazos parentales con el miedo a la intimidad

Con el propósito de examinar si los lazos parentales (*Cuidado*, *Libertad* y *Sobreprotección* de la madre y del padre) impactaban el deseo de intimidad y el miedo a la intimidad en las relaciones de pareja de los jóvenes emergentes, se efectuaron análisis de regresión, cuyos resultados se muestran en la Tabla 16. Inicialmente, se combinaron los puntajes de las subescalas *Autorrevelación* y *Fusión* para crear un puntaje de *Deseo de intimidad*, y los puntajes de *Miedo a la Autorrevelación* y *Miedo a la Fusión* para obtener un puntaje de *Miedo a la intimidad*. Se corrieron

análisis de regresión diferentes para hombres y para mujeres. El modelo de *Deseo de intimidad* para los hombres explicó el 3.3% de la varianza con la variable *Sobreprotección-Padre* como único predictor, y en el modelo para las mujeres la *Libertad-Padre* resultó el predictor y explicó el 4.0% de la varianza; es decir, niveles altos de *Deseo de intimidad* se asociaron significativamente con niveles bajos de sobreprotección del padre, para los hombres, y con niveles altos de libertad otorgada por el padre, en el caso de las mujeres. El *Miedo a la intimidad* fue explicado, en el caso de los hombres, por la *Sobreprotección-Madre* y por la *Libertad-Padre* (10.4% de la variable explicada) y, para las mujeres, por el *Cuidado-Padre* (5.4% de la variable explicada), de tal manera que niveles altos de miedo a la intimidad se asociaron de manera significativa con niveles altos de sobreprotección materna y bajos de libertad otorgada por el padre, para los hombres; y con niveles bajos de cuidado del padre, para las mujeres.

Tabla 16

Análisis de regresión del deseo y del miedo a la intimidad por las variables de lazos parentales

Sexo	Variabes dependientes	Variabes predictoras	R ²	Anova del modelo	B est.	t
Hombres	<i>Deseo de intimidad*</i>	<i>Sobreprotección-Padre</i>	.033	F(1,98) = 4.354, p = .040	-.206	t= 2.087, p = .040
	<i>Miedo a la intimidad**</i>	<i>Sobreprotección-Madre</i>	.071	F(2,94) = 6.564, p = .002	.293	t= 3.031, p = .003
		<i>Libertad-Padre</i>	.033		-.204	t= 2.114, p = .037
Mujeres	<i>Deseo de intimidad*</i>	<i>Libertad-Padre</i>	.040	F(1,144) = 7.085, p = .009	.217	t= 2.662, p = .009
	<i>Miedo a la intimidad**</i>	<i>Cuidado-Padre</i>	.054	F(1,144) = 9.212, p = .003	-.245	t= 3.035, p = .003

*Deseo de intimidad: Autorrevelación y fusión.

**Miedo a la intimidad: Miedo a la autorrevelación y a la fusión.

Discusión

Los resultados obtenidos son evidencia estadística del cumplimiento de la adaptación de los instrumentos: *Escala de Lazos Parentales-Madre* ($\alpha=.89$), *Escala de Lazos Parentales-Padre* ($\alpha=.91$) y *Escala de Miedo a la Intimidación* ($\alpha=.82$); para la muestra de jóvenes en adultez emergente. Sus alfas son aceptables para expresar la confiabilidad de los instrumentos y las

dimensiones son complementarias y congruentes; es decir, en la escala de *Lazos Parentales* las dimensiones *Sobreprotección* por un lado y *Cuidado y Libertad* por otro, mientras una es alta las otras dos disminuyen y viceversa. En el caso de la *Escala de Miedo a la Intimidad* también se observa que las dimensiones *Miedo a la fusión* y *Miedo a la autorrevelación* disminuyen mientras *Fusión* y *Autorrevelación* aumentan y al contrario.

Una de las tareas de la adultez emergente es la madurez del individuo que se puede observar en el establecimiento de relaciones íntimas más comprometidas (Arnett, 2000). Si bien, las relaciones de pareja de acuerdo a Srnberg (1988) deberían conjugar la intimidad, la pasión y el compromiso; de acuerdo al estudio de Vizzuetth, García y Guzmán, (2010) hoy en día los jóvenes establecen relaciones que intentan definirse fuera de las características tradicionales, dejando fuera el compromiso y promoviendo relaciones informales, llamadas “amigovios”, “amigos con derechos” o “*free*”; en sus resultados, son preferidas por los jóvenes, pues a pesar de que las relaciones formales, que ellos mismos caracterizan con respeto, amor, comprensión y honestidad, resultan más atractivas por la búsqueda de un estilo de vida más acelerado y cambiante, además de ofrecer aspectos eróticos y de diversión (Vizzuetth, García y Guzmán, 2010). Así mismo, la investigación realizada por Rivera, Cruz y Muñoz (2010) en Chile, encontró que la mayoría de los jóvenes de su muestra estaba en un tipo de relación de *pololeo* (estatus similar a amigos con derechos). En contraste, el presente estudio, revela que, los jóvenes tienden a formar relaciones más consolidadas (en su mayoría de noviazgo), y que a mayor edad, éstas son más duraderas, (con más de dos años) y estables, caracterizándose por tener un menor número de parejas diferentes en los últimos cinco años ($\bar{X} = 1.9$); mayores niveles de aceptación a la fusión y autorrevelación, lo que concuerda con lo expuesto por Díaz-Loving & Sánchez (2004) quienes afirman que dichas características aluden a un menor miedo a la intimidad.

Por otro lado, a pesar de que los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud (2010) tuvo mayor número de no estudiantes, en comparación con este estudio, reporta una diferencia entre jóvenes de 12 a 19 y jóvenes de entre 20 a 29 años; siendo que del primer rango de edad el 71.3% vive con sus padres y del segundo sólo el 39.8%; los jóvenes que vive con su pareja (e hijos, si es el caso), el 3.1% de ellos tienen entre 12 y 19 años y el 28.7 % son de 20 a 29 años; teniendo esto último semejanza con los resultados de este estudio al encontrar que, a mayor edad, aumenta la probabilidad de establecer una relación formal.

Además, se observó que los jóvenes que tienen mayor apertura a la intimidad, son aquellos que se encuentran en una relación de noviazgo, en contraste con aquellos que están en la etapa de cortejo; apoyando estos datos la Encuesta Nacional de la Juventud (2010) también señala que los jóvenes en situación de noviazgo hablan con sus parejas principalmente sobre temas personales o íntimos, como acerca de amigos, su futuro, estudios, sexo, entre otros. Incluso las razones para unirse o casarse, la principal, tanto para hombres como para mujeres en más de la mitad de los casos, es el amor recíproco, seguida por una decisión mutua de la pareja (Encuesta Nacional de Juventud, 2010).

Por otro lado los jóvenes con características de miedo a la intimidad (miedo a la fusión y miedo a la autorrevelación) son aquellos que sostienen una relación de amigos con derechos y que se encuentran en la etapa de cortejo, como señalan Descutner y Thelen (1991), suelen experimentar mayor ansiedad en el establecimiento de vínculos afectivos.

La mayoría (54 %) de los participantes viven en hogares biparentales, en congruencia con el 68 % que vivieron en su infancia y adolescencia en este tipo de hogar; el este retardo tanto en el establecimiento de relaciones más formales como en la salida de casa también se explica con el hecho de que los participantes sean mayormente universitarios (Lloyd, M. 2011).

Hay diferencias en la forma de crianza de los padres que pueden entenderse a partir roles de género; los participantes resaltan de sus madres el cuidado y de sus padres el otorgamiento de libertad. Se identificó que, los participantes que estudian y trabajan perciben mayor cuidado de parte de sus madres, y específicamente los hombres, perciben mayor libertad de parte de ambos padres.

Bartholomew (1990), apunta que el tipo de vínculo parental brinda esclarecimiento de las características de las relaciones que los jóvenes establecen en esta edad. Es este estudio la relación que existe entre los lazos parentales y miedo a la intimidad es que, mientras más alta sea la percepción de cuidado de los padres, los jóvenes muestran una aceptación a la fusión superior, contrario a los que perciben alto nivel de sobreprotección de los padres, ya que suelen tener mayor miedo a la autorrevelación. Esto se debe a que los padres que otorgan mayor afecto, autonomía y cercanía con sus hijos, promueven una base para las relaciones íntimas que los adultos emergentes establecen en sus propias relaciones (Allen & Hauser, 1996; Cassidy 2001; Collins & Sroufe, 1999; Holmes & Johnson, 2009).

Por último, los jóvenes que percibieron mayor libertad y cuidado por parte de su padre tienen menor miedo a la autorrevelación y menos miedo a la fusión. Siendo congruente con la oposición que se observa en quienes percibieron mayor sobreprotección de la madre, desarrollando mayor miedo a la fusión y relaciones con una duración más corta.

Referencias

- Allen J. P. & Hauser S. T., (1996) Autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of young adults states of mind regarding attachment. *Development and Psychopathology*, 8, 793–809.
- Arnett, J.J (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2005). *Psicología Social*. Madrid: Prentice Hall.
- Barrera, F. & Vargas, E. (2005). Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica. *Revista de estudios sociales*, 21, 27-35.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147–178.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nueva York: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Canetti, L., Berry, E. M., & Elizur, Y. (2009). Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: The mediating role of emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 109-117.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, 3, 121-155.
- Connolly, J., & Goldberg, A. (1999). Romantic relationship in adolescence: the role of friends and peers in their emergence and development. En: W. Furman *et al.*, (Eds.), *The Development of Romantic Relationships in Adolescence* (266-290). New York: Cambridge University Press.
- Collins, W. A., & Sroufe, L. A. (1999). Capacity for intimate relationships: A developmental construction. En: W. Furman, B. B. Brown & C. Feiring (Eds.), *The Development of Romantic Relationships in Adolescence* (125–147). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Díaz-Loving R. y Sánchez A., R. (2004). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Porrúa.
- Del Río, A. M., Barrera, F. y Vargas, E. (2004). Padres-hijos que se asocian con las expectativas de vinculación y de apoyo a la autonomía que tienen los adolescentes de las relaciones románticas. *Suma psicológica*, 11.
- Descutner & Thelen (1991) Descutner, C., & Thelen, M. (1991). Development and validation of a Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 218-225.
- Eddington, A.R., Mullins, L. L., Fedele, D. A., Ryan, J. L. & Junghans, A. N. (2010). Dating relationships in college students with childhood-onset asthma. *Journal of Asthma*, 47, 14-20.
- Encuesta Nacional de Juventud (2010). Recuperado enero de 2014 de http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf
- Erikson, E. H. (1980) *Identity and the Life Cycle*. New York: W. W. Norton & Company.
- Gómez, Y., Vallejo, V., Villada, J., & Zambrano R. (2010). Propiedades psicométricas del instrumento de lazos parentales (Parental Bonding Instrument, BPI) en la población de Medellín, Colombia. *Pensando Psicología* 6, 65- 73
- Holmes, B. & Johnson, K. (2009) Adult attachment and romantic partner preference: A review. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26:833-852
- Hook, M. K., Gerstein, L. H., Detterich, L., & Gridley, B. (2003). How close are we? Measuring intimacy and examining gender differences. *Journal of Counseling & Development*, 81(4), 462-472.
- Lloyd, M. (2011) *Fear of Intimacy in Romantic Relationships During Emerging Adulthood: The Influence of Past Parenting and Separation- Individuation. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology (Clinical Psychology), School of Social Sciences and Psychology, Faculty of Arts, Education and Human Development, Victoria University.*
- Martínez, R.E. y Cevallos, R. (2008). Relación de las experiencias sexuales infanto-juveniles con la confianza diádica y el temor a la intimidad en estudiantes universitarios. *Terapia psicológica*, 26(2), 229-239.
- Maquirriain, M. (1988). Intimidación humana y análisis transaccional. España: Narcea, Págs. 47-82
- Melis, F., Dávila, M. A., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. y Gloger, S. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 39, 132-139.
- Phillips, T., Wilmoth, J. D., Wall, S. K., Peterson, D. J., Buckley, R. & Phillips, L., (2013) Recollected Parental Care and Fear of Intimacy in Emerging Adults, *The Family Journal* 21: 335 originally published online 2 May 2013.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10.
- Pasini, W. (1990). *Intimidación más allá del amor y el sexo*. México: Paidós
- Rivera, D., Cruz, C. y Muñoz, C. (2011) Satisfacción en las Relaciones de Pareja en la Adultez Emergente: El Rol del Apego, la Intimidación y la Depresión. *Terapia Psicológica*, 29, 77-83.
- Sprecher, S. & Hendrick, S.S. (2004). Self-disclosure in intimate relationships: associations with individual and relationship characteristics over time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 6, pp. 857-877
- Stenberg, R. (1988). *El triángulo del amor. Intimidación, amor y compromiso*. México: Paidós.
- Vargas, J. e Ibáñez, E. (2008) La diferenciación como un modelo para el análisis de las relaciones de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11, 1.
- Vizuetth, A., García, M. y Guzmán, R. (2010). Expectativas sobre la relación de amigovios, free y novios en jóvenes adultos. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, I. Reyes-Lagunes, R. Sánchez Aragón y L. M. Cruz Martínez (Eds.), *La Psicología Social en México*, Vol. 13 (pp. 223-230). México: AMEPSO y UNAM.
- Waring, E. M. (1988). *Enhancing marital intimacy through facilitating cognitive self-disclosure*. Nueva York: Brunner/Mazel.

CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA PARA MEDIR EL MIEDO A LA INTIMIDAD AFECTIVA EN LA
ADULTEZ EMERGENTE

Esther González Ovilla, Yineguela Jiménez Álvarez y Vianey Méndez Vergara

Resumen

El objetivo de esta investigación fue la construcción de una escala para medir el miedo a la intimidad afectiva en la adultez emergente y determinar sus propiedades psicométricas. La elaboración de dicha prueba se realizó en dos grandes etapas; en la primera, a partir de la revisión bibliográfica, se construyó el cuestionario base para la creación de la *Escala de Miedo a la Intimidad en la Adultez Emergente*, el cual fue sometido a las pruebas de validez de contenido y de facie produciendo un instrumento compuesto por 76 reactivos. En una segunda etapa, la escala fue administrada a 328 participantes (122 hombres y 206 mujeres) de entre 18 y 25 años de edad. Después de probar la discriminabilidad de los reactivos, se realizó un análisis de estructura factorial el cual arrojó 10 factores interpretables (*Miedo a la autorrevelación, Empatía, Indiferencia, Autorrevelación afectiva, Miedo a la fusión, Autorrevelación cognitiva, Fusión, Miedo a ceder, Falta de interés y Miedo a que dependan de mí*) que explicaron el 50.47% de la varianza total de la escala. Dichos factores, por su afinidad teórica, fueron agrupados en 2 subescalas: *Miedo a la intimidad afectiva* ($\alpha=.846$) y *Apertura a la intimidad afectiva* ($\alpha=.905$). Se realizaron comparaciones a partir del tipo de relación actual y la duración de la misma, dichos resultados aportaron pruebas de la validez de criterio del instrumento. Para estudiar la validez convergente se correlacionaron los resultados de la *Escala de Miedo a la Intimidad Afectiva* con aquellos del *Inventario Tridimensional del Amor* (Sánchez, 1995), encontrando congruencia empírica y teórica entre ambas escalas. Los resultados permiten concluir que la EMIA, constituida por 55 reactivos, es confiable y válida para evaluar el miedo a la intimidad afectiva en adultos emergentes.

Antecedentes

En la *Teoría Triangular del Amor*, Sternberg (1998) define el amor como un factor implícito en la estructura de la pareja. Para este autor la intimidad, la pasión y el compromiso juegan un papel clave en el amor, por encima de otros atributos. En la formación y consolidación de las relaciones de pareja, la intimidad juega un papel central. Incluso se ha encontrado que la intimidad afectiva en las relaciones es una fuente importante de felicidad y significado de la propia vida (Bartholomew, 1990, en Phillips *et al.*, 2013).

En el contexto de la teoría de Stenberg, la Intimidad se refiere a aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión, e incluye al menos diez elementos:

- Deseo de promover el bienestar de la persona amada.
- Sentimientos de felicidad junto a la persona amada.
- Gran respeto por el ser amado: el amante estima y respeta a su pareja.
- Capacidad de contar con la persona amada en momentos de necesidad.
- Entendimiento mutuo de la persona amada.
- Entrega de uno mismo y de sus posesiones a la persona amada.
- Recepción de apoyo emocional a la persona amada.
- Entrega de apoyo emocional a la persona amada.
- Comunicación íntima a la persona amada.
- Valoración de la persona amada.

Para Sternberg (1998) estos son algunos de los posibles sentimientos que se pueden experimentar a través de la intimidad del amor, sin embargo no es necesario percibirlos todos para experimentar intimidad. Generalmente estos sentimientos no se sienten de forma independiente, sino de forma global.

La intimidad se centra en el proceso de compartir y explorar los pensamientos, sentimientos y disposiciones más profundas de los miembros de la pareja; y así, es un proceso que incluye la exploración de similitudes y diferencias a través de la autorrevelación. Se relaciona a este componente del amor con emociones intensas de cuidado profundo y pasión cuando la relación va bien y, a enojo y depresión cuando hay alejamiento o problemas en la relación (Díaz-Loving y Sánchez, 2004).

Algunas otras cualidades claves de la intimidad son: confianza, honestidad, respeto, compromiso, seguridad, generosidad, lealtad, reciprocidad, constancia, comprensión y aceptación. La mayoría de estas cualidades, bien pueden englobarse en **empatía**, dado que es el medio para que subsistan. Rogers (1951) señala que este “sentir dentro de”, se centra en los sentimientos de otro, compartiéndolos desde un marco de referencia interno (Eisenberg y Strayer, 1992). Surra y Longstreth, (1990), consideran que la atribución que se hace de una conducta (del otro) se encuentra modificada por el vínculo emocional que se tiene con esa persona, lo cual implica que dentro de la relación de pareja se da una dialéctica de emociones, sentimientos, intenciones conductuales y pensamientos que pretenden explicar lo que pasa en la relación (Repetto, 1977; Díaz-Loving y Sánchez, 2004).

La intimidad probablemente se inicia con la autoexposición o **autorrevelación** ya que esto ayuda a derribar muros. “La autoexposición engendra autoexposición: si uno quiere saber cómo es el otro, debe mostrarle cómo es él mismo” (Sternberg, 1998. p.39). Waring, (1988) plantea que la autorrevelación es un proceso mediante el cual una persona permite que se le conozca a través de

la exposición de sus propias emociones, necesidades, pensamientos, actitudes y creencias. Dicho proceso es considerado como el determinante primario que más influencia ejerce en el nivel de intimidad de la pareja. Autores como Sprecher y Hendrick (2004) han encontrado que la autorrevelación se asocia positivamente con la calidad de la relación, particularmente con la satisfacción y el compromiso. Sin embargo, existen individuos que consideran que deben ocultar las partes de sí mismos que creen inconfesables por lo que viven la intimidad como un riesgo personal (Pasini, 1990).

Una vez que la intimidad comienza a afirmarse, paradójicamente ésta puede empezar a diluirse debido a la amenaza que constituye los peligros que surgen, cuando en el individuo, aparecen sentimientos relacionados con la pérdida de la propia existencia como persona independiente y autónoma; quién llega a experimentar un sentimiento de fusión con su pareja, el cual influye en el grado de apertura que el individuo tenga para intimar.

Vargas e Ibáñez (2009) señalan que las personas que experimentan mayor diferenciación frente al otro, tienen mejores posibilidades de actuar bajo sus propios parámetros; esto lo enuncian en relación a la postura Bowen (1978), quién describe a la **fusión** como un estado opuesto a la diferenciación, en el que el individuo tiene dificultad para conducirse apegado a sus premisas y, su reaccionar se ve acotado por las decisiones que toma su pareja, lo que lo lleva a no reflexionar sus propias creencias frente a las de su pareja (Bowen, 1978; Vargas e Ibáñez 2008).

A partir de lo expuesto con anterioridad, se considera importante que el individuo resguarde un espacio independiente y autónomo, que lo diferencie para evitar que emerjan sentimientos negativos hacia su pareja o hacia la relación que entabla con la misma; lo cual, en un momento determinado, podría llegar a propiciar que el individuo desarrolle barreras que mermen su capacidad de intimar con su pareja.

La falta de intimidad o bajos niveles de ésta, pueden dar lugar a dificultades físicas, emocionales y de interacciones interpersonales (Hook *et al.*, 2003); particularmente en la pareja, impide la estabilización y profundización de la relación (Martínez y Cevallos, 2008).

Uno de los factores que imposibilitan el desarrollo y/o mantenimiento de la intimidad en la pareja, es la ansiedad que ésta puede generar en los individuos. Descutner y Thelen (1991) definen el *Miedo a la intimidad* como “la capacidad inhibida de un individuo, a causa de la ansiedad, para intercambiar pensamientos y sentimientos de significación personal con otro individuo que es altamente valorado” (p. 219).

Algunos estudios han encontrado que el Miedo a la intimidad puede ser un predictor de calidad de vida y salud mental (Eddington, Mullins, Fedele, Ryan & Junghans, 2010; Canetti, Berry, & Elizur, 2009), y al ser la adultez emergente un periodo crítico para el establecimiento de relaciones de pareja estables, se considera relevante la creación de instrumentos válidos y confiables para evaluar el Miedo a la intimidad afectiva en esta población.

Si bien un considerable número de estudios han investigado el concepto de Miedo a la intimidad y su relación con otras variables utilizando el instrumento *Fear to Intimacy Scale* (Descutner & Thelen, 1991; Martínez y Cevallos, 2008; Rivera, Cruz y Muñoz, 2011; Travis, *et al.*, 2008; Phillips, *et al.*, 2013; Lloyd, 2011; Canetti, Berry & Elizur, 2009), en la actualidad no se cuenta con ningún instrumento que explore dicho fenómeno en población mexicana; por ende, el presente trabajo tiene como objetivos: 1) desarrollar una escala para medir el miedo a la intimidad afectiva en adultos emergentes y 2) determinar sus propiedades psicométricas: estructura factorial, confiabilidad, validez de criterio y validez concurrente.

Método

Para el desarrollo de la *Escala Miedo a la Intimidad Afectiva* (EMIA) se trabajó en dos grandes etapas. En la primera, a partir de la revisión bibliográfica, se construyó el cuestionario

base para la creación del instrumento, el cual fue sometido a pruebas de validez de contenido y de facie. En una segunda etapa se llevó a cabo la prueba empírica de EMIA, en donde se realizó la aplicación en campo de la prueba en 328 participantes (122 hombres y 206 mujeres) de entre 18 y 25 años de edad. A partir de los datos obtenidos se realizaron procedimientos estadísticos para determinar la estructura factorial, la confiabilidad, tanto la validez de criterio como la validez concurrente, así como un ensayo de estandarización y normalización de la escala.

A continuación se describen detalladamente cada una de estas etapas, así como las fases y resultados de las mismas.

Etapa 1. Construcción de la prueba

A partir de la revisión bibliográfica, se determinaron las dimensiones que conformarían la escala. Posteriormente se creó una base de reactivos (total de 139) que incluían las cinco dimensiones, a saber: *Miedo a la autorrevelación* (28 reactivos), *Miedo a la fusión* (27 reactivos), *Indiferencia* (28 reactivos), *Confianza* (25 reactivos) y *Autoestima* (31 reactivos).

Dichos reactivos conformaron el cuestionario *Relaciones de pareja en jóvenes*, el cual tuvo por opciones de respuesta una escala tipo Likert, que permite reflejar el nivel de intensidad en que una afirmación describe al participante en situaciones diversas (Nada característico de mí, Algo característico de mí, Característico de mí, Muy característico de mí).

Los reactivos fueron aleatorizados y se delinearon los criterios de inclusión conforme a la población con la que se pretende trabajar: jóvenes de entre 18 y 25 años de edad, que no estuvieran casados ni cohabitando con su pareja al momento de participar en el estudio.

Por último, se diseñó el cuadernillo de autoinforme *Relaciones de pareja en jóvenes* en el que se observan los reactivos elaborados, con la forma de respuesta elegida, así como un cuestionario sociodemográfico para detectar los criterios de inclusión considerados para este estudio, a saber; sexo, edad, ocupación, nivel de estudios, su estatus actual en una relación

sentimental y el tipo de relación en la que se encontraban, la cual fue caracterizada en las categorías de: cortejo –saliendo para conocerse, sin contacto físico ni exclusividad–, amigos con derechos o *free* –contacto físico, sin exclusividad–, noviazgo –contacto físico y exclusividad–, y sin relación de pareja. Con base en este producto, se llevó a cabo la Prueba de claridad, que se enuncia a mayor detalle en el siguiente apartado.

1.1 Prueba de claridad

Objetivo

Se busca obtener información respecto a la comprensión de los reactivos diseñados sometiendo a prueba de claridad el cuadernillo de autoinforme Relaciones de pareja en jóvenes en una muestra de la población.

Procedimiento

El equipo de investigación llevó esta versión del cuestionario a campo donde se contó con la participación de 10 jóvenes que cumplieran con los criterios de inclusión. De la muestra con la que se trabajó, se eligieron a 5 personas para aplicación de autoinforme y a 5 para aplicación en la modalidad de entrevista; ambas formas se llevaron a cabo en una sola sesión e individualmente.

Para la aplicación de autoinforme:

- Se expuso a cada participante el objetivo del ejercicio (prueba de claridad) y se pidió su colaboración y tiempo.
- Se explicó que al responder el cuestionario, marcara (o enunciara al terminar) las palabras que no comprendiera, afirmaciones que no le fueran claras así como dudas y/o sugerencias generales que tuvieran.
- Se explicaron las opciones de respuesta, puntualizando la elección de sólo una que los describiera mejor en cada afirmación.

- Después de 25 minutos, en promedio, devolvieron el cuestionario con algunas anotaciones puntuales y generalidades de retroalimentación.
- Se agradeció al participante y se compartió el objetivo del cuestionario.

Para la aplicación en entrevista:

- Se expuso a cada participante el objetivo del ejercicio (prueba de claridad) y se pidió su colaboración y tiempo.
- Se explicaron las opciones de respuesta, puntualizando la elección de sólo una que los describiera mejor en cada afirmación.
- Se pidió que el al responder el cuestionario (leído en voz alta por el entrevistador), expresara las palabras que no comprendiera, las afirmaciones que no le fueran claras y/o dudas así como sugerencias generales para hacer más comprensible el cuestionario.
- El entrevistador hizo anotaciones dictadas por el participante y usó las pausas para indagar sugerencias.
- Se agradeció al participante y se compartió el objetivo del cuestionario.

Resultados

El tiempo estimado de respuesta fue en promedio 25 minutos, para la aplicación de autoinforme; mientras que, en la aplicación de entrevista, duró entre 40 minutos y una hora.

Lo primero que devolvieron los participantes fue la inconformidad de contestar reactivos “repetidos” o muy parecidos. Se les explicó que forma parte de obtener información de consistencia en sus respuestas y para notar, con su ayuda, cómo puede describirse mejor la misma idea. A raíz de esto, los resultados obtenidos se describen en la Tabla 17.

Tabla 17

Resultados obtenidos para la modalidad autoinforme y la modalidad entrevista

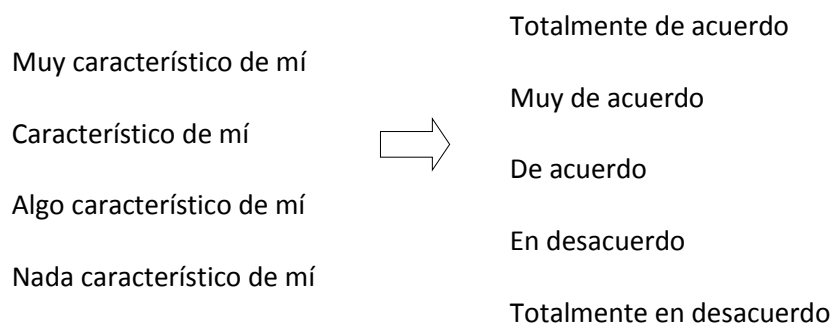
Modalidad de autoinforme	Modalidad de entrevista
<ul style="list-style-type: none"> - "Más opciones de respuesta en reactivos demográficos A7 y A8". - "Opciones de respuesta poco comprensibles". - "Reactivos 23, 24, 30, 36, 41, 56, 59, 61, 67, 76 no son sobre pareja o relaciones". - En el reactivo 45. Mi relación no es <u>segura</u> "no es claro "¿en qué sentido?" - En el reactivo 120. "Soy un <u>gran</u> apoyo para O "<u>gran</u> está de más". - Detalles de redacción: reactivo 126. "... atractiva". - Reactivo 34 "aún no me pasa eso". - Reactivos 15 y 88 "Pregúntale eso a O..." 	<ul style="list-style-type: none"> - "Más opciones de respuesta en el reactivo de demográficos A6". - "Indicación de mayor comprensión y cercanía con opciones de respuesta: De acuerdo... en desacuerdo". - "En el reactivo 10 cambiar <u>hacerme daño</u> por <u>lastimarme</u>". - Reactivo 16 "<u>engañarme</u> puede ser interpretado como infidelidad o manipulación". - Reactivo 42 "no es comprensible la palabra <u>valía</u>". - Reactivo 52. <u>Exitoso</u> en mis relaciones... "¿en función de felicidad o duración?" - En los reactivos 42 y 52 "se comprenden de manera general (mis relaciones) en contraste con las instrucciones (que indican pensar en la última relación y la actual)". - En el reactivo 96 "relación tan en <u>serio</u>, puede ser en sentido negativo o positivo... especificar". - "Mejorar redacción en 35 (incluir P antes de <u>dependa</u>), 64, 104 y 125" - En el reactivo 101 "no se entiende <u>activamente</u>". - En el reactivo 102 "<u>nos complementamos</u>...¿en qué sentido?" - En el reactivo 112 "¿a qué se refiere <u>señales</u>?" - En el reactivo 129 "<u>intensa</u> ...¿problemas o afectivamente? necesita ser más claro".

Discusión

Se obtuvo información más rica de las entrevistas pues los participantes mostraban sus dudas y comentarios espontáneamente. Con los datos obtenidos en la prueba de claridad pareció pertinente hacer los siguientes cambios:

- Se agregarán más opciones de respuesta a los demográficos.

- Las opciones de respuesta se modifican y agrega una:



– En las instrucciones se hacía una acotación explicando que con la letra O de los reactivos se hace referencia a la pareja actual o la última que hayan tenido. Para que el cuestionario fuera más claro, se utilizará P.

De manera general, las correcciones en redacción se llevaron a cabo en todo el cuestionario, tomando en cuenta las sugerencias obtenidas en esta prueba de claridad. Estas modificaciones realizadas al cuestionario permitieron pasar a la siguiente fase con reactivos más claros.

1.2 Validez de facie

Objetivo

Obtener la validez de facie de la *Escala Miedo a la Intimidad Afectiva* a partir de la técnica Q-sort, en la cual jueces expertos identifican la pertenencia de cada reactivo a las dimensiones teóricas propuestas (*Miedo a la fusión, Miedo a la autorrevelación, Autoestima, Confianza e Indiferencia*).

Metodología

Participantes

12 jueces expertos en el tema de relación de pareja: terapeutas (80%) e investigadores (20%). Cabe mencionar que 3 de los jueces participaron en la primera y segunda fase, los 9 restantes se pidió su colaboración sólo en la segunda fase.

Instrumento

La escala está diseñada para medir el de Miedo a la intimidad en jóvenes de entre 18 y 25 años de edad. Tiene por opciones de respuesta una escala tipo Likert (Totalmente de acuerdo, Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo), que permite reflejar el nivel de intensidad en que una afirmación describe al participante en situaciones diversas.

La versión manual que se presentó a los jueces, fue con la descripción de constructo Miedo a la intimidad y de cada una de sus dimensiones, así como cada reactivo por separado. En cuanto a la versión electrónica, en una hoja de cálculo la escala se incluyeron las definiciones tanto del constructo como de cada una de sus dimensiones así como los reactivos, permitiendo que el juez marcar por reactivo la dimensión a la que consideraba que correspondía el mismo. Se agregó un espacio destinado a comentarios pertinentes para cada reactivo y para la prueba en general.

Fase 1

Material

En esta fase, sólo se aplicó la versión manual de la prueba y se usó:

- 6 tarjetas de definición: Una del constructo Miedo a la intimidad y otras 5 para las dimensiones (Miedo a la fusión, Miedo a la autorrevelación, Autoestima, Confianza e Indiferencia).
- Conjunto de reactivos de la Escala de Miedo a la Intimidad Afectiva (139 reactivos).

Procedimiento

1. Se hizo una búsqueda de expertos en temas de pareja, en todos los ámbitos posibles en el campo de la psicología.
2. Se les expuso el objetivo del proyecto de la construcción de la Escala de Miedo a la Intimidad Afectiva y se les pidió su colaboración. A partir de esto se concertaron las citas necesarias.
3. Ya en la cita, el equipo de investigación presentó la versión manual del cuestionario (tarjetas y reactivos), no sin antes dar una explicación de la tarea. Se les expuso el material y la instrucción fue la siguiente: “Lea el constructo de Miedo a la intimidad así como la descripción de las dimensiones; con base en esto le pedimos colocar cada reactivo debajo de la dimensión a la que usted considera que le corresponde”.

4. Mientras se realizaba la tarea; el equipo de investigación hacía las anotaciones pertinentes de sugerencias, inconformidades, dudas y comentarios generales que el experto/a aportaba.
5. Al finalizar, se agradeció al juez su ayuda.

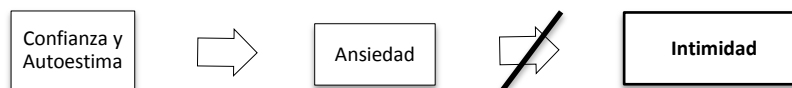
Resultados

A raíz de las aportaciones de los primeros tres jueces, se decidió revisar de nueva cuenta las dimensiones formuladas inicialmente (*Miedo a la fusión, Miedo a la autorrevelación, Autoestima, Confianza e Indiferencia*), ya que las dimensiones *Confianza* y *Autoestima* plantearon numerosas dificultades para ser categorizadas y ser tomadas como parte del constructo.

Los jueces expusieron que las dimensiones de *Confianza* y *Autoestima*, además de ser constructos por sí solos (que compiten con el constructo *Miedo a la intimidad*), son variables antecedentes o predeterminantes que pueden influir para que una persona tenga o no miedo a la intimidad en una relación de pareja pero no son parte del constructo en el presente. En el caso de la *Autoestima*, se determinó que era una dimensión que se ve afectada por múltiples factores difíciles de controlar y muy amplia que no aporta directamente al constructo de este trabajo (Figura 4).

Figura 4

Esquema de relación de variables antecedentes.



Por otro lado, la dificultad de notar la pertenencia del reactivo a algunas dimensiones se debió a la descripción en “negativo” de la dimensión (reactivo al revés). Algunos jueces sugirieron

definir las dimensiones como neutrales y partir de que algunos reactivos estén redactados en positivo y otros en negativo.

Un juez sugirió que la dimensión *Miedo a la fusión* no forma parte del constructo a evaluar pero otro indicó que, con base en la teoría de Murray Bowen (1978), esta dimensión es relevante por lo que debía permanecer.

Comentarios de los jueces

A continuación se enuncian los comentarios textuales de los jueces, y posteriormente las discusiones hechas con base en los mismos:

- “La dimensión de Autoestima es un constructo por sí mismo y sería un precedente de Miedo a la Intimidad y no parte de este constructo”
- “Las dimensiones de Confianza y Autoestima no son parte del constructo sino que lo anteceden”
- “Es complicado medir la Autoestima a partir del otro”
- “Resulta complicado colocar un reactivo formulado en negativo, dentro de una dimensión de *Miedo*, por lo que les sugiero que formulen las dimensiones como un continuo que valla de positivo a negativo”

Discusión

A raíz de las observaciones realizadas por los jueces y de una revisión bibliográfica más específica, se decidió eliminar las dimensiones *Confianza* y *Autoestima*. También se modificó el nombre de las dimensiones que permanecieron (*Miedo a la fusión*→*Fusión*; *Miedo a la autorrevelación*→*Autorrevelación*; *Indiferencia*→*Empatía*), lo que permitió la presencia de reactivos que evalúan tanto la expresión positiva como negativa de la misma dimensión.

Fase 2

Una vez replanteadas las dimensiones, se manejó un total de 82 reactivos, los cuales se sometieron a prueba con los 12 jueces. Para determinar, si un reactivo era válido para formar parte de una dimensión y permaneciera como parte de la escala, éste tenía que tener como mínimo un promedio de 80% de acuerdo interjueces.

Material

Para la versión manual se usó:

- 4 tarjetas de definición: Una del constructo *Miedo a la intimidad* y sus 3 dimensiones (*Fusión, Autorrevelación y Empatía*).
- Conjunto de reactivos de la *Escala de Miedo a la Intimidad Afectiva* (82 reactivos).

En la versión electrónica, se usó:

- El archivo diseñado en el que los jueces tenían a la vista en todo momento la definición del constructo y de cada una de sus dimensiones.

Procedimiento

1. Se solicitó el apoyo de los jueces para realizar la prueba y se les ofrecieron las opciones de colaborar en modalidad presencial o electrónica.
2. En la modalidad presencial, el equipo de investigación presentó las tarjetas con las definiciones y los reactivos, no sin antes dar una explicación de la tarea. Una vez hecho lo anterior, la instrucción fue la siguiente: "Lea el constructo de Miedo a la intimidad así como la descripción de las dimensiones; con base en esto le pedimos colocar cada reactivo debajo de la dimensión a la que usted considera que le corresponde".
3. Mientras se realizaba la tarea; el equipo de investigación hacía las anotaciones pertinentes de sugerencias, inconformidades, dudas y comentarios generales que el experto/a aportaba.

4. Al finalizar, se agradeció al juez su ayuda.

Para la versión electrónica se envió el archivo con las instrucciones para contestarlo: “A partir de la definición de cada una de las dimensiones, coloque una "X" en la dimensión que considere corresponde con el reactivo enunciado”.

Una vez concluida la tarea, cada juez envió el archivo contestado con las respuestas y comentarios en el apartado destinado para ello.

Resultados

Para esta fase, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

–Seis de los reactivos no tuvieron el mínimo de 80% determinado para permanecer como parte de la escala, a saber:

12. Suelo ser una persona amorosa con P (55.6%)

16. P puede hacerme sentir cómodo/a casi en cualquier situación (63.6%)

33. Me han descrito como una persona frío/a en mis relaciones (40%)

43. Me preocupo constantemente por el bienestar de P (63.3%)

47. Hago lo que considero conveniente aunque P no esté de acuerdo (72.7%)

50. Antepongo mis prioridades personales a las de mi relación con P (58.3%)

–Por otra parte, el reactivo 45 (Soy afectuoso/a con P) cambió de dimensión ya que originalmente estaba planteado dentro de la dimensión de *Autorrevelación* pero el 88% de los jueces lo ubicó en *Empatía*.

–Se revisó la redacción de los reactivos 48 (“En mi tiempo libre no me gusta estar solo/a, prefiero estar con P”) y 80 (“No me doy cuenta de lo que le sucede a P si no lo expresa verbalmente”) para quedar de la siguiente manera:

48. “En mi tiempo libre me disgusta estar solo/a, prefiero estar con P”

80. “Se me complica darme cuenta de lo que le sucede a P si no lo expresa verbalmente”.

Comentarios de los jueces

En general los jueces expusieron, por un lado, dificultades o puntos a tomar en cuenta, así como aciertos que observaron. A continuación se enuncian los comentarios textuales de los jueces:

- “En algunos casos se refiere a ausencia de una dimensión, más que a la dimensión misma. Por ejemplo en el 82 es falta de autorrevelación, en el 81 es falta de fusión y en el 80 es falta de empatía. Creo que así es como quisieron hacerlo pero creí conveniente hacer la aclaración”.
- “El instrumento en la elección de constructos es adecuado, sin embargo hay algunas preguntas que fácilmente pueden confundirse unas con otras”.
- “Si bien es necesario que las preguntas entre ellas mismas se confirmen para la confiabilidad, el que se repitan tan seguido (una vez más en la formulación) puede desarrollar dudas conforme se va contestando”.
- Evitar usar "No" en reactivos 39 y 74.
- En reactivo 48 “La afirmación contiene dos ideas; evitar usar "no"
- En reactivo 80 “Ojo: Dobles negativos”
- El instrumento es “muy largo”.
- “Fue una buena elección de dimensiones para describir el constructo”.
- “No aplica” Reactivos 12 y 33 (con dificultad para darle pertenencia a alguna dimensión)

Discusión

La modificación del nombre y definición de las tres dimensiones que permanecieron permitió que los reactivos redactados en “positivo” y en “negativo” tuvieran mayor congruencia entre sí al ser considerados como la presencia o ausencia de la misma característica, lo que también dio más claridad al momento de clasificar los reactivos en cada dimensión. Sólo un

reactivo cambió de dimensión, lo que indica cierta claridad y discriminación en las dimensiones y reactivos planteados.

Los seis reactivos con porcentaje de acuerdo interjueces menor al 80%, son reactivos que desde que los jueces llevaron la tarea de clasificar causaron confusión por lo que el análisis estadístico confirmó las observaciones realizadas, ante lo cual la escala quedó con un total de 76 reactivos. Si bien no es una prueba concluyente, se considera que otorga bases para la siguiente prueba a la que se deberá someter la *Escala de Miedo a la Intimidad Afectiva*.

Posterior a esta revisión exhaustiva proveniente de los comentarios de jueces y participantes sobre los reactivos, se obtuvo un cuestionario que pretende medir el Miedo a la intimidad afectiva en jóvenes, corregido de acuerdo con estas dos etapas (prueba de claridad y validez de facie) en cuanto a número de dimensiones, número de reactivos, redacción y modo de respuesta, por lo que se considera listo para someterse a prueba empírica.

Etapas 2: prueba empírica

Objetivo

Evaluar la validez y confiabilidad de la *Escala Miedo a la Intimidad Afectiva*, así como el ensayo de normas y estandarización

Metodología

Participaron 328 jóvenes; en su mayoría estudiantes; 206 mujeres y 122 hombres de entre 18 y 25 años de edad. Solteros y que no vivan en pareja en el momento de la aplicación.

Instrumentos

Escala Miedo a la Intimidad Afectiva (EMIA): Instrumento diseñado para medir el nivel de Miedo a la intimidad afectiva en jóvenes de entre 18 y 25 años de edad. Contiene 76 afirmaciones correspondientes a 3 dimensiones: *Fusión* (27 reactivos), *Autorrevelación* (23 reactivos) y *Empatía* (26 reactivos). Tiene por opciones de respuesta una escala tipo Likert (Totalmente de acuerdo, De

acuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo), que permite reflejar el nivel de intensidad en que una afirmación describe al participante en situaciones diversas.

Escala Tridimensional del Amor (Sánchez, 1995): Evalúa los tres elementos básicos del amor: la *Intimidad*, que se refiere a los sentimientos de cercanía, unión y vinculación en las relaciones de amor; la *Pasión*, que es la atracción y consumación sexual, y el *Compromiso*, que se refiere a la decisión de amar y mantener una relación a través del tiempo. Los tres factores explican el 64.2% de la varianza, posee índices de confiabilidad por subescala desde $\alpha = 0.81$ hasta 0.93. Consta de 26 afirmaciones y tiene por opciones de respuesta una escala tipo Likert que va de Completamente en desacuerdo a Completamente de acuerdo.

Procedimiento

La aplicación en campo de la prueba se realizó en dos modalidades:

- Presencial: Se asistió a diferentes espacios de una universidad pública de la Ciudad de México, para pedir la colaboración de los jóvenes y aplicarles el cuadernillo. Las instrucciones fueron:
- Electrónica: Se subió el cuestionario a una plataforma de internet y se distribuyó a través de las redes sociales con el fin de solicitar el apoyo de personas que contaran con los criterios de inclusión.

Las instrucciones fueron las mismas para ambas versiones: “La Facultad de Psicología de la UNAM está realizando un estudio sobre las relaciones de pareja en jóvenes. Este no es un examen, por lo que no hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo nos interesa conocer tu opinión. Todos los datos contenidos en este cuestionario, serán tratados de manera anónima y confidencial. Es muy importante que respondas todas las preguntas, aunque parezcan repetidas. Agradecemos tu colaboración.”

Cabe aclarar que a aquellas personas que declaraban encontrarse sin relación de pareja respondieron con base en su última relación o como creían que actuarían si tuvieran alguna.

Posteriormente los datos fueron capturados y procesados con el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 15, realizando los siguientes procedimientos estadísticos.

- Calidad discriminatoria de los reactivos a partir de un contraste con la prueba T de student.
- Estructura factorial de la prueba utilizando la rotación Varimax
- Índice de confiabilidad con la prueba Alpha de Cronbah
- La validez de criterio se evaluó con pruebas de comparación (ANOVA y T de student)
- Para estimar la validez concurrente se realizó una correlación entre la EMIA y el Inventario Tridimensional del Amor.
- Calificación (normas y estandarización)

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los análisis estadísticos.

2. 1. Calidad discriminatoria de los reactivos

El objetivo fue conocer la capacidad de discriminación de cada uno de los reactivos de la EMIA para lo cual se llevó a cabo el siguiente procedimiento estadístico.

1. Eliminación de aplicaciones que tuvieran más del 80% de reactivos sin responder.
2. Se realizó una revisión de la distribución de frecuencias para revisar la variabilidad y el sesgo de las respuestas.
3. Debido a que la escala contiene reactivos en positivo y en negativo, y, para algunos análisis se requiere que todos los reactivos estén en una sola dirección para poder tener la sumatoria total de la escala, se cambiaron todos aquellos que por su redacción

es necesario invertir. De tal manera, al haber seleccionado la respuesta que se codificó como “1” debía indicar menor miedo a la intimidad y “4” mayor miedo a la intimidad.

4. Se verificó que la distribución de la muestra fuera normal multivariada y se obtuvieron los percentiles (valores más altos y más bajos).
5. Se creó una nueva variable con la sumatoria de cada sujeto.
6. Se obtuvieron los percentiles 27 y 73.
7. Prueba **t**

7.1 Se generaron dos grupos (valores más bajos al percentil 27 y datos del percentil 73 al más alto).

7.2 Se realizó una prueba **t** para muestras independientes, comparando ambos grupos.

Resultados

La calificación total de la escala permitió advertir aplicaciones con respuestas indiscriminadas o con muchos reactivos sin resolver, las cuales fue necesario eliminar de la base de datos. Desechando los folios: 74, 142, 143, 150, y 256. Quedando para este momento, un total de 323 aplicaciones.

A partir de la revisión de frecuencias, se decidió eliminar 6 reactivos (3,7,30, 34,37,50 y 51) ya que más del 80% de los datos se acumulaban en 2 opciones de respuesta contiguas indicando la falta de variabilidad y, por tanto, la falta de discriminabilidad del reactivo (ver Tabla 18).

Tabla 18*Reactivos eliminados y su distribución de frecuencias*

Reactivos	Totalmente de acuerdo	Frecuencias %		Totalmente en desacuerdo
		De acuerdo	En desacuerdo	
3. Para mí es importante escuchar a P	64.0	31.1	1.6	3.4
7. Apoyo a P para que se sienta bien	62.1	31.7	4.0	2.2
30. Me importa cuando P está triste	64.7	30.0	2.8	2.5
34. Soy una persona sensible a las necesidades de P	21.4	60.9	15.2	2.5
37. Doy apoyo emocional a P	54.0	44.1	.6	1.2
50. Me preocupo cuando P está triste	54.8	40.5	3.1	1.6
51. Apoyo a P en su crecimiento personal	52.5	42.5	3.4	1.6

Se partió de las hipótesis de la Prueba *t* para contrastar a los sujetos debajo del percentil 27=139 con los de más que el percentil 73=175:

H₀: No hay diferencias entre los sujetos de los dos grupos extremos de la distribución

H₁: Hay diferencias entre los sujetos de los dos grupos extremos de la distribución

En los resultados arrojados por la prueba se observó que para la mayoría se aceptó la hipótesis alterna, es decir, que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (aquellos con significancias <.05). Los reactivos con significancia > .05 son fueron eliminados, pues expresan que no hay diferencias significativas entre las respuestas del percentil 27 y el percentil 73; es decir, los reactivos no muestran calidad discriminatoria. De esta prueba únicamente el reactivo 25 fue eliminado, los resultados obtenidos en este reactivo se muestra en la Tabla 19.

Tabla 19*Reactivo eliminado de la prueba*

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
B25. Quiero saber todo lo que hace P mientras está lejos de mí	2.385	.124	.757	176	.450

Se determinó que dicho reactivo no cumplía la función de discriminar por lo que se decidió eliminarlo; por esta razón en la siguiente prueba se trabajó con 68 reactivos.

2. 2. Estructura factorial

El objetivo fue conocer la estructura factorial de la *EMIA* compuesta por 68 reactivos para lo cual se trabajó con la base de datos con la puntuación original es decir, aquella sin invertir. Los 68 reactivos fueron sometidos a análisis factorial con rotación Varimax en la que se consideró como factor aquel conformado por 3 o más reactivos con carga factorial mayor a .30.

Resultados

Se obtuvo un coeficiente KMO de .902 con una significancia de .000, es decir una buena adecuación muestral, con lo cual se comprobó que los datos eran aptos para someterse a un análisis factorial. Las comunalidades oscilaron entre .450 y .739. Después de 23 iteraciones la rotación Varimax arrojó 10 factores interpretables, los cuales explicaron el 50.047% de la varianza total de la escala. Los factores explicaron por separado entre el 6.930% de la varianza y el 3.742% (ver Tabla 20).

Tabla 20

Factores y varianza explicada

Factor	% varianza	% acumulado
Miedo a la autorrevelación	6.930	6.930
Empatía	6.261	13.192
Indiferencia	5.690	18.881
Autorrevelación afectiva	4.881	23.762
Miedo a la fusión	4.776	28.538
Autorrevelación cognitiva	4.772	33.310
Fusión	4.486	37.796
Miedo a ceder	4.479	42.276
Falta de interés	4.029	46.305
Miedo a que dependan de mí	3.742	50.047

En la Tabla 20 se observa que, de los 10 factores obtenidos, 6 describieron actitudes de rechazo e incomodidad frente a la intimidad afectiva y 4 de apertura o comodidad, por lo que se decidió agruparlos con base a la postura frente a la intimidad afectiva conformando así 2 subescalas: *Miedo a la intimidad afectiva* y *Apertura a la intimidad afectiva*.

Los 6 factores que conforman la subescala de *Miedo a la intimidad afectiva* explicaron el 29.646% de la varianza de la escala total. En la Tabla 21 pueden observarse los reactivos que conformaron cada factor de esta subescala, así como sus cargas factoriales y estadísticos descriptivos.

Tabla 21

Factores de la subescala Miedo a la intimidad afectiva.

Reactivos	Factores					
	<i>Miedo a la autorrevelación</i>	<i>Indiferencia</i>	<i>Miedo a la fusión</i>	<i>Miedo a ceder</i>	<i>Falta de interés</i>	<i>Miedo a que dependan de mí</i>
B29. Hay pensamientos que me avergüenza compartir con P	.675 (\bar{x} = 2.80)					
B57. Evito compartir mis pensamientos más íntimos con P	.671 (\bar{x} = 3.08)					
B56. Me es incómodo compartir mis pensamientos con P	.654 (\bar{x} = 3.11)					
B4. Me incomoda contarle a P cosas de mi pasado que me avergüenzan	.616 (\bar{x} = 2.98)					
B76. Me es difícil ser abierto/a con P respecto a lo que pienso	.604 (\bar{x} =3.02)					
B48. Para mí es complicado hablar con P de aquello que me lastima emocionalmente	.562 (\bar{x} = 2.83)					
B24. Tengo dificultades para expresarle mis sentimientos a P	.517 (\bar{x} = 3.15)					
B67. Me disgusta compartir con P mis sentimientos más profundos	.434 (\bar{x} = 3.02)					
B70. Prefiero hacer como si no me percatara de que P se encuentra en problemas		.623 (\bar{x} = 3.40)				
B19. Soy indiferente a los problemas de P		.612 (\bar{x} = 3.47)				
B44. Me siento incómodo/a escuchando los problemas personales de P		.586 (\bar{x} = 3.29)				
B37. Muchas veces prefiero ignorar a P		.466 (\bar{x} = 3.34)				
B69. Me cuesta trabajo ayudar a P en cosas que no son importantes para mí, aunque para P lo sean		.443 (\bar{x} = 3.02)				
B26. Me conmueve ver preocupado/a a P		-.419 (\bar{x} = 1.90)				
B72. Cuando mi relación con P se vuelve muy intensa emocionalmente, siento la necesidad de huir de ella		.411 (\bar{x} = 2.92)				
B64. Siento que P pide demasiado de mí		.365 (\bar{x} = 2.91)				
B9. Me pone nervioso/a ser espontáneo/a con P			.341 (\bar{x} = 3.20)			
B63. Me perturba pensar que puedo perder autonomía por querer tanto a P			.742 (\bar{x} = 2.68)			
B46. Me preocupa perder mi independencia cuando estoy con P			.687 (\bar{x} = 2.76)			
B13. Cuando estoy con P me siento asfixiado/a			.474 (\bar{x} = 3.32)			
B47. Me angustia que mi relación con P se vuelva más formal			.430 (\bar{x} = 2.95)			

Reactivos	Factores						
	Miedo a la autorrevelación	Indiferencia	Miedo a la fusión	Miedo a ceder	Falta de interés	Miedo a que dependan de mí	
B66. Me disgusta tener que ceder en mis decisiones y planes frente a P				.718 (\bar{X} = 2.45)			
B61. Me incomoda cambiar mi comportamiento sólo para complacer a P				.694 (\bar{X} = 2.32)			
B49. Me molesta tener que cambiar de planes para complacer a P				.691 (\bar{X} = 2.33)			
B32. Me desagrada que P decida por mí las cosas que nos atañen a ambos				.443 (\bar{X} = 2.18)			
B74. Se me complica darme cuenta de lo que le sucede a P si no lo expresa verbalmente					.681 (\bar{X} = 2.83)		
B55. Se me dificulta darme cuenta cuando P se siente mal					.607 (\bar{X} = 3.13)		
B12. Me es difícil elegir un regalo para P porque no conozco sus gustos					.431 (\bar{X} = 3.16)		
B68. Tengo cuidado de no tomarme muy en serio mi relación con P					.410 (\bar{X} = 3.01)		
B40. Me cuesta trabajo entender a P					.397 (\bar{X} = 2.70)		
B18. Me incomoda que P dependa de mí						.738 (\bar{X} = 2.44)	
B28. Me incomoda que P dependa emocionalmente de mí						.662 (\bar{X} = 2.49)	
B26. Nuestra relación sería mejor si P me diera el espacio que necesito						.472 (\bar{X} = 2.62)	
B16. Me disgusta tener que estar siempre disponible para P						.425 (\bar{X} = 2.82)	
	Total						
Número de reactivos	34	8	8	5	4	5	4
Media (media teórica = 2.5)	2.883	3.002	3.030	2.984	2.318	2.970	2.597
Desviación estándar	.442	.595	.462	.585	.672	.616	.668

Con base en el contenido de los reactivos agrupados en la subescala *Miedo a la intimidad afectiva*, se definen cada una de los factores que la componen:

- *Miedo a la autorrevelación*. Dificultad para compartir pensamientos o sentimientos con la pareja debido a incomodidad o vergüenza.
- *Indiferencia*. Falta de participación afectiva en la vida de la pareja y rechazo a un involucramiento mayor.
- *Miedo a la fusión*. Preocupación ante la pérdida de los propios límites personales en la relación.
- *Miedo a ceder*. Incomodidad ante la pérdida de independencia y ante la idea de tener que cambiar decisiones o comportamientos para complacer a la otra persona.

– *Falta de interés*. Complicaciones para percibir gustos y necesidades de la pareja.

– *Miedo a que dependan de mí*. Incomodidad ante la dependencia del otro hacia sí y las conductas relacionadas a esto.

Los 4 factores restantes conformaron la subescala *Apertura a la intimidad afectiva*. Ésta se constituyó por reactivos de actitud positiva hacia la intimidad afectiva, que explicaron el 20.4% de la varianza. En la Tabla 22 pueden observarse los factores que componen dicha subescala, así como sus respectivos reactivos con sus cargas factoriales y estadísticos descriptivos.

Tabla 22

Factores subescala Apertura a la intimidad afectiva

Reactivos	Factores			
	Apoyo emocional	Autorrevelación afectiva	Autorrevelación cognitiva	Fusión
B53. Me considero capaz de entender los sentimientos de P	.741 (\bar{X} = 1.88)			
B45. Siento que realmente comprendo a P	.685 (\bar{X} = 2.13)			
B62. Puedo ponerme en el lugar de P y comprenderlo/a	.667 (\bar{X} = 1.91)			
B65. Soy un gran apoyo para P cuando está triste	.654 (\bar{X} = 1.80)			
B54. Me intereso en las actividades de P	.468 (\bar{X} = 1.63)			
B39. Puedo hacer sentir mejor a P cuando se siente mal	.455 (\bar{X} = 1.66)			
B58. Le doy apoyo emocional a P en situaciones complicadas	.452 (\bar{X} = 1.49)			
B41. Soy afectuoso/a con P		.646 (\bar{X} = 1.57)		
B73. Disfruto de mostrarle a P lo mucho que lo/la quiero		.644 (\bar{X} = 1.68)		
B20. Me siento nervioso/a al mostrarme afectuoso/a con P		-.640 (\bar{X} = 3.28)		
B11. Me siento a gusto diciéndole a P cuánto me importa		.557 (\bar{X} = 1.67)		
B42. Me siento cómodo/a expresándole mis verdaderos sentimientos a P		.455 (\bar{X} = 1.80)		
B6. Me pone nervioso/a ser espontáneo/a con P		-.360 (\bar{X} = 3.20)		
B33. Me siento cómodo/a cuando comparto mis secretos más íntimos con P			.672 (\bar{X} = 2.04)	
B5. Me siento a gusto contándole a P cosas que no le cuento a otros			.617 (\bar{X} = 1.70)	
B23. Me gusta compartir con P mis pensamientos más privados			.558 (\bar{X} = 2.02)	
B22. Me siento cómodo/a compartiendo con P mis problemas más significativos			.490 (\bar{X} = 1.86)	
B8. Siento que soy capaz de exponerle mis debilidades a P			.443 (\bar{X} = 1.84)	

Reactivos	Factores				Fusión
	Apoyo emocional	Autorrevelación afectiva	Autorrevelación cognitiva		
B17. Prefiero consultar a P antes de tomar una decisión importante					.717 (\bar{X} = 2.71)
B1. Cuando P está lejos por mucho tiempo, me siento incompleto/a					.688 (\bar{X} = 2.68)
B21. Para mí no hay nada más importante que la relación con P					.614 (\bar{X} = 2.80)
B52. P y yo somos el uno para el otro					.525 (\bar{X} = 2.26)
B43. En mi tiempo libre me disgusta estar solo/a, prefiero estar con P					.520 (\bar{X} = 2.58)
B60. Me gusta tener una sensación de unión completa con P					.427 (\bar{X} = 1.88)
	Total				
Número de reactivos	24	7	6	5	6
Media (media teórica = 2.5)	2.079	1.787	2.198	1.894	2.480
Desviación estándar	.381	.461	.356	.590	.551

Los factores de la subescala *Apertura a la intimidad afectiva* se definen de la siguiente manera a partir de las conductas, pensamientos y emociones descritas en sus reactivos:

- *Apoyo emocional*. Comprensión y soporte que se es capaz de dar al otro
- *Autorrevelación afectiva*. Comodidad que tienen los individuos al expresar afecto a su pareja romántica.
- *Autorrevelación cognitiva*. Sensación de bienestar al exteriorizar los propios pensamientos.
- *Fusión*. Sensación de unión total o parcial con alguien.

Al finalizar los análisis estadísticos ya mencionados, la Escala de Miedo a la Intimidad Afectiva quedó conformada por 57 reactivos, uno de ellos repetido en 2 factores diferentes, agrupados en 2 subescalas compuestas por un total de 6 factores de *Miedo a la intimidad afectiva* y 4 factores en la subescala *Apertura a la intimidad afectiva*.

2. 3. Índice de consistencia interna

El objetivo fue conocer el índice de consistencia interna global de la *EMIA* así como de cada una de las subescalas y de los factores que las componen, para esto se utilizó la prueba Alfa de Cronbach. Para determinar la permanencia o no de un reactivo en el instrumento, se observó

su influencia en el índice de confiabilidad respecto al factor correspondiente, considerando como criterio de aceptación $\alpha \geq .700$.

Se trabajó en la base de datos de reactivos invertidos, en la que la puntuación de los reactivos corren en sentido congruente respecto al nivel de miedo a la intimidad; es decir, una puntuación de 1 en un reactivo corresponde a cero miedo a la intimidad y una puntuación de 4 sería alto miedo a la intimidad. Se partió de los 10 factores interpretables que explicaron el 50.047% de la varianza total de la escala. Con base en éstos, se utilizó el análisis estadístico de confiabilidad por dimensión, sacando los estadísticos descriptivos y el Alfa de Cronbach por factor, de la escala positiva y negativa.

Resultados

Con base en los resultados obtenidos, se determinó que en el factor *Indiferencia*, al ser eliminado el reactivo 27 (*Me conmueve ver preocupado/a a P*), el coeficiente de confiabilidad de dicha dimensión aumentó de .726 a .808. Por su parte, si se eliminan los elementos 20 (*Me siento nervioso/a al mostrarme afectuoso/a con P*) y 9 (*Me pone nervioso/a ser espontáneo/a con P*) el índice de consistencia interna del factor *Autorrevelación afectiva* incrementó de .447 a .791, apoyando a que la dimensión permanezca en la prueba (ver Tabla 23).

Tabla 23

Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados por factor

Nombre del Factor	Número de elementos	Reactivos que pertenecen al factor	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados
Miedo a la autorrevelación	8	B4, B24, B29, B48, B56, B57, B67, B76	.847
Apoyo emocional	7	B39, B45, B53, B54, B58, B62, B65	.812
Indiferencia	7	B6, B19, B44, B64, B69, B70, B72	.815
Autorrevelación afectiva	4	B11, B41, B42, B73	.793
Miedo a la fusión	5	B9, B13, B46, B47, B63	.713
Autorrevelación cognitiva	5	B5, B8, B22, B23, B33	.820
Fusión	6	B1, B17, B21, B43, B52, B60	.757
Miedo a ceder	4	B32, B49, B61, B66	.710
Falta de interés	5	B12, B40, B55, B68, B74	.753
Miedo a que dependan de mi	4	B16, B18, B26, B28	.718

Una vez que se tomó la decisión de eliminar estos tres elementos, se calculó el Alfa de Cronbach por subescala (ver Tabla 24).

Tabla 24

Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados por subescala

Nombre de Subescala	Número de elementos	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados
<i>Miedo a la intimidad afectiva</i>	33	.846
<i>Apertura a la intimidad afectiva</i>	22	.905

Los resultados muestran una consistencia mayor en la subescala *Apertura a la intimidad afectiva*, no obstante ambos resultados son aceptables. Por lo anterior se concluye que, al observar los resultados en conjunto, la *EMIA* tiene un buen grado de fiabilidad.

2.4. Validez de criterio

El objetivo fue estimar la validez de criterio de la *EMIA* para lo cual se sometieron a prueba sus 10 factores, agrupados en 2 subescalas, para diferenciar grupos por tipo de relación actual y la duración de ese vínculo. El tipo de relación fue definida en las categorías de: *cortejo* –saliendo para conocerse, sin contacto físico ni exclusividad–, *amigos con derechos o free* –contacto físico, sin exclusividad–, *noviazgo* –contacto físico y exclusividad–, y sin relación de pareja.

Para cada uno de los criterios mencionados se realizaron análisis de varianza con la finalidad de comparar los grupos y determinar si la escala es capaz de diferenciar entre distintos grupos. Una vez que se encontraron diferencias significativas, se ejecutó la prueba post hoc de Scheffer para determinar entre qué grupos se encontraban tales diferencias.

Resultados

El análisis de varianza de los tipos de relación indicó diferencias significativas a partir del tipo de relación establecida en ambas subescalas así como en los 10 factores que componen la escala (ver Tabla 25).

Tabla 25

Análisis de varianza de los factores de la Escala Miedo a la Intimidad Afectiva por tipo de relación

Factor	Estadígrafo	Significancia
<i>Miedo a la autorrevelación</i>	F(4, 313) = 11.923,	p=.000
<i>Apoyo emocional</i>	F(4, 308) = 8.934,	p=.000
<i>Indiferencia</i>	F(4, 312) = 9.802,	p=.000
<i>Autorrevelación afectiva</i>	F(4, 316) = 18.045	p=.000
<i>Miedo a la fusión</i>	F(4, 313) = 5.916	p=.000
<i>Autorrevelación cognitiva</i>	F(4, 316) = 15.254	p=.000
<i>Fusión</i>	F(4, 308) = 10.775	p=.000
<i>Miedo a ceder</i>	F(4, 315) = 4.950	p=.001
<i>Falta de interés</i>	F(4, 312) = 10.976	p=.000
<i>Miedo a que dependan de mí</i>	F(4, 316) = 6.815	p=.000
<i>Negativos</i>	F(4, 303) = 10.782	p=.000
<i>Positivos</i>	F(4, 299) = 19.293	p=.000

Profundizando el análisis, en la Tabla 26 se pueden observar los datos de los grupos entre los que se encontraron las diferencias en cada uno de los factores.

Tabla 26

Prueba post hoc de los factores de la Escala Miedo a la Intimidad Afectiva por tipo de relación

Factor	Categorías	Medias (ds)	Pruebas post hoc de Scheffer
<i>Miedo a la autorrevelación</i>	Cortejo	22.70 (3.04)	Amigos con derecho – Noviazgo:
	Amigos con derecho	21.27 (4.97)	p =.000
	Noviazgo	25.62 (4.52)	Sin relación-Noviazgo:
	Casado/Unión libre	24.29 (5.14)	p=.000
	Sin relación	22.37 (4.29)	
<i>Apoyo emocional</i>	Cortejo	12.75 (3.19)	Amigos con derecho – Noviazgo:
	Amigos con derecho	13.47 (3.18)	p =.023
	Noviazgo	11.54 (2.96)	Noviazgo – Sin relación:
	Casado/Unión libre	12.70 (3.80)	p =.000
	Sin relación	13.93 (4.29)	
<i>Indiferencia</i>	Cortejo	21.83 (3.44)	Amigos con derecho – Noviazgo:
	Amigos con derecho	20.13 (4.49)	p= .000
	Noviazgo	23.45(3.39)	Noviazgo – Sin relación:
	Casado/Unión libre	23.00 (2.85)	p= .000
	Sin relación	21.11(3.72)	
<i>Autorrevelación afectiva</i>	Cortejo	7.33 (2.20)	Cortejo – Noviazgo:
	Amigos con derecho	8.21 (2.54)	p=.034
	Noviazgo	5.81 (1.79)	Amigos con derecho – Noviazgo
	Casado/Unión libre	5.94 (2.04)	p=.000
	Sin relación	7.80 (2.53)	Amigos con derecho – Casado/Unión libre
<i>Miedo a la fusión</i>	Cortejo	14.00 (2.70)	p=.011
	Amigos con derecho	13.71 (3.19)	Noviazgo – Sin relación:
	Noviazgo	15.57 (2.70)	p=.028
	Casado/Unión libre	15.82 (2.67)	
	Sin relación	14.27 (2.99)	
<i>Autorrevelación cognitiva</i>	Cortejo	10.16 (2.37)	Amigos con derecho – Noviazgo
	Amigos con derecho	11.02 (3.24)	p=.000
	Noviazgo	8.37 (2.61)	Noviazgo – Sin relación:
	Casado/Unión libre	8.94 (2.38)	p=.000
	Sin relación	10.82 (2.80)	

Factor	Categorías	Medias (ds)	Pruebas post hoc de Scheffer
<i>Fusión</i>	Cortejo	16.12 (3.12)	Cortejo – Noviazgo: p=.027
	Amigos con derecho	16.39 (3.49)	Amigos con derecho – Noviazgo p=.001
	Noviazgo	13.84 (3.02)	Noviazgo – Sin relación: p=.000
	Casado/Unión libre	14.00 (2.03)	
	Sin relación	16.10 (3.29)	
<i>Miedo a ceder</i>	Cortejo	9.04 (2.29)	Noviazgo – Sin relación: p=.003
	Amigos con derecho	8.81 (2.12)	
	Noviazgo	9.90 (2.86)	
	Casado/Unión libre	8.58 (1.87)	
	Sin relación	8.43 (2.54)	
<i>Falta de interés</i>	Cortejo	13.58 (2.70)	Cortejo – Noviazgo: p=.022
	Amigos con derecho	13.47 (2.81)	Amigos con derecho – Noviazgo p=.001
	Noviazgo	15.74 (3.09)	Amigos con derecho – Casado/Unión libre p=.027
	Casado/Unión libre	16.29 (1.92)	Noviazgo – Sin relación: p=.000
	Sin relación	13.74 (2.75)	Casado/Unión libre – Sin relación: p=.031
<i>Miedo a que dependan de mí</i>	Cortejo	10.08 (2.87)	Noviazgo – Sin relación: p=.000
	Amigos con derecho	10.07 (2.60)	
	Noviazgo	11.03 (2.58)	
	Casado/Unión libre	10.70 (1.82)	
	Sin relación	9.23 (2.59)	
<i>Negativos</i>	Cortejo	87.26 (9.11)	Amigos con derecho – Noviazgo p=.000
	Amigos con derecho	84.45 (11.43)	Noviazgo – Sin relación: p=.000
	Noviazgo	93.99 (10.95)	
	Casado/Unión libre	91.58 (8.96)	
	Sin relación	90.19 (12.03)	
<i>Positivos</i>	Cortejo	46,37 (8.45)	Cortejo – Noviazgo: p=.011
	Amigos con derecho	49.22 (9.37)	Amigos con derecho – Noviazgo p=.000
	Noviazgo	39.49 (7.99)	Noviazgo – Sin relación: p=.000
	Casado/Unión libre	41.58 (8.57)	
	Sin relación	48.44 (9.40)	

Como se observa en la Tabla 26, aquellos con mayor *Miedo a la autorrevelación*, *Indiferencia*, *Miedo a la fusión* y *Falta de interés* fueron los participantes que cohabitan con su pareja, ya sea en matrimonio o unión libre. En lo que respecta a *Miedo a ceder*, *Miedo a que dependan de mí*, así como a la agrupación de todos los reactivos *Negativos* que componen la subescala *Miedo a la intimidad* afectiva, las puntuaciones mayores fueron obtenidas por las personas involucradas en una relación de noviazgo. Respecto a los factores pertenecientes a la subescala *Apertura a la intimidad afectiva*, se encontró que en los factores *Autorrevelación afectiva*, *Autorrevelación cognitiva*, *Fusión* y la agrupación total de los reactivos positivos, los puntajes más altos fueron obtenidos por aquellos involucrados en una relación de amigos con

derechos o *free*. El *Apoyo* emocional fue en los participantes que se encuentran en una situación de cortejo. Para cada uno de los factores se encontraron diferencias significativas entre grupos.

Se realizó un análisis de varianza a partir del criterio *tiempo actual en la relación* con los factores obtenidos de la *EMIA*. Los resultados proporcionaron valores de significancia menores a .05 en todos los contrastes, lo que indica que hubo diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 27).

Tabla 27

Análisis de varianza de los factores de la Escala Miedo a la Intimidad Afectiva por tiempo actual en la relación.

Factor	F	Significancia
<i>Miedo a la autorrevelación</i>	F(3, 314) = 9.124	p=.000
<i>Apoyo emocional</i>	F(3, 309) = 6.845	p=.000
<i>Indiferencia</i>	F(3, 313) = 4.944	p=.002
<i>Autorrevelación afectiva</i>	F(3, 317) = 9.596	p=.000
<i>Miedo a la fusión</i>	F(3, 314) = 4.082	p=.007
<i>Autorrevelación cognitiva</i>	F(3, 317) = 10.413	p=.000
<i>Fusión</i>	F(3, 309) = 11.194	p=.000
<i>Miedo a ceder</i>	F(3, 316) = 2.611	p=.051
<i>Falta de interés</i>	F(3, 313) = 10.409	p=.000
<i>Miedo a que dependan de mí</i>	F(3, 317) = 6.911	p=.000
<i>Negativos</i>	F(3, 304) = 6.280	p=.000
<i>Positivos</i>	F(3, 300) = 13.614	p=.000

Una vez encontradas las diferencias se procedió a realizar un posterior análisis utilizando una prueba post hoc de Scheffe (ver Tabla 28) para determinar entre qué grupos se encontraban dichas diferencias.

Tabla 28

Prueba post hoc de los factores de la Escala Miedo a la Intimidación Afectiva por tiempo actual en la relación

Factor	Categorías	Medias (ds)	Pruebas post hoc de Scheffer
<i>Miedo a la autorrevelación</i>	De 0 a 5 meses	22.76 (4.38)	De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.001 De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.000
	De 6 a 15 meses	23.72 (4.72)	
	De 16 a 34 meses	25.73 (4.74)	
	Más de 34 meses	25.84 (4.76)	
<i>Apoyo emocional</i>	De 0 a 5 meses	13.34 (3.21)	De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.022 De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.001
	De 6 a 15 meses	12.34 (3.21)	
	De 16 a 34 meses	11.75 (3.30)	
	Más de 34 meses	11.36 (2.72)	
<i>Indiferencia</i>	De 0 a 5 meses	21.45 (3.77)	De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.023
	De 6 a 15 meses	22.93 (3.77)	
	De 16 a 34 meses	23.32 (3.16)	
	Más de 34 meses	22.94 (4.00)	
<i>Autorrevelación afectiva</i>	De 0 a 5 meses	7.44 (2.45)	De 0 a 5 meses – De 6 a 15 meses: p =.037 De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.001 De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.000
	De 6 a 15 meses	6.45 (2.28)	
	De 16 a 34 meses	5.98 (2.02)	
	Más de 34 meses	5.89 (1.93)	
<i>Miedo a la fusión</i>	De 0 a 5 meses	14.32 (2.90)	De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.046
	De 6 a 15 meses	15.10 (2.76)	
	De 16 a 34 meses	15.56 (3.03)	
	Más de 34 meses	15.60 (2.82)	
<i>Autorrevelación cognitiva</i>	De 0 a 5 meses	10.36 (2.78)	De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.001 De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.000
	De 6 a 15 meses	9.34 (2.87)	
	De 16 a 34 meses	8.47 (2.62)	
	Más de 34 meses	8.29 (3.07)	
<i>Fusión</i>	De 0 a 5 meses	16.05 (3.21)	De 0 a 5 meses – De 6 a 15 meses: p =.000 De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.003 De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.000
	De 6 a 15 meses	13.95 (3.23)	
	De 16 a 34 meses	14.11 (2.91)	
	Más de 34 meses	13.85 (3.14)	
<i>Falta de interés</i>	De 0 a 5 meses	13.98 (2.78)	De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.002 De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.000 De 6 a 15 meses – Más de 34 meses: p =.034
	De 6 a 15 meses	14.66 (3.63)	
	De 16 a 34 meses	15.84 (2.63)	
	Más de 34 meses	16.24 (2.74)	
<i>Miedo a que dependan de mi</i>	De 0 a 5 meses	9.73 (2.68)	De 0 a 5 meses – De 6 a 15 meses: p =.000
	De 6 a 15 meses	11.39 (2.69)	
	De 16 a 34 meses	10.87 (2.29)	
	Más de 34 meses	10.39 (2.54)	
<i>Negativos</i>	De 0 a 5 meses	87.08 (11.72)	De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.007 De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.016
	De 6 a 15 meses	91.47 (12.19)	
	De 16 a 34 meses	93.70 (9.83)	
	Más de 34 meses	92.94 (11.33)	
<i>Positivos</i>	De 0 a 5 meses	47.03 (9.34)	De 0 a 5 meses – De 6 a 15 meses: p =.005 De 0 a 5 meses – De 16 a 34 meses: p =.000 De 0 a 5 meses – Más de 34 meses: p =.000
	De 6 a 15 meses	42.04 (9.12)	
	De 16 a 34 meses	40.31 (8.47)	
	Más de 34 meses	39.26 (8.53)	

Los resultados de la Tabla 28 muestran lo siguiente:

- Los grupos de jóvenes que actualmente tienen una relación de 16 a 34 y también de más de 34 meses muestran mayor *Miedo a la autorrevelación* con respecto a aquellos que tienen una relación menor de cinco meses. Diferencia probablemente debida a que al inicio de una relación las personas son más abiertas, pues para conocer al otro hay que dejarse conocer.
- Los grupos de jóvenes que actualmente tienen una relación de 0 a cinco meses muestra un nivel mayor de *Apoyo emocional* en comparación con aquellos de relaciones de 16 a 34 meses y aquellos con relaciones de más de 34 meses.
- Los grupos de jóvenes que actualmente tienen una relación de 16 a 34 meses de duración muestran mayor *Indiferencia* que aquellos que se encuentran en una relación menor de cinco años.
- El nivel de *Autorrevelación afectiva* se muestra disminuida con el tiempo. El grupo jóvenes que tienen una relación menor de cinco meses muestra mayor nivel de *Autorrevelación afectiva* al compararse con los grupos de aquellos que tienen de 6 a 15 meses, de 16 a 34 meses y de más de 34 meses en una relación.
- El grupo jóvenes que tienen una relación menor de cinco meses muestra un menor nivel de *Miedo a la fusión* al compararlos con aquellos que tienen una relación de con duración de más de 34 meses
- El grupo de jóvenes que tienen una relación menor a cinco meses muestra niveles mayores de *Autorrevelación cognitiva* con respecto a aquellos que tienen una relación de 16 a 34 meses y aquellos que tienen una relación de más de 34 meses.

- El grupo de jóvenes en una relación menor de cinco meses muestra un nivel mayor de aceptación de la *Fusión* con su pareja en comparación con aquellos en relaciones de 6 a 15 meses, de 16 a 34 meses y de más de 34 meses.
- En cuanto al factor *Miedo a ceder* se observan niveles semejantes en los cuatro grupos de jóvenes de acuerdo a los meses que tienen en su relación.
- El grupo de jóvenes en una relación menor a cinco meses muestra un nivel menor de *Falta de interés* en su pareja en comparación a aquellos que tienen una relación de 16 a 34 meses y a aquellos de más de 34 meses. Además se nota una *Falta de interés* en su pareja menor en comparación a aquellos en una relación de más de 34 meses.
- El grupo de jóvenes en una relación de menos de cinco meses muestra un nivel menor de miedo a que dependan de ellos en comparación con aquellos jóvenes que se encuentran en una relación de 6 a 15 meses de relación.

Al agrupar los factores en positivos y negativos se observó:

- Que aquellos jóvenes en relaciones menores a cinco meses poseen niveles menores de actitudes negativas frente a sus relaciones en comparación con aquellos de relaciones de 16 a 43 meses y de relaciones mayores de 34 meses.
- Al contrario, muestran niveles mayores de actitudes positivas en sus relaciones, en comparación con los otros tres grupos (6 a 15 meses, 16 a 34 meses y más de 34 meses).

Hasta aquí, los resultados afirman la validez de criterio al encontrar resultado en la dirección en la que la teoría lo predijo ya que la escala fue sensible al tipo de relación y al tiempo de la misma permitiendo encontrar diferencias entre grupos. Es decir, la *EMIA* mostró capacidad para diferenciar los tipos de relación de pareja establecidos, así como la duración de la relación afectiva.

2. 5. Validez concurrente

El objetivo de la prueba fue estimar la validez concurrente de la EMIA para lo cual se realizó una correlación bivariada de Pearson de las dimensiones de ésta con los factores del *Inventario Tridimensional del Amor* reportados por Sánchez-Aragón (1995), los cuales son: *Intimidad, Pasión y Compromiso*.

Resultados

En la Tabla 29 se observan los resultados que indican la relación de las dimensiones de la *Escala Miedo a la Intimidad Afectiva* y el *Inventario Tridimensional del Amor*.

Tabla 29

Correlación entre las dimensiones de la Escala Miedo a la Intimidad Afectiva e Inventario Tridimensional del Amor

		Dimensiones del <i>Inventario Tridimensional del Amor</i>		
		<i>Intimidad</i>	<i>Pasión</i>	<i>Compromiso</i>
Dimensiones de la Escala Miedo a la Intimidad Afectiva	<i>Miedo a la Autorrevelación</i>	-.476(**)	-.329(**)	-.358(**)
	<i>Apoyo Emocional</i>	.681(**)	.439(**)	.568(**)
	<i>Indiferencia</i>	-.555(**)	-.371(**)	-.520(**)
	<i>Autorrevelación Afectiva</i>	.634(**)	.457(**)	.567(**)
	<i>Miedo a la Fusión</i>	-.415(**)	-.261(**)	-.377(**)
	<i>Autorrevelación Cognitiva</i>	.624(**)	.507(**)	.532(**)
	<i>Fusión</i>	.562(**)	.490(**)	.704(**)
	<i>Miedo a Ceder</i>	-.216(**)	-.127(*)	-.212(**)
	<i>Falta de interés</i>	-.516(**)	-.326(**)	-.406(**)
	<i>Miedo a que dependa de mi</i>	-.384(**)	-.243(**)	-.424(**)
	<i>Negativos</i>	-.500(**)	-.303(**)	-.434(**)
	<i>Positivos</i>	.775(**)	.602(**)	.748(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Se encontró que las dimensiones *Apoyo emocional, Autorrevelación afectiva, Autorrevelación cognitiva y Fusión* fueron aquellas con la relación positiva mayor con *Intimidad*; así como *Indiferencia y Falta de interés* aquellas con relación negativa más alta. Respecto a *Pasión*, la dimensión *Autorrevelación cognitiva* fue aquella con el coeficiente de relación más considerable y *Fusión* con *Compromiso*. Se reportan otras correlaciones entre las dimensiones de ambas escalas, todas ellas, aunque más bajas que las anteriores, son significativas y congruentes entre sí.

Asimismo, las dimensiones de la *EMIA* agrupadas en positivas y negativas muestran correlaciones significativas y con coherencia teórica con todas las dimensiones del Inventario Tridimensional del Amor, principalmente con *Intimidad* y *Compromiso*. Es decir, todas aquellas dimensiones de *Apertura a la intimidad afectiva* correlacionaron positivamente con los componentes del amor planteados por Stenberg (1998) en su Teoría triangular del amor y medidos por Sánchez-Aragón (1995). Por otro lado, los factores de la subescala *Miedo a la intimidad afectiva* correlacionaron de forma negativa con dichos componentes del amor, lo que nos lleva a considerar que el Miedo a la intimidad afectiva inhibe la capacidad de un acercamiento amoroso como lo plantean Descutner y Thelen (1991).

Por los resultados presentados, se confirma la validez concurrente de la *Escala Miedo a la Intimidad Afectiva* en relación al *Inventario Tridimensional del Amor* al encontrar congruencia empírica y teórica entre ambas escalas.

2. 6. Normas

El objetivo fue obtener las normas de la *EMIA* para interpretar las puntuaciones de la prueba como ejercicio didáctico debido a que, para que estos resultados fueran válidos, se habría tendido que usar una muestra diferente a aquella en la que se determinaron los índices psicométricos de la prueba y esto no fue así. Por ello, los siguientes datos no se pueden tomar como apropiados para la interpretación de la escala.

Resultados

En primer lugar se realizó una prueba para determinar la normalidad de las distribuciones (Kolmogorov-Smirnov). Se encontró que únicamente los reactivos agrupados en *Negativos* y aquellos *Positivos*, se distribuyeron de forma normal al obtener significancia mayor a 0.05 en dicha prueba. Posteriormente se obtuvieron los puntajes brutos y se utilizaron los estadísticos descriptivos de la muestra para calcular los rangos de puntuación para cada desviación estándar.

Se sacaron los puntajes de normalización para los factores de cada una de las subescalas (ver Tabla 30 y Tabla 31), que permiten contrastar el puntaje obtenido de un sujeto respecto al desempeño de la muestra total. El ejercicio realizado servirá para indicar el promedio de actuación y la frecuencia relativa de los diferentes grados de desviación de cada respuesta respecto a la normalidad y con ello dar una posible interpretación a los resultados obtenidos por el sujeto que haya respondido.

Tabla 30

Puntajes de normalización de la subescala Miedo a la intimidad afectiva

Factor	Media	ds	Puntaje bruto obtenido				
			-3 Z	-2 Z	+/-1 Z	+2 Z	+3 Z
			Muy bajo	Bajo	Normal	Alto	Muy alto
<i>Miedo a la autorrevelación</i>	24	4.76	≤ 14	15 - 19	20 - 28	29 - 34	≥ 35
<i>Indiferencia</i>	22.34	3.79	≤ 14	15 - 18	19 - 26	27 - 30	≥ 31
<i>Miedo a la fusión</i>	14.92	2.92	≤ 8	9 - 11	12 - 18	19 - 21	≥ 22
<i>Miedo a ceder</i>	9.27	2.68	≤ 3	4 - 6	7 - 12	13 - 15	≥ 16
<i>Falta de interés</i>	14.85	3.08	≤ 8	9 - 11	12 - 18	19 - 21	≥ 22
<i>Miedo a que dependa de mí</i>	10.38	2.67	≤ 4	5 - 7	8 - 13	14 - 16	≥ 17
<i>Negativos</i>	90.19	11.75	≤ 66	67 - 77	78 - 102	103 - 114	≥ 115

Tabla 31

Puntajes de normalización de la subescala Apertura a la intimidad afectiva

Factor	Media	ds	Puntaje bruto obtenido				
			-3 Z	-2 Z	+/-1 Z	+2 Z	+3 Z
			Muy bajo	Bajo	Normal	Alto	Muy alto
<i>Apoyo emocional</i>	12.51	3.23	≤ 5	6 - 8	9 - 16	17 - 19	≥ 20
<i>Autorrevelación afectiva</i>	6.71	2.35	≤ 1	2 - 3	4 - 9	10 - 11	≥ 12
<i>Autorrevelación cognitiva</i>	9.47	2.95	≤ 3	4 - 6	7 - 12	13 - 15	≥ 16
<i>Fusión</i>	14.88	3.3	≤ 7	8 - 10	11 - 18	19 - 21	≥ 22
<i>Positivos</i>	43.27	9.56	≤ 23	24 - 33	34 - 53	54 - 63	≥ 64

Discusión

Los resultados permiten concluir que la EMIA, constituida por 55 reactivos, es confiable y válida para evaluar el miedo a la intimidad afectiva en adultos emergentes.

Los 10 factores interpretables resultantes de la estructura factorial (*Miedo a la autorrevelación, Empatía, Indiferencia, Autorrevelación afectiva, Miedo a la fusión, Autorrevelación cognitiva, Fusión, Miedo a ceder, Falta de interés y Miedo a que dependan de mí*)

que explicaron el 50.047% de la varianza total de la escala concuerdan con el marco teórico subyacente a la construcción de esta, ya que, de acuerdo con Stenberg (1998), la Intimidad se refiere a aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión y también con sentimientos de enojo y depresión cuando hay alejamiento o problemas en la relación (Díaz-Loving y Sánchez, 2004). Los factores resultantes, por su afinidad teórica, fueron agrupados en 2 subescalas: *Miedo a la intimidad afectiva* ($\alpha=.846$) y *Apertura a la intimidad afectiva* ($\alpha=.905$).

A partir del tipo de relación actual y la duración de la misma se realizaron comparaciones. El análisis estadístico ANOVA realizado entre el criterio *tiempo actual en la relación* con los factores obtenidos de la EMIA proporcionaron valores de significancia menores a .05 en todos los contrastes, lo que indica que hubo diferencias estadísticamente significativas.

Los grupos de jóvenes que actualmente tienen una relación de 16 a 34 meses o más muestran mayor miedo a la autorrevelación con respecto a aquellos que tienen una relación menor de cinco meses. Diferencia debida quizá a que al inicio de una relación las personas son más abiertas, ya que, la intimidad probablemente se inicia con la autoexposición o autorrevelación ya que esto ayuda a derribar muros (Stenberg 1998). Asimismo, al contrario y coherente con la escala opuesta, el nivel de autorrevelación afectiva se muestra disminuida con el tiempo. El grupo de jóvenes que tienen una relación menor a cinco meses muestra niveles mayores de autorrevelación cognitiva con respecto a aquellos que tienen una relación de 16 a 34 meses y aquellos que tienen una relación de más de 34 meses.

Sin embargo, existen individuos que consideran que deben ocultar las partes de sí mismos que creen inconfesables por lo que viven la intimidad como un riesgo personal (Pasini, 1990); en relación a esto, se encontró que los grupos de jóvenes que actualmente tienen una relación de 16 a 34 meses de duración muestran mayor indiferencia que aquellos que se encuentran en una

relación menor de cinco años y el grupo de jóvenes en una relación menor a 5 meses muestra un nivel menor de falta de interés en su pareja en comparación a aquellos que tienen una relación de 16 a 34 meses y más.

En cuanto al miedo a que dependan de ellos el grupo de jóvenes en una relación de menos de 5 meses muestra un nivel menor en comparación con aquellos jóvenes que se encuentran en una relación de 6 a 15 meses de relación; quienes probablemente llega a experimentar un sentimiento de fusión con su pareja, el cual influye en el grado de apertura que el individuo tenga para intimar. Rogers (1951) señala que este “sentir dentro de”, se centra en los sentimientos de otro, compartiéndolos desde un marco de referencia interno (Eisenberg & Strayer, 1992).

Una vez que la intimidad comienza a afirmarse, paradójicamente ésta puede empezar a diluirse debido a la amenaza que constituye los peligros que surgen, cuando en el individuo, aparecen sentimientos relacionados con la pérdida de la propia existencia como persona independiente y autónoma; es probable que por esto el grupo jóvenes que tienen una relación menor de 5 meses muestra un menor nivel de miedo a la fusión al compararlos con aquellos que tienen una relación con duración de más de 34 meses, lo que se confirma al ver que este mismo grupo de jóvenes en una relación menor de 5 meses muestra un nivel mayor de aceptación de la fusión con su pareja en comparación con aquellos en relaciones de 6 a 15 meses, de 16 a 34 meses y de más de 34 meses.

Por otro lado al agrupar los factores en positivos y negativos se observó que, aquellos jóvenes en relaciones menores a 5 meses poseen niveles menores de actitudes negativas frente a sus relaciones en comparación con aquellos de relaciones de 16 a 43 meses y de relaciones mayores de 34 meses. La falta de intimidad o bajos niveles de ésta, pueden dar lugar a dificultades físicas, emocionales y de interacciones interpersonales (Hook *et al.*, 2003); particularmente en la

pareja, impide la estabilización y profundización de la relación (Martínez y Cevallos, 2008). Algunos estudios han encontrado que el Miedo a la intimidad puede ser un predictor de calidad de vida y salud mental (Eddington, Mullins, Fedele, Ryan & Junghans, 2010; Canetti, Berry & Elizur, 2009).

Con referencia a la validez convergente se correlacionaron los resultados de la *Escala de Miedo a la Intimidad Afectiva* con aquellos de la *Inventario Tridimensional del Amor* (Sánchez, 1995), encontrando congruencia empírica y teórica entre ambas escalas. Se encontró que las dimensiones *Apoyo emocional*, *Autorrevelación afectiva*, *Autorrevelación cognitiva* y *Fusión* fueron aquellas con la relación positiva mayor con *Intimidad*; así como *Indiferencia* y *Falta de interés* aquellas con relación negativa más alta. Respecto a *Pasión*, la dimensión *Autorrevelación cognitiva* fue aquella con el coeficiente de relación más considerable y *Fusión* con *Compromiso*. Asimismo, las dimensiones de la *EMIA* agrupadas en positivas y negativas muestran correlaciones significativas y con coherencia teórica con todas las dimensiones del *Inventario Tridimensional del Amor*, principalmente con *Intimidad* y *Compromiso*.

Por último cabe señalar, que en este estudio se encontraron dificultades para pedir el reporte de suposiciones de conducta ante una pareja no existente, por lo que se recomienda incluir algún reactivo que permita identificar quienes estén reportando una interacción imaginaria para poder realizar los análisis estadísticos con mayor claridad sin necesidad de excluir las personas que no poseen una relación de pareja al momento del estudio.

Referencias

- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nueva York: Jason Aronson.
- Canetti, L., Berry, E. M., y Elizur, Y. (2009). Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: The mediating role of emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 109-117.
- Díaz-Loving R. y Sánchez A., R. (2004). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Porrúa.
- Descoutner, C. y Thelen, M. (1991). Development and validation of a Fear of Intimacy Scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 218-225.
- Eisenberg, N. y Strayer, J. (1992). La empatía y su desarrollo Bilbao: Desclée de Brower.
- Eddington, A.R., Mullins, L. L., Fedele, D. A., Ryan, J. L. y Junghans, A. N. (2010). Dating relationships in college students with childhood-onset asthma. *Journal of Asthma*, 47, 14-20.
- Hook, M. K., Gerstein, L. H., Detterich, L., & Gridley, B. (2003). How close are we? Measuring intimacy and examining gender differences. *Journal of Counseling & Development*, 81(4), 462-472.
- Lloyd, M. E. (2011) *Fear of intimacy in romantic relationships during emerging adulthood: the influence of past parenting and separation-individuation*. Other Degree thesis, Victoria University
- Martínez, R.E. y Cevallos, R. (2008). Relación de las experiencias sexuales infanto-juveniles con la confianza diádica y el temor a la intimidad en estudiantes universitarios. *Terapia psicológica*, 26(2), 229-239.
- Pasini, W. (1990). *Intimidad más allá del amor y el sexo*. México: Paidós
- Phillips, T., Wilmoth, J. D., Wall, S. K., Peterson, D. J., Buckley, R. and Phillips, L. (2013) Recollected Parental Care and Fear of Intimacy in Emerging Adults. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 21(3), 335-341.
- Repetto, T. E. (1977). *Fundamentos de orientación. La empatía en el proceso orientador*. Madrid: Ediciones Morata.
- Rivera, D., Cruz, C. y Muñoz, C. (2011) Satisfacción en las Relaciones de Pareja en la Adulthood Emergente: El Rol del Apego, la Intimidad y la Depresión. *Terapia Psicológica*, 29, 77-83.
- Sánchez, R. (1995). *El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. Tesis de Maestría en Psicología Social no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Vargas, J. y Ibáñez, E. (2008) La diferenciación como un modelo para el análisis de las relaciones de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11, 1. Revisado en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num1/vol11No1Art6.pdf>
- Stenberg, R. (1998). *El triángulo del amor*. México: Paidós.
- Sprecher, S. y Hendrick, S.S. (2004). Self-disclosure in intimate relationships: associations with individual and relationship characteristics over time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 6, pp. 857-877
- Travis S. Ingersoll, Jill M. Norvilitis, Jie Zhang, Shuhua Jia, And Sheldon Tetewsky (2008). Reliability and Validity of the Fear of Intimacy Scale in China. *Journal of Personality Assessment: Routledge Taylor & Francis Group*, 90(3), 270-279
- Waring, E. M. (1988). *Enhancing marital intimacy through facilitating cognitive self-disclosure*. Nueva York: Brunner/Mazel.

EL PAPEL DE LA INTIMIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA EN JÓVENES

Vianey Mendez Vergara, Esther González Ovilla y Yineguela Jiménez Alvarez

Marco conceptual

El concepto de *pareja* como lo conocemos hoy en día en realidad es una forma de relacionarnos relativamente nueva. Es hasta los años 60 del siglo XX que el modelo que se había mantenido por cientos de años empezó a tambalearse; es decir, la pareja ya no era sólo el contrato social que daba origen y mantenía las familias. Éste fue un momento clave en el que se pasó de la noción de familia a la de pareja, cuyo ideal se convirtió en el de dos individuos que querían ser felices y desarrollarse juntos con o sin hijos.

Esta nueva mirada originó interés para su entendimiento; y así se observó que para la formación y consolidación de las relaciones de pareja, la ***intimidad*** tiene un papel central. Para Sternberg (1990) la intimidad, la pasión y el compromiso juegan un papel clave en el establecimiento de relaciones amorosas, por encima de otros atributos. Crawley y Grant (2010) consideran que la tensión entre la unión y la separación es una lucha permanente e inevitable que se traduce en un proceso tanto de búsqueda de intimidad como de reacción contra ella.

La *intimidad* promueve el acercamiento, el vínculo y la conexión entre los miembros de la pareja (Stenberg, 1990). Incluso se ha encontrado que la intimidad afectiva en las relaciones es una fuente importante de felicidad y significado de la propia vida (Bartholomew, 1990). En caso contrario, la falta de intimidad o bajos niveles de ésta, pueden dar lugar a dificultades físicas, emocionales y de interacciones interpersonales (Hook, Gerstein, Detterich & Gridley 2003); particularmente en la pareja, impide la estabilización y profundización de la relación (Martínez y Cevallos, 2008).

La intimidad se centra en el proceso de compartir y explorar los pensamientos, sentimientos y disposiciones más profundas de los miembros de la pareja; y justamente, es un proceso que incluye la exploración de similitudes y diferencias a través de la autorrevelación (Díaz-Loving & Sánchez, 2004).

Probablemente la intimidad se inicia con la autoexposición o autorrevelación ya que esto ayuda a derribar muros. “La autoexposición engendra autoexposición: si uno quiere saber cómo es el otro, debe mostrarle cómo es él mismo” (Stenberg, 1998). Waring, (1984) plantea que la autorrevelación es un proceso mediante el cual una persona permite que se le conozca a través de la exposición de sus propias emociones, necesidades, pensamientos, actitudes y creencias. Dicho proceso es considerado como el determinante primario que más influencia ejerce en el nivel de intimidad de la pareja. Autores como Sprecher y Hendrick (2004) han encontrado que la autorrevelación se asocia positivamente con la calidad de la relación, particularmente con la satisfacción y el compromiso. Sin embargo, existen individuos que consideran que deben ocultar las partes de sí mismos que creen inconfesables por lo que viven la intimidad como un riesgo personal (Pasini, 1990).

Una vez que la intimidad comienza a afirmarse, paradójicamente ésta puede empezar a diluirse debido a la amenaza que constituyen los peligros que surgen, cuando en el individuo, aparecen sentimientos relacionados con la pérdida de la propia existencia como persona independiente y autónoma. Vargas e Ibáñez (2009) señalan que las personas que experimentan mayor diferenciación frente al otro, tienen mejores posibilidades de actuar bajo sus propias parámetros; esto lo enuncian en relación a la postura de Bowen (1978), quién describe a la fusión como un estado opuesto a la diferenciación, en el que el individuo tiene dificultad para conducirse apegado a sus propias premisas y, su actuar se ve acotado por las decisiones que toma su pareja,

lo que lo lleva no reflexionar ni contrastar sus propias creencias frente a las del otro (Bowen, 1978; Vargas & Ibáñez, 2009).

Uno de los factores que imposibilitan el desarrollo y/o mantenimiento de la intimidad en la pareja, es la ansiedad que ésta puede generar en los individuos. Descutner y Thelen (1991) definen esto como *miedo a la intimidad* que es “la capacidad inhibida de un individuo, a causa de la ansiedad, para intercambiar pensamientos y sentimientos de significación personal con otro individuo que es altamente valorado” (p.219). Este temor alude al contenido (comunicación personal), a la valencia emocional (intensidad de los sentimientos relativos a la información) y a la vulnerabilidad implicada (la alta estimación por quien recibe lo comunicado).

Por otro lado, un aspecto importante a considerar en las relaciones de pareja es la idea de *amor*, que no era necesario ni valorado para la conformación de una pareja hasta alrededor del siglo XVII pero que en la actualidad parece ser el ingrediente principal (Alberoni, 1997).

La palabra *amor* está cargada de múltiples sentidos y significados. Definiciones que van desde las más conductuales hasta las más poéticas, la cuales revelan la importancia que tiene en nuestra forma de relacionarnos. Sin embargo, los constructos involucrados con la idea de *amor* así como de *pareja* son cada vez menos fijos y establecidos como lo habían sido en otras épocas.

El sociólogo Zygmunt Bauman (2005) explora cuáles son los atributos de la sociedad capitalista que han permanecido en el tiempo y cuáles las características que han cambiado. Para él la modernidad líquida es una figura de transitoriedad: “los sólidos conservan su forma y persisten en el tiempo: duran; mientras que los líquidos son *informes* y se transforman constantemente: fluyen” (Bauman, 2005). No frece teorías o sistemas definitivos, se limita a describir nuestras contradicciones, las tensiones no sólo sociales sino también existenciales que se generan cuando los humanos nos relacionamos. Una de esas características es el individualismo que marca nuestras relaciones el cual las torna precarias, transitorias y volátiles.

La incertidumbre en que vivimos corresponde a transformaciones como el debilitamiento de los sistemas de seguridad que protegían al individuo y la renuncia a la planificación de largo plazo: el olvido y el desarraigo afectivo se presentan como condición del éxito. Esta nueva insensibilidad exige a los individuos flexibilidad y fragmentación de intereses y afectos, se debe estar siempre dispuesto a cambiar de tácticas, a abandonar compromisos y lealtades. Respecto a ello Bauman se refiere al miedo a establecer relaciones duraderas y a la fragilidad de los lazos solidarios que parecen depender solamente de los beneficios que generan. Es decir, en nuestros días sigue existiendo un impulso por estrechar lazos afectivos pero se busca mantenerlos “flojos” para poder desatarlos rápidamente en cuanto las condiciones cambien (Bauman, 2005).

En esta misma línea, la psicóloga Umberta Telferner (2013) propone una modalidad de estar en pareja a la que ha denominado *migaja*. Se dan migajas a la pareja desde el inicio o después de la fase de enamoramiento, cuando la rutina comienza a ser tediosa. Éstas son personas que no se involucran afectivamente y tienden a mantener la distancia haciéndolo pasar por actitudes naturales. Para esta autora, vivimos en un momento histórico en el que los sentimientos, afectos y emociones corren el riesgo de permanecer encerrados en el ciclo producción-consumo y la pareja corre el riesgo de desilusionarse por no ser lo suficientemente feliz, pasional o híper-moderna. En otras palabras, la pareja ahora vive más en una imagen que en la intimidad.

La emergencia de lo que yo llamo sexualidad plástica es crucial para la emancipación, implícita tanto en la pura relación como en la reivindicación del placer sexual por parte de las mujeres. La sexualidad plástica es una sexualidad descentrada, liberada de las necesidades de la reproducción. La sexualidad plástica puede quedar moldeada como un rasgo de la personalidad y se une intrínsecamente con la identidad.

La creación de una sexualidad plástica, separada de su integración ancestral con la reproducción, el parentesco y las generaciones, fue la condición previa de la revolución sexual de las pasadas décadas.

Aunque el uso profano de la palabra "pasión" es relativamente moderno, tiene sentido considerar que el amor apasionado, implica una conexión genérica entre el amor y la atracción sexual. El amor apasionado está marcado por una urgencia que lo sitúa aparte de las rutinas de la vida cotidiana, con las que tiende a entrar en conflicto. La implicación emocional con el otro es penetrante tan fuerte que puede conducir al individuo o a los dos individuos a ignorar sus obligaciones ordinarias.

En el nivel de las relaciones personales, el amor pasión es específicamente desorganizador, en un sentido similar al carisma; desarraiga al individuo de lo mundano y genera un caldo de cultivo de opciones radicales así como de sacrificios. Por esta causa, enfocado desde el punto de vista del orden social y del deber, es peligroso.

Estado de la cuestión y estado del arte

El concepto de miedo a la intimidad y su relación con otros factores ha sido estudiado por Phillips, Wilmoth, Wall, Peterson, Buckley, y Phillips, L., (2013) Lloyd (2011), Rivera, Cruz y Muñoz (2010), Martínez y Cevallos (2008) y Ingersoll, Norvilis, Zhang, Jia y Tetewsky (2008) utilizando la Escala de Miedo a la Intimidad (*Fear to Intimacy Scale*. Descutner & Thelen, 1991). Rivera, Cruz y Muñoz (2010), han hallado que la satisfacción en la relación afectiva está vinculada con el miedo a la intimidad emocional, mientras que otras investigaciones han descrito el miedo a la intimidad como un predictor de calidad de vida y salud mental (Eddington, Mullins, Fedele, Ryan & Junghans, 2010).

Collins y Sroufe (1999) refieren que los individuos que han crecido en familias en las que se ha experimentado y practicado la apertura a la comunicación, la reciprocidad, la sensibilidad hacia

los sentimientos del otro y la preocupación por el bienestar de los demás; valoran la cercanía y la conectividad en las relaciones, además de que poseen mayor capacidad para establecer relaciones íntimas (Del Río, Barrera & Vargas; 2004).

Cuando los padres que mantienen una relación de afecto con sus hijos, les expresan cercanía y calidez, pero al mismo tiempo les validan sus expresiones autónomas, ofrecen la experiencia de una relación balanceada, lo cual constituye la mejor base para las relaciones posteriores (Allen & Hauser, 1996; Cassidy, 2001; Collins & Sroufe, 1999; Holmes & Johnson, 2009). Por ende, los hijos que aprenden estas ideas y conductas de independencia y vinculación, son capaces de transferirlas a la relación de pareja y desarrollan expectativas sobre esta nueva relación (Connolly & Goldberg, 1999). Se sabe también que las experiencias románticas tempranas operan como una oportunidad para aprender lo que se puede sentir, pensar y hacer en las relaciones adultas. (Del Río, Barrera & Vargas, 2004).

En nuestro país la dinámica de las relaciones de pareja han cambiado rápidamente en los últimos años, así las estadísticas muestran que de 1993 a 2011 los divorcios se triplicaron y los matrimonios disminuyeron alrededor del 20%. En lo que respecta a noviazgos, hay pocos datos. En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011) el 48.7% de las mujeres entrevistadas reportó un noviazgo de 1 año o menor antes de convivir con su pareja.

Planteamiento del problema

Al ser la adultez emergente un periodo crítico para el establecimiento de relaciones de pareja, es importante caracterizar los factores que influyen en este proceso, como lo es el miedo a la intimidad. Se considera que las experiencias de apego que los jóvenes han experimentado con sus padres en las primeras etapas de vida, la historia personal de sus relaciones afectivas y el contexto social en el que se desarrollan, probablemente serán parte del modelo para la

conformación de las relaciones íntimas de pareja que establezcan los adultos emergentes durante esta fase del ciclo vital.

Las experiencias románticas tempranas operan como una oportunidad para aprender lo que se puede sentir, pensar y hacer en las relaciones adultas (Del Río, Barrera & Vargas, 2004). Además, son justo los jóvenes quienes históricamente han desafiado las normas establecidas y las tradiciones en lo que respecta a las relaciones de pareja. Es por esto que nos interesa explorar la forma en la que éstos se vinculan, cómo caracterizan el *amor* y la *pareja*, la manera en la que viven sus relaciones afectivas, qué es lo que ponderan en una relación, cuáles son sus expectativas al involucrarse con alguien más.

Justificación de la investigación

La adultez emergente, es una etapa en la que las personas determinan el rumbo que tomará su vida en diferentes aspectos, como el profesional, el de independencia económica y física de los padres, así como en el establecimiento de las relaciones afectivas íntimas. Este periodo del ciclo vital va de 18 a 25 años de edad, en el cual, se dan cambios importantes y se exploran diferentes posibilidades de vida (Arnett, 2000). Las jóvenes trazan metas y se afirman al verlas cumplidas, lo que promueve en ellas el sentido de responsabilidad en relación a las diferentes áreas en las que se desarrollan (Maquirriain, 1988).

Es en la sexta etapa de desarrollo psicosocial que Erikson (1980) define como intimidad frente al aislamiento, en la que las jóvenes logran establecer relaciones afectivas con sus pares; pero para que esto se dé, es necesario que la persona haya alcanzado la propia identidad. Y es, justo en la adultez emergente que se da este proceso de la formación de identidad propia, donde el adolescente deja de actuar de manera individual para participar con su ambiente social y se desarrolla a la par del mismo (Maquirriain, 1988), lo que lo lleva a establecer relaciones de mayor profundidad, íntimas y prolongadas.

Objetivo

Explorar los factores que influyen en el establecimiento de las relaciones de pareja en la adultez emergente. Particularmente focalizándonos en la intimidad afectiva y los cambios, o no, que ésta ha tenido en las relaciones que establecen los jóvenes que viven en un contexto de saturación social.

La intimidad afectiva es un factor importante para el establecimiento de relaciones de pareja por lo que las afectaciones a ésta, determinaran el tipo de relación que se establecerá. A su vez, la intimidad afectiva se ve determinada tanto por los factores individuales como la historia de vida, la sexualidad y el contexto familiar (historia, valores), así como los cambios en los valores y prácticas culturales que ha traído consigo la posmodernidad. En la Figura 4 se puede observar el modelo hipotético base.

Hipótesis

Se espera encontrar que aquellos sujetos que se encuentran expuestos a una mayor saturación social tengan ideas y prácticas menos tradicionalistas respecto a las relaciones de pareja. Es decir, que éstas sean personas más individualistas cuyas relaciones sean más cortas y fluctuantes. Además de poseer expectativas menos idealizadas y más hedonistas, es decir, que en sus relaciones el concepto de *amor* y de *intimidad afectiva* sea menos central en el establecimiento de la pareja, que incluso haya un rechazo o evitación de ésta última.

Por otro lado, se espera encontrar que aquellos sujetos con valores y prácticas más tradicionalistas respecto al amor, a la pareja y a la intimidad afectiva se involucren en relaciones con mayor nivel de compromiso, más estables y duraderas, así como con grandes expectativas idealizadas.

Consideramos que habrá diferencias entre hombres y mujeres, siendo éstas últimas quienes se apegarán a las concepciones tradicionales de amor con mayor frecuencia, pues son a

quienes culturalmente se refuerza con mayor intensidad la idea de amor romántico y a quienes se dirigen las puniciones al desviarse de las prácticas amorosas tradicionales.

Por otro lado, consideramos que aun trabajando con jóvenes que comparten diferentes características como la edad, el sexo, la casa de estudios, etc., habrá diferencias entre los chicos y chicas según el área de estudio a la que pertenezcan pues consideramos que hay carreras universitarias en donde los valores del curriculum oculto son más tradicionalistas y rígidos que en otras donde son más tolerados o incluso se promueven valores y prácticas más flexibles.

Para finalizar, consideramos que habrá diferencias entre los chicos y chicas más jóvenes de la muestra respecto a aquellos mayores, debido a que, aun perteneciendo al mismo grupo etario (adultez emergente) y contexto universitario, las expectativas sociales y culturales respecto a las relaciones de pareja son diferentes. Se espera que aquellos mayores comiencen a pensar en estabilidad mientras que a los que apenas inician sus estudios universitarios se les puede invitar a experimentar.

Preguntas de investigación

En la Tabla 32 se presentan los factores considerados como influencia en el establecimiento de las relaciones afectivas y las preguntas de investigación correspondientes. Es decir, preguntas que nos permitan explorar tanto los factores internos como externos, como por ejemplo la historia personal y el contexto social por nombrar algunos, y la interacción entre estos.

Tabla 32

Factores en el establecimiento de relaciones afectivas y preguntas de investigación

Factores que influyen en el establecimiento de la relación afectiva		Preguntas
Internos	<i>Intimidad</i>	Aquellos quienes tienen miedo a la intimidad, ¿suelen tener un mayor número de parejas y relaciones de duración más breve? ¿prefieren parejas de menor compromiso como “amigos con derechos”, “free”? ¿también se caracterizan por un nivel bajo de empatía en sus relaciones? ¿suelen evitar compartir sus pensamientos más íntimos?
	<i>Historia personal</i>	¿La relación de los padres influye en el establecimiento de la relación afectiva de pareja en el individuo? ¿La experiencia con relaciones afectivas propias influye en el establecimiento de la relación afectiva actual? ¿La relación con los amigos influye en el establecimiento de la relación afectiva de pareja del individuo?
	<i>Valores personales</i>	¿Influyen los valores éticos y morales en la consolidación de una relación afectiva? ¿Se considera una relación de pareja amigos con derecho?
Externos	<i>Cambios en las formas de relación</i>	¿Cuánto tiempo se considera válido para que se considere una relación afectiva seria y comprometida con la otra persona? ¿Qué entendemos por relación seria y comprometida?
	<i>Contexto social Saturación, Posmodernidad</i>	¿Cómo influyen los cambios en la sociedad para el establecimiento de las relaciones afectivas de pareja?
		¿el exceso de información ayuda o afecta para el establecimiento en la relación afectiva de pareja? ¿La difusión de las expectativas en una relación de pareja que manejan los medios afecta o beneficia en la consolidación de una relación afectiva de pareja?

Planteamiento de la estrategia metodológica (diseño de investigación)

La población fueron jóvenes universitarios de 18 a 25 años de edad. Se eligió trabajar con estos participantes ya que se asume que son aquellos con mayor saturación social debido a su exposición a variadas y numerosas fuentes de información. Además, a lo largo de la historia son los jóvenes quienes se han permitido mayor experimentación de nuevas prácticas amorosas cuestionando e incluso rechazando aquellas formas más tradicionalistas. Por otro lado, esta edad es considerada como central dado que es un momento crítico en el que las relaciones de pareja comienzan a volverse importantes pues comienzan a determinar el rumbo que tomará su vida en múltiples aspectos siendo el proyecto de pareja uno de ellos.

Participantes

Para el grupo focal la muestra se conformó por 6 jóvenes universitarios de entre 18 y 25 años de edad. La distribución por sexo fue de 3 mujeres y 3 hombres provenientes de diferentes ámbitos académicos (Psicología, Computación, Relaciones comerciales y Ciencias de la

comunicación). En lo que respecta a la entrevista a profundidad, la participante de 24 años de edad se provenía del área de las ciencias de la salud

A partir de la información recabada en la primera fase, se establecerán los criterios para los participantes de las entrevistas profundas.

Instrumentos

La información se recolectará por medio de dos dispositivos de carácter cualitativo: a través de grupos focales y la entrevista profunda.

El grupo focal es una técnica cualitativa de estudio de las opiniones o actitudes de un público. Consiste en la reunión de un grupo de personas, con un moderador, investigador o analista, encargado de hacer preguntas y dirigir la discusión. Las preguntas son respondidas por la interacción del grupo en una dinámica en que los participantes se sienten cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones.

La entrevista profunda consiste en encuentros cara a cara, entre un investigador y sus informantes, los cuales tienen el propósito de entender las perspectivas del entrevistado sobre su vida, experiencias o situaciones personales tal y como son expresadas por sus propias palabras (Tarrés, 2004).

Procedimiento

Como primer paso se realizó una invitación a participar en la investigación, en lo extenso del campus de una universidad pública de la Ciudad de México. Con la finalidad de cumplir los criterios de inclusión de los participantes, se eligieron a aquellos interesados que los cumplieran.

Tanto el grupo focal como la entrevista a profundidad se llevaron a cabo en las aulas de posgrado de la Facultad de Psicología. De manera general, el procedimiento se conformó por dos fases que se describirán a continuación:

Fase I Estrategia Grupo Focal

Ya con el grupo de 6 participantes (3 hombres y 3 mujeres), en un aula de clases, 2 modeladoras guiaron la conversación mientras que una observadora realizaba notas. De acuerdo al objetivo de la investigación, los temas tratados fueron: (1) Intimidad, (2) Historia personal, (3) Valores personales, (4) Cambios en las formas de relación, (5) Contexto social, saturación y posmodernidad.

Posterior al análisis de los resultados obtenidos del grupo focal, se hicieron las modificaciones convenientes a la guía de preguntas y se estableció una nueva estrategia de trabajo.

Fase II Estrategia Entrevista a profundidad

La elección de los participantes para esta fase dependió de su nivel de autorreflexión, experiencia y disposición para compartir ideas y pensamientos. Para la elección de la participante se realizó un sondeo previo en aquellas personas interesadas en participar para saber si cumplían con los criterios de inclusión. La entrevista se llevó a cabo de forma presencial en un aula de la Facultad de Psicología.

Después de transcribir la información recogida, se realizará el análisis preliminar de la esta. Se van a seleccionar pedazos de la entrevista y se contrastará con la teoría.

Resultados

El análisis de datos presentado a continuación se elaboró a partir de categorizaciones y fragmentos tomados del grupo focal y la entrevista a profundidad preparados para el tema.

En el modelo que planteamos proponemos que el establecimiento de las relaciones afectivas se ve afectado por diversos factores, entre los que encontramos el construir relaciones superficiales en las que hay desarraigo afectivo; encontramos que los jóvenes prefieren probar “relaciones abiertas” que no impliquen sentimientos o un compromiso mayor que los coarte en el

manejo de su espacio y tiempo; ya que en las relaciones abiertas “no implicaba estar con él todo el tiempo o que tenías que poner sentimiento”.

Bauman (2005), señala que no es que hoy en día las personas no busquen estar en una relación, sino que se busca que ésta sea laxa y con posibilidades de fácil desarraigo, lo anterior, para evitar introducir sentimientos que lleguen a demandar más allá de lo que se recibe a cambio.

Dado que, al involucrar sentimientos los jóvenes consideran estar más expuestos y vulnerables frente al otro, Descutner y Thelen (1991) proponen que el miedo a la intimidad se relaciona estrechamente con la percepción que las personas tienen sobre el cómo va a ser recibida o usada la información que revelan, es decir, qué tanto se descubren frente al otro de acuerdo al grado de riesgo que perciban.

De este modo, algunas de las raíces causantes de la imposibilidad para desarrollar la intimidad en la pareja, son la historia sentimental de los jóvenes: “todavía el miedo de mi relación anterior”, “¡Chale otra vez me la aplicaron!”, “me van a dejar otra vez” y las expectativas negativas: “miedo a que me digan que no”, “qué tal si no funciona”. Por lo que, para evitar ésta sensación de vulnerabilidad al estrechar una relación, ellos muchas veces, prefieren no intentar.

Además, pareciera que el desarraigo afectivo y el estar dispuesto a abandonar compromisos y lealtades, resultan dar una imagen más exitosa entre los pares. Ya que prefieren tomar en cuenta la opinión de sus amigos para insertarse en una relación y modificar sus preferencias conforme lo marque el contexto en el que se desenvuelven.

En la construcción de una relación, los pensamientos y sentimientos, se comparten de acuerdo al grado de reciprocidad que la otra persona percibe en la relación, ya que si en algún momento siente vulnerada su persona difícilmente se atreve a abrirse frente al otro. Hay jóvenes que concuerdan con Pasini (1990) y prefieren ocultar cuestiones que lleguen a ser usadas en su

contra en algún momento de tensión en la relación, “considerando que involucrar tus sentimientos te coloca en una situación de mayor vulnerabilidad”.

Así es como en el desarrollo de la intimidad afectiva y crecimiento de las relaciones amorosas “el tiempo” que le dedican es fundamental, pues los jóvenes explican en él se puede ir “midiéndole”, es decir, viendo si la relación con ésta persona tiene las características deseadas para una más sólida o no; es decir, de acuerdo con Stenberg, si el otro muestra compromiso. De igual forma, las entrevistas dejan ver la importancia de la autorrevelación en el establecimiento de esta intimidad afectiva; debido a que es un la herramienta primordial, para compartir y explorar los pensamientos, sentimientos y disposiciones más profundas de los miembros de la pareja como describen Díaz-Loving y Sánchez (2004). Sin embargo, puesto que una relación implica renuncias y negociaciones, no todos los jóvenes están dispuestos a hacerlo, ya que se valora más la individualidad sobre la relación.

Por otro lado, en concordancia con lo que comparten los jóvenes, las familias son un espacio donde se experimentan sentimientos de confianza y reciprocidad, los cuales posteriormente se ponen en práctica en las propias relaciones. Consideran que es probable que ciertas formas de relación que vieron entre sus padres las reproduzcan, como el caso de la comunicación y reciprocidad, o asimismo las dificultades para llegar a acuerdos o negociaciones.

Las expectativas del amor y las relaciones de pareja están en constante transformación, y es por ello que en jóvenes de la misma edad y mismo nivel socioeconómico existen diferencias, es decir conviven, por así decirlo, ideas del amor modernas con ideas del amor romántico. Pues hay jóvenes que tienen como prioridad establecer una relación con mayor “respeto, confianza, empatía, responsabilidad, y compromiso”, relaciones para las cuales, el “sexo es como un plus”; mientras que hay otros jóvenes que en la búsqueda de un noviazgo piensan que sólo “antes los matrimonios eran para siempre”, esto como un aprendizaje de las historias de sus antepasados.

Respecto a los constructos involucrados con la idea de amor y el de pareja, los jóvenes observan prácticas menos fijas, en comparación con como lo habían sido en otras épocas en donde el amor era “tengamos una vida hasta los 75 años”. Ellos mismos viven un amor que contiene “la idea de ser libres”, “estamos en una sociedad donde tenemos que movernos, que experimentar”. Es interesante como Bauman (2005) explica esta libertad desde el individualismo, ofrecida por la modernidad, que refleja miedo a establecer relaciones formales, con lazos frágiles que puedan soltarse si alguno de los miembros deseara separarse; relaciones que son más una manera de obtener beneficios.

Telfener (2013) propone que vivimos en una sociedad que se caracteriza por una modalidad de vida consumista, cuyo objetivo es la satisfacción inmediata que privilegia el bienestar personal y el espacio privado como por ejemplo “yo antepongo a mis amigos que a un chavo”, “poner las cartas sobre la mesa: a ver vamos a andar pero estas son mis condiciones”, “en esta época se piensa más en términos individualistas: qué quiero hacer, a dónde quiero llegar, privilegiar sobre todas las cosas mi proyecto”.

Giddens (1995) refiere que la emancipación femenina ha tenido una fuerte influencia en el modo en el que los individuos nos relacionamos dentro de la pareja así como en lo que esperamos de ésta. Así, el objetivo central en las relaciones de pareja de las nuevas generaciones de mujeres, como aquellas que participaron en la investigación, ha dejado de ser el matrimonio y la maternidad, focalizándose ahora en el desarrollo dentro de la pareja. Esto se hace evidente en cómo las mujeres jóvenes valoran su independencia y priorizan el cumplimiento de sus propias metas incluso dentro de una relación amorosa, lo que es ejemplificado por una de las participantes del grupo focal “...estos tiempos ya son más de independencia, más que nada por las mujeres... ya no dependes de la otra persona ni de lo que le gusta, tú también tienes otros

objetivos, otras metas. Ya no es un requisito forzoso casarse, para tener una vida de pareja bien. Esto tiene que ver con un cambio en la ideología y de nosotras como mujeres”.

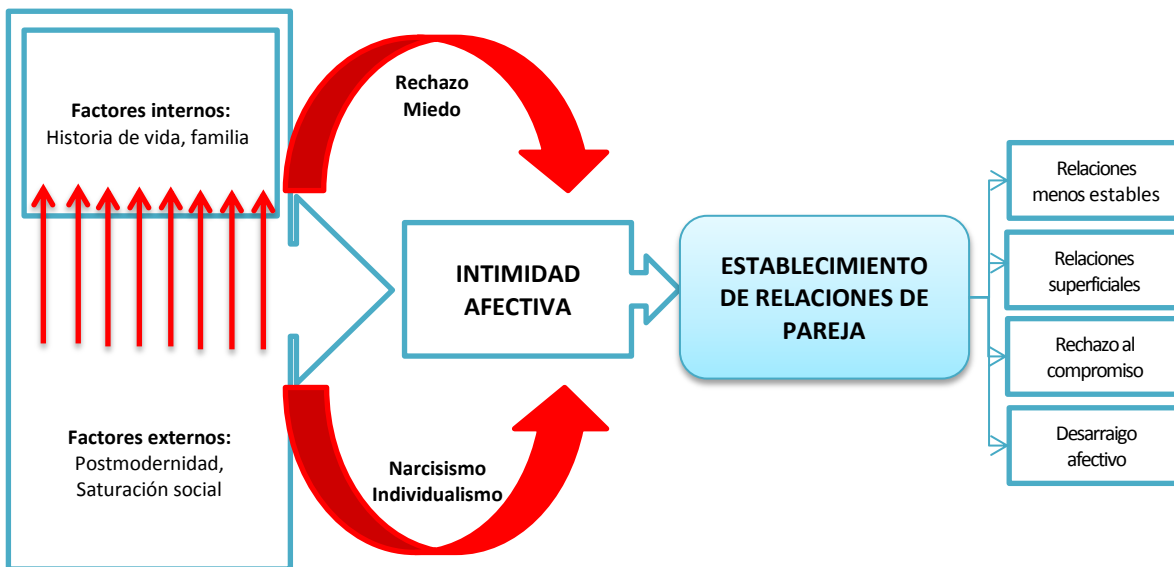
Sin embargo, la maternidad es un tema que va cobrando más importancia en las mujeres conforme aumentan de edad. Mientras que en las participantes más jóvenes fue un tema que no apareció, en la entrevista a profundidad se habló de las expectativas que giran alrededor de tener hijos y fue claro cómo es que la idea de familia nuclear continúa siendo aquella valorada. Al preguntarle a la entrevistada cómo se imaginaba tener un hijo, está respondió “con una pareja pues porque yo crecí así, siempre vi a mis papás juntos”.

Discusión

En un principio, dado que consideramos el constructo de intimidad afectiva como base en la conformación de relaciones de pareja, se diseñó un modelo de estudio que nos permitiera explorar cómo los jóvenes de entre 18 y 25 años vinculan el *amor* y la *pareja*; la forma en la que viven sus relaciones afectivas, qué es lo que ponderan en una relación y cuáles son sus expectativas al involucrarse con alguien más. Tomando esto en consideración, el primer modelo de trabajo se muestra en la Figura 5. Dado que este modelo se basa en la intimidad afectiva como factor principal para el establecimiento de relaciones de pareja, las afectaciones a ésta, determinaran el tipo de relación que se establecerá. A su vez, la intimidad afectiva se ve determinada tanto por los factores internos como la historia de vida y el contexto familiar como los factores externos como los cambios en los valores y prácticas culturales que ha traído consigo la posmodernidad.

Figura 5

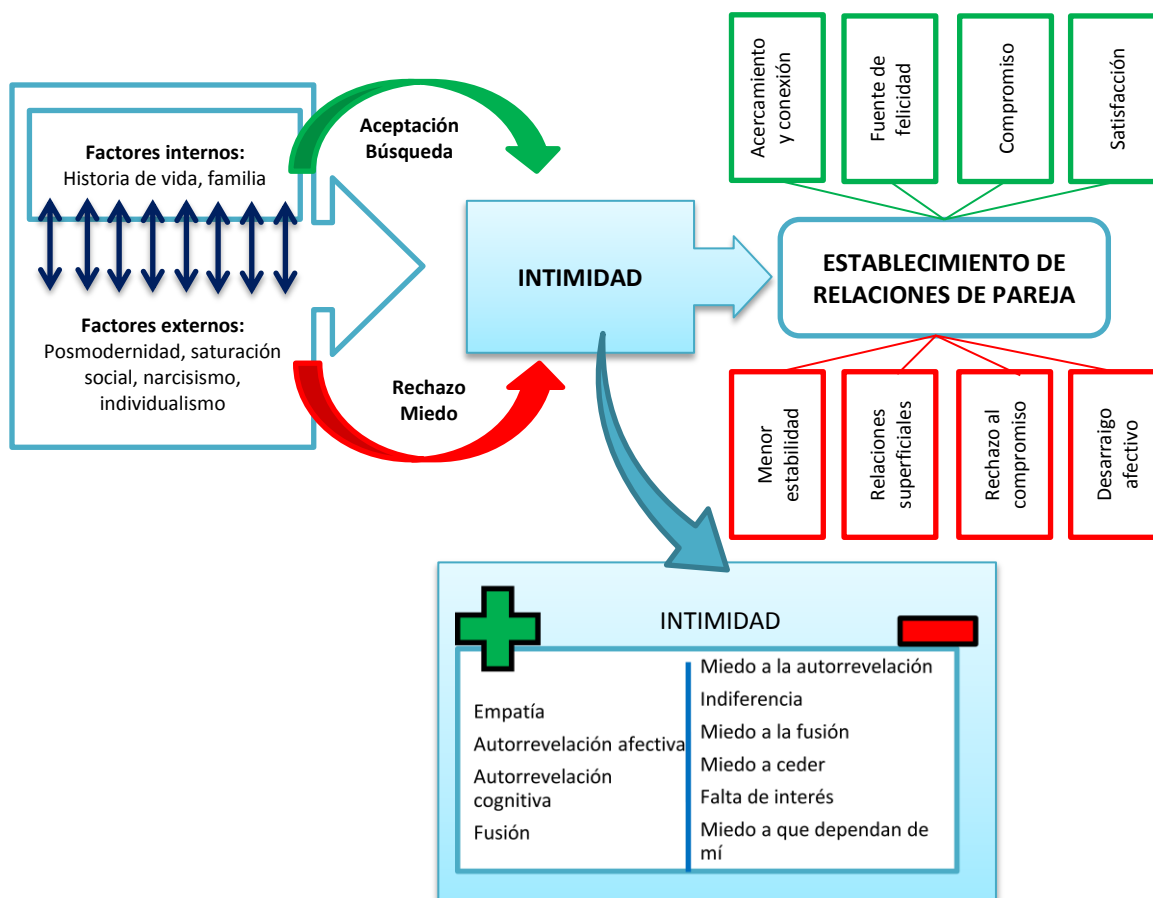
Modelo 1



No obstante al adentrarnos en la investigación y en la revisión bibliográfica, así como en el estado del arte y la cuestión, nos dimos cuenta que dentro de nuestro modelo nos estábamos inclinando por descifrar al miedo a la intimidad, más que el papel de la intimidad en el establecimiento de las relaciones de pareja. Por ello se propuso el *modelo 2* (Figura 6) con el que se procuró abarcar aquellos factores positivos y negativos de la intimidad afectiva que pudieran estar participando en el establecimiento de la relación, dando paso así a la búsqueda del papel que juega la intimidad afectiva en las relaciones de pareja.

Figura 6

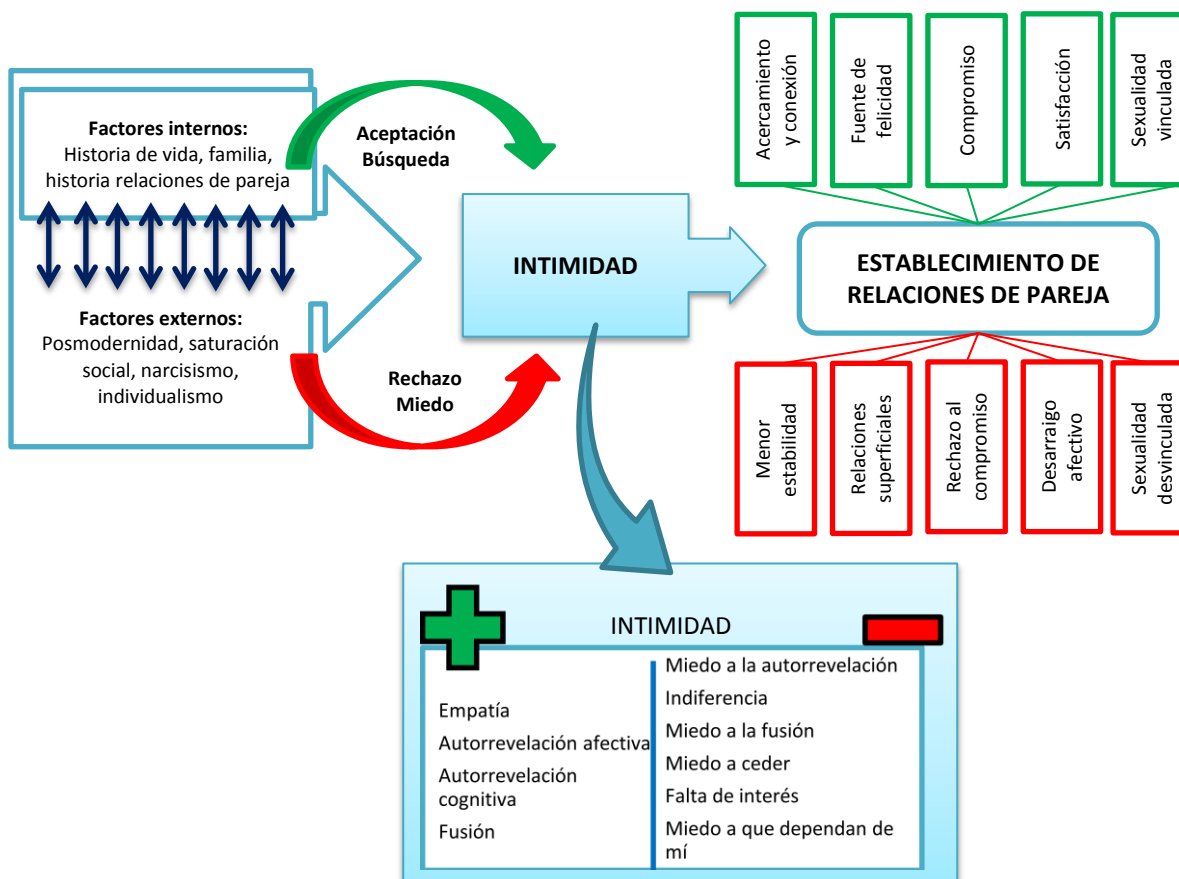
Modelo 2



Una vez que se optó por llevar a campo el modelo, se diseñó un cuestionario para realizar el grupo focal en donde se pretendió profundizar en aquellos factores que se consideraron vinculados al constructo de intimidad afectiva, descubriendo que, parte importante de la intimidad en una relación es el aspecto sexual. Por lo cual, partiendo del análisis de resultados del grupo focal, se tomó la decisión de incluir este factor dentro del modelo de investigación para volverlo a llevar a campo, esta vez en una entrevista a profundidad, donde se tenía una mayor claridad sobre los aspectos que eran importantes para los jóvenes al introducirse en una relación de pareja. En la Figura 7 se presenta el nuevo modelo.

Figura 7

Modelo 3



Como se puede distinguir en este tercer modelo en el establecimiento de relaciones de pareja, factores internos del individuo como son: la historia de vida, la historia de sus propias relaciones, y la historia familiar y factores externos como: la saturación social, el individualismo y la búsqueda de aceptación se vinculan en el papel que tiene la intimidad en el establecimiento de las relaciones de pareja.

Este modelo propone un desglose abarcador de las tan diversas directrices (extrínsecas e intrínsecas) del constructo miedo a la intimidad por ello es importante que al aplicarlo se haga lo más personalizado posible.

Conclusiones

La idea de amor romántico que se forma en las primeras etapas de la vida, contrasta con las relaciones de pareja que encontramos hoy en día. La saturación social, la inmediatez por las cosas y el cuidar de una autonomía, así como el poner a prueba factores como la negociación y el compromiso, median el que se decida entrar o no a una relación de pareja más estable y formal. Por ello es más común encontrar relaciones abiertas, en las que no existe un compromiso ni se involucran sentimientos.

Sin embargo, cuando se está por un tiempo prolongado en este tipo de relaciones es complicado llegar a establecer vínculos que otorguen seguridad, afecto y confianza, lo que deriva en insatisfacción emocional y afectaciones en la calidad de vida de las personas. El miedo a involucrarse afectivamente, se ha convertido en una premisa de los y las jóvenes que los lleva a no invertir ni hacer proyectos en una relación. Sin embargo, se considera que al deconstruir aquellos componentes de lo que significa una relación de pareja ya que ésta se encuentra en continua mutación no sólo respecto a periodos históricos, sino también en el ciclo vital de cada persona, evitando discursos universalistas.

Por lo anterior se considera importante tomar en cuenta los factores que influyen en la conformación y consolidación de las parejas, ya que en ocasiones, las personas llegan a terapia debido a desacuerdos o desilusiones de su relación, encontrándose con contradicciones entre los marcos de referencia individuales, lo de su pareja y los de la sociedad en la que se desenvuelven.

Se considera que, dentro de las herramientas que la psicología podría aportar en este tipo de conflictos, está el crear espacios de reflexión, como talleres o grupos de encuentro en los que las personas dialoguen sobre su parecer y actuar frente a la postura que tiene al entrar en una relación de pareja. Conozca su punto de vista, lo expongan y consideren el punto de vista del otro.

Pareciera que los jóvenes al estar centrados en una etapa de la vida en donde se vive al momento, dejan de lado sus sentimientos o una vida en pareja a futuro; no obstante y contrario a esto, conforme van siendo mayores, es decir, los que están dentro de los 23 a 25 años, entran en una relación con miras establecer lazos a futuro y conformar una familia. Toma en cuenta cuestiones como el compromiso, la negociación y el cuidado por el otro, partiendo de la propia historia de vida y las experiencias que vivieron en sus familias de origen.

Así mismo, es importante evidenciar que las relaciones que establecen estos jóvenes buscar confluir características como libertad, compromiso, empatía y responsabilidad; hablan de relaciones equitativas y crecimiento profesional y personal para ambos miembros. Además de incluir a la “amistad” como parte de una buena relación.

Por ende, el tomar en cuenta estos factores, puede ayudar al terapeuta a mirar desde dónde la persona entra a una relación y cómo se involucra en la misma, invitando de esta forma, a que, tanto la persona como su pareja comprendan y reflexionen sobre la visión que tienen.

Desde esta óptica y a partir de la experiencia generada por este trabajo consideramos importante abrir dichos espacios de reflexión entre los y las jóvenes, quienes pueden sentirse confundidos e incluso estigmatizados al no encontrar congruencia entre las expectativas culturales y sociales, las cuales han hecho propias, que giran particularmente alrededor del amor romántico, y sus prácticas amorosas. Proponemos la creación de talleres dirigidos a esta población, en las cuales puedan co-construirse diálogos diferentes a los discursos de relación de pareja pre-establecidos.

Fuentes consultadas

- Alberoni, A. (1997) *El primer amor*. Barcelona: Gedisa
- Allen J. P. & Hauser S. T., (1996) Autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of young adults states of mind regarding attachment. *Development and Psychopathology*, 8, 793–809.
- Arnett, J.J (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Bartholomew, K. (1990). *Avoidance of intimacy: An attachment perspective*. Journal of Social and Personal Relationships, 7, 147–178.
- Bauman (2005) *Modernidad líquida* (59-104). México: FCE.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, 3, 121-155.
- Connolly, J., & Goldberg, A. (1999). Romantic relationship in adolescence: the role of friends and peers in their emergence and development. En: W. Furman et al., (Eds.), *The Development of Romantic Relationships in Adolescence* (266-290). New York: Cambridge University Press.
- Collins, W. A., & Sroufe, L. A. (1999). Capacity for intimate relationships: A developmental construction. En: W. Furman, B. B. Brown & C. Feiring (Eds.), *The Development of Romantic Relationships in Adolescence* (125–147). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Crawley, J. & Grant, J. (2010). *Terapia de pareja. El yo en relación*. Madrid: Ediciones Morata.
- Del Río, A. M., Barrera, F. & Vargas, E. (2004). *Padres-hijos que se asocian con las expectativas de vinculación y de apoyo a la autonomía que tienen los adolescentes de las relaciones románticas*. Suma psicológica, 11 (95 -110).
- Descoutner, C. y Thelen, M. (1991). Development and validation of a Fear of Intimacy Scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 218-225.
- Díaz-Loving R. y Sánchez A., R. (2004). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Porrúa.
- Erikson, E. H. (1980) *Identity and the Life Cycle*. New York: W.W. Norton & Company.
- Eddington, A.R., Mullins, L. L., Fedele, D. A., Ryan, J. L. & Junghans, A. N. (2010). Dating relationships in college students with childhood-onset asthma. *Journal of Asthma*, 47, 14-20.
- Holmes, B. & Johnson, K. (2009) Adult attachment and romantic partner preference: A review. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26:833-582
- Hook, M. K., Gerstein, L. H., Detterich, L., & Gridley, B. (2003). How close are we? Measuring intimacy and examining gender differences. *Journal of Counseling & Development*, 81(4), 462-472.
- Ingersoll, Norvilis, Zhang, Jia & Tetewsky (2008). *Reliability and Validity of the Fear of Intimacy Scale in China*. 90 (3), 270-279.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Panorama de violencia contra las mujeres en México. ENDIREH 2011. Recuperado de: http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/289574/932908/file/Rep_ENDIREH-2011.pdf
- Lloyd, M. (2011) *Fear of Intimacy in Romantic Relationships During Emerging Adulthood: The Influence of Past Parenting and Separation- Individuation*. (104-137) A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology (Clinical Psychology), School of Social Sciences and Psychology, Faculty of Arts, Education and Human Development, Victoria University.
- Martínez, R.E. y Cevallos, R. (2008). Relación de las experiencias sexuales infanto-juveniles con la confianza diádica y el temor a la intimidad en estudiantes universitarios. *Terapia psicológica*, 26(2), 229-239.
- Maquirriain, M. (1988). Intimidación humana y análisis transaccional (47-82). España: Narcea.
- Pasini, W. (1990). *Intimidación más allá del amor y el sexo*. México: Paidós
- Phillips, T., Wilmoth, J. D., Wall, S. K., Peterson, D. J., Buckley, R. & Phillips, L., (2013) Recollected Parental Care and Fear of Intimacy in Emerging Adults, *The Family Journal* 21: 335 originally published online 2 May 2013. Recuperado de <http://tfj.sagepub.com/content/early/2013/04/22/1066480713476848.full.pdf+html>
- Rivera, D., Cruz, C. & Muñoz, C. (2011) Satisfacción en las Relaciones de Pareja en la Adulthood Emergente: El Rol del Apego, la Intimidad y la Depresión. *Terapia Psicológica*, 29, 77-83.
- Sprecher, S. y Hendrick, S.S. (2004). Self-disclosure in intimate relationships: associations with individual and relationship characteristics over time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(6): 857-877.
- Sternberg, R. (1990). A triangular theory of love. *Psychology Review*, 93(2), 119-138.
- Sternberg, R. (1998). *El triángulo del amor*. México: Paidós.
- Tarrés, M. L (2004). *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Flacso
- Telferner, U. (2006) *Ho sposato un narciso* (7-80). Roma: Castelvecchi
- Telferner, U. (2013) *Gli amori briciola. Quando le relazioni sono asciutte* (7-80). Roma: Magi.
- Vargas, J. e Ibáñez, E. (2008) La diferenciación como un modelo para el análisis de las relaciones de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11, 1 (102- 115). Revisado en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num1/vol11No1Art6.pdf>
- Waring, E. M. (1984). Facilitating marital intimacy through self-disclosure. *The American Journal of Family Therapy*, 19(4), 123-136.

4.1.2 Habilidades de enseñanza y difusión de conocimiento

Programa de intervención comunitaria

En la Tabla 33 se describen las principales características del taller *Entrevista inicial a parejas*, cuyo objetivo principal fue proveer de recursos para que el alumnado de nivel licenciatura, que ejerce funciones de entrevista inicial en el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”, y así pueda brindar mejor servicio a las parejas que solicitan la atención. El protocolo adoptado para el taller fue elaborado *ad hoc* y se presenta en la siguiente sección como parte de los productos tecnológicos.

Tabla 33

Taller “Entrevista inicial a parejas”

Participantes	Guía Instruccional
Dirigido a estudiantes de psicología del Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes” No. de participantes: 10 a 20 Lugar: Centro de Atención psicológica “Los Volcanes”	<i>Duración:</i> 4 hrs <i>Periodo:</i> 2 viernes de febrero de 2016 <i>Horario:</i> 10:00 am 12:00 hrs <i>Instructores:</i> Nara Gabriela Pérez Mercado Guillermo Javier Preza Carreño Fabiola Ordaz Hernández Yineguela Jiménez Álvarez
<i>Objetivo general</i>	Al finalizar el taller, l@s participantes implementaran técnicas para la entrevista inicial a parejas.
<i>Recursos asignados</i>	Aula amplia, cañón de proyección, laptop, hojas blancas de papel, plumones para pizarrón de colores.

Productos tecnológicos

Traducción y subtítulaje

Bajo supervisión del Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez y en colaboración con mi compañero Mario Ulises Martínez Quintana, traducimos y subtitulamos el video “Series de maestros 1987” de la Asociación Americana para la Terapia Matrimonial y Familiar. Dicha Las cintas en estas series fueron grabadas en vivo en la conferencia de la AAMFT en octubre de 1987 en Chicago, Illinois. Las familias que aparecen fueron traídas por sus terapeutas para una consulta especial con maestros visitantes: Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

Protocolo de entrevista inicial a parejas

El propósito del *Protocolo de entrevista inicial a parejas* es facilitar el proceso de la entrevista inicial tanto para los consultantes como para el Centro de Servicios Psicológicos “Los Volcanes” y está dedicado a toda aquella alumna (o) que desee enriquecer su conocimiento práctico-teórico para entrevistar parejas.

PROTOCOLO DE ENTREVISTA INICIAL A PAREJAS

Fabiola Ordaz Hernández, Yineguela Jiménez Álvarez y Nara Gabriela Pérez Mercado

Snyder, Castellani y Whisman (2006) refieren que uno de los principales indicadores sociales de malestar en la pareja es el aumento en la tasa de divorcios. En lo que respecta a en nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) reporta en la última década los divorcios en México han aumentado en un 76.5%.

Después de revisar numerosos estudios, Snyder *et al.* (2006) sugieren que el malestar en la pareja tiene una prevalencia marcadamente alta, la cual se vincula a problemas emocionales, conductuales y de salud en ambos miembros de la pareja y sus descendientes, cuando los hay. Además, refieren que entre las personas que buscan la ayuda de profesionales de la salud mental, los conflictos de pareja son las preocupaciones reportadas con mayor frecuencia.

¿Por qué las parejas asisten a terapia?

Autores como Gurman (2008, p.4) sintetizan las principales razones por las que las parejas buscan o son referidas a terapia conjunta: temas relacionales como puede ser la desconexión emocional, luchas de poder, dificultades en la resolución de conflictos y comunicacionales, celos y relaciones extramaritales, insatisfacción sexual, así como abuso y violencia.

De acuerdo con Bowen (1979), cuando la familia acude a consulta, lo hace da debido a que la flexibilidad y el intercambio entre sus miembros está muy limitado y la diferenciación del yo entra en conflicto. En la familia, la pareja emplea, tres mecanismos para evitar la fusión del yo:

- El *conflicto conyugal*, en el que ninguno cede ante el otro.
- La *disfunción de un cónyuge*, cuando, tras un breve periodo de conflicto siga la rendición de uno de los conyugues con el fin de atenuar el problema.
- La *transmisión del problema* a uno o más hijos.

Partiendo de la Teoría de Bowen, Crawley y Grant (2010), consideran que todas las parejas están inmersas en un esquema de triangulación, cuya intensidad depende del grado de diferenciación que cada integrante tenga respecto a su familia de origen. La tarea del terapeuta será distinguir dichas triangulaciones, al tiempo que reconoce que él mismo participa en una de ellas.

Contexto cultural

Otro de los factores que influyen en la dinámica de la pareja es el contexto cultural. Es la cultura la que permite dar significado a esquemas de convivencia como lo son el matrimonio, la maternidad, la paternidad o la lealtad filial, pero también a su “papel sancionador” de los roles sociales existentes y a su conexión con las instituciones que refuerzan la reproducción de los mismos (Ariza, y De Oliveira, 2004).

A partir de 1970, el patrón del modelo familiar que consistía en el que el jefe de familia varón fuera el principal sustento económico de la familia, se ha venido modificando, al grado que, del periodo comprendido entre 1970 y 2000 este modelo se ha modificado y perdido importancia, dando paso a que las mujeres se posicionen dentro del mercado laboral con un importante aumento en su participación económica (Rendón, 2004).

Asimismo, Ordaz (2010) señala que las mujeres al 2013 han aumentado su participación económica pasando del 17.6% en 1970 al 43.3% en el 2013, mientras que en los hombres ha disminuido en más de un 6%.

Estos cambios han provocado que la convivencia dentro de la familia también se modifique, y que cada vez existan más hogares con una jefa de familia mujer, la cual se encarga de realizar tanto trabajo “doméstico” no remunerado como el trabajo “extra doméstico”. A este respecto Rendón (2004) alude que, mientras los hombres dedican en promedio 13 horas a las labores domésticas, las mujeres jefas de familia dedican 37 horas, lo que deriva en mayor carga de trabajo para las mujeres, aunado a que la remuneración del trabajo no es equitativa en el mercado laboral, ya que para que por el mismo trabajo y las mismas horas de una jornada laboral, el sueldo de los hombres es superior que el de las mujeres.

Aunado a esta desigualdad en el ámbito laboral, se suman las dificultades a las que se enfrentan las mujeres al asumir tareas que se les designan tradicionalmente como parte de sus “roles de género” como son las tareas de “economía de cuidado”.

Cambios que enfrentan las parejas hoy en día

De manera breve podemos mencionar siguiendo a Biscotti (2006) que los cambios que las parejas enfrentan hoy día están grandemente influidos por dos transformaciones socioculturales importantes.

El cuestionamiento de la idea de matrimonio y familia como algo para siempre.

Este punto tiene íntima relación con una de las problemáticas principales que motivan la búsqueda de terapia, la infidelidad. Si nos encontramos con un caso de esta índole es importante indagar si la infidelidad forma parte de la historia de la relación de pareja e incluso de la historia familiar de los cónyuges. En el terreno interaccional puede ser útil indagar cual es la danza (pauta que se da en la pareja) por ejemplo: perseguidor- perseguido. Así como indagar los significados que tiene para cada miembro de la pareja la infidelidad, estos elementos pueden resultar útiles para un mapeo inicial de la situación problemática.

Un segundo problema que tiene estrecha relación con el cambio sociocultural mencionado, es el tema del divorcio, las parejas pueden acudir al principio buscando una opinión que valide dicha decisión o bien buscando llegar a los nuevos arreglos de convivencia, esta posibilidad de disolver un primer vínculo y establecer otro también abre camino a transiciones complejas relacionadas con la formación de una nueva familia, en la que es posible que cada nuevo cónyuge tenga hijos de la unión anterior, por lo que será necesario indagar sobre la dinámica de las familias en cuestión, y establecer claramente el rol de los cónyuges frente a los hijos del otro/a.

El cambio en los roles tradicionales asignados a hombre mujer

Este aspecto está íntimamente relacionado con el juego de poder en la pareja, la asignación en las tareas hogareñas y de desarrollo de la familia, la crianza de los hijos, el manejo del dinero, entre otros aspectos, que también pueden motivar la consulta de parejas. Resulta importante que el entrevistador tenga claros sus pre conceptos sobre lo que se debe esperar de ser un “hombre” y una “mujer”, para poder ayudar la pareja a visibilizar los suyos y cuestionar su utilidad para la relación.

Sobre la influencia del género en la terapia se continuará abordando en los párrafos siguientes.

Perspectiva de género en la terapia de pareja

La terapia familiar feminista propone una serie de valores para trabajar con las familias y parejas (Goodrich, *et al.*, 1989):

- La estructura familiar no tiene por qué ser jerárquica para llevar a cabo las funciones familiares; en cambio ha de ser democrática, sensible y consensual.
- Tanto hombres como mujeres tienen la responsabilidad de ver por la calidad de la vida conyugal y familiar.

- Las buenas relaciones no están dadas por la ejecución rígida de cada rol de género ni por su diferencia entre ellos, sino por la cooperación mutua, la reciprocidad y la interdependencia.
- El respeto, el amor y la seguridad necesarios para el óptimo desarrollo no está reservado sólo para las familias que entran dentro del esquema de “familia normal”, también se da en la diversidad familiar.
- Poner al servicio las capacidades propias en beneficio de los demás y propio, sustituye la disputa de poder en las relaciones.
- Las terapeutas tienen el deber de vislumbrar aquellos temas relativos al género que afectan e influyen en la dinámica de la relación y afecta a los individuos.
- Todas las terapeutas trabajamos desde nuestra propia percepción y experiencia e inevitablemente traemos esto a terapia; por ello es importante tener en cuenta desde dónde puntuamos o hacemos intervenciones, analizar las expectativas de la familia influidas por nuestro sexo.

¿Cómo afectan los roles de género?

A las mujeres se les forma con la idea de que son las encargadas de velar por la calidad de las relaciones, se les asigna la tarea de cuidar de los demás incluso traspasando sus propios límites o necesidades. La imagen ante los demás es valorada y se objetivista su ser. Las aprobaciones que provenga del exterior es mucho más valorada, y si viene de su pareja está es mayormente valorada. Por eso es más común que una mujer se valore y se defina a sí misma con más intensidad a través de la mirada del otro. Mientras que para los hombres el valor de su persona está dado por el hacer cosas y tener “poder” sobre otros (Walters, M., Carter, B. Papp, P. y Silverstein, O. 1991; Goodrich, *et al.*, 1989)

Jessie Bernard (1972 citada en Walters, *et al.* 1991) documenta que, al casarse o vivir en pareja, los hombres se benefician física, social y psicológicamente, pero no así las mujeres. Mucho de esto se relaciona con el sometimiento inconsciente a los mandatos culturales del patriarcado, los cuales llevan a las mujeres a responsabilizarse y culparse por el bienestar/malestar de los demás.

Encuadre para la entrevista inicial

Scheinkman (2008) refiere que al trabajar con parejas, es fácil sentir agobio tanto por la dinámica de la pareja como por la gran cantidad de modelos disponibles en el campo de la terapia de pareja, por lo que sugiere algunos principios básicos:

- Escuchar la perspectiva de cada uno de los integrantes.
- Buscar comprender lo que cada quien espera del proceso.
- Explorar historia de la relación de pareja.
- Indagar historia del problema y cómo han intentado solucionarlo.
- Reconstruir la estructura familiar buscando pautas de relación así como eventos y transiciones que pudieron precipitar o exacerbar las dificultades de pareja
- Intentar comprender “¿por qué ahora?”
- Rastrear y reconocer los recursos y puntos fuertes de la relación.
- Proveer esperanza activamente subrayando que los procesos de cambio son progresivos.

Al momento de entrevistar a la pareja, la cual generalmente llega al consultorio polarizada y con altos niveles de tensión, se sugiere tomar en cuenta las siguientes reglas que ayudarán como un encuadre para la terapia y a facilitar el proceso terapéutico.

Se les especificará que tendrán el mismo tiempo para hablar. Los terapeutas encargados de la entrevista deben cumplir este requerimiento para que la entrevista no se cargue más hacia un lado de la pareja y mantenga un equilibrio, promoviendo que quién hable menos de la pareja

hable más y quién hable más lo haga menos. De esta forma los terapeutas mantienen ambas perspectivas y no generan la sensación de parcialidad, el cual es uno de los motivos por el que las parejas no vuelven (Scheinkman, 2008).

Se les solicitará no gritar, ni descalificar a su pareja debido a que los gritos no forman parte de la solución a su problema y las descalificaciones tampoco.

Si es un problema de violencia se decidirá si la modalidad que mejor les conviene es la individual (dependiendo del grado de violencia, tiempo que ha durado y teniendo en cuenta que es también un problema legal).

Se les pedirá no hablar fuera del consultorio de temáticas que provoquen mucha tensión y conflictos como un compromiso terapéutico, sugiriendo suspender de forma temporal la toma de decisiones sobre su futuro. Se busca que la pareja aproveche el espacio terapéutico para tomar dichas decisiones de una forma menos reactiva y más reflexiva.

Se les aclarará que cualquier cosa dicha de forma personal al terapeuta podrá ser dicha posteriormente a la pareja, en caso de que lo que quieran ver sean temas relacionados con su historia personal y trabajar ciertas conductas o emociones para ayudar a la pareja se sugerirá la modalidad de terapia individual para tratar estas temáticas y la de pareja para las correspondientes. (Esto para cuidar a los terapeutas envueltos en algún secreto y que por el contrato de confidencialidad no puedan confesar a la pareja y sea algo importante de abrir).

Se hará el encuadre perteneciente al Centro de Servicios Psicológicos o Centro Comunitario que decida utilizar este protocolo.

Preguntas para parejas

Los terapeutas deben sondear a los miembros de la familia planteando preguntas, parafraseando sus contestaciones y anotando sus respuestas verbales y no verbales con el fin de

establecer las distinciones de sus experiencias. Esta actividad es la razón de que esta directriz haya recibido el mote de “circularidad”.

Toda pregunta planteada por un terapeuta expresa algún propósito y se origina de cierta suposición. Muchas preguntas tienen la intención de orientar al terapeuta hacia la situación y experiencias del paciente, otras se plantean principalmente con el objeto de provocar un cambio terapéutico.

Intenciones y suposiciones del terapeuta.

Cada pregunta sugiere una intención y ya sea de manera consciente o inconsciente, el terapeuta tiene algún propósito al plantearla. La intención más común detrás de las preguntas que plantea el terapeuta es averiguar algo sobre los pacientes o sobre su situación. El propósito inmediato al preguntar es desarrollar la interpretación del terapeuta. En general no se espera que los miembros de la familia cambien como resultado de estas preguntas. El lugar principal de cambio es el terapeuta no el paciente ni la familia. La meta en esos momentos de la entrevista es que el terapeuta se oriente hacia la situación problemática y las experiencias idiosincrásicas del paciente y los miembros de la familia. En los primeros momentos de la entrevista el terapeuta plantea *preguntas de orientación*.

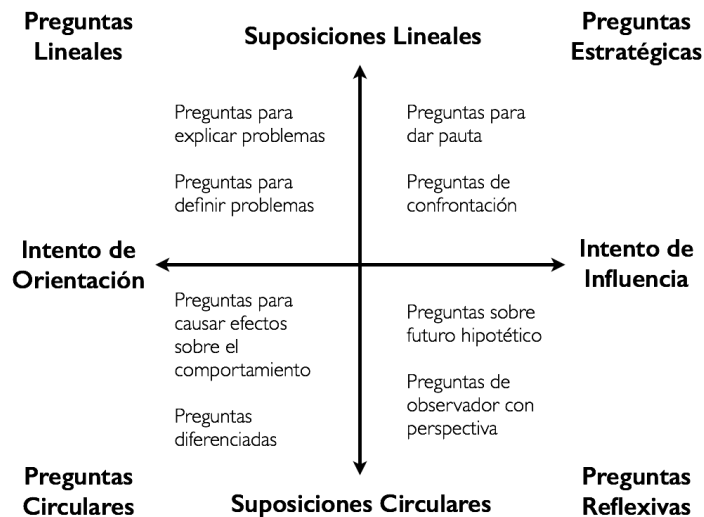
Las preguntas de orientación están diseñadas para invitar una respuesta que altere las percepciones e interpretaciones del terapeuta, en tanto que las preguntas de influencia están diseñadas para desencadenar una respuesta que podría alterar las percepciones e interpretaciones de la familia.

Hay cuadrantes los cuales pueden utilizarse para distinguir cuatro tipos básicos de preguntas (Figura 8). El eje horizontal representa el grado en que la intencionalidad del terapeuta se orienta hacia el cambio propio (del terapeuta) o hacia el cambio de los demás (pareja). El eje vertical representa el grado de linealidad o circularidad en las suposiciones del terapeuta sobre el

proceso mental relevante. Se puede esperar que los diferentes tipos y secuencias de preguntas muestren efectos muy diferentes en la conversación terapéutica (Tomm, 1985).

Figura 8

Tipos básicos de preguntas



Nota: Karl Tomm (1985)

Cuatro tipos principales de preguntas

Preguntas Lineales: Se plantean para orientar al terapeuta hacia la situación del paciente y están basadas en suposiciones lineales sobre la naturaleza de los fenómenos mentales. La intención detrás de estas preguntas es predominantemente de investigación. Con este modelo de indagación el terapeuta tiende a adoptar una posición reduccionista tratando de determinar la causa específica del problema.

Las preguntas lineales sobre los problemas tienden a expresar una actitud de juicio, o sea, que algo en el individuo está mal y debería ser de otra manera. Estas preguntas pueden ser un estímulo para que los miembros de la familia se juzguen entre si mientras van dando sus respuestas.

Preguntas Circulares: Se plantean para orientar al terapeuta hacia la situación del paciente, pero se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza de los fenómenos mentales. La *intención* detrás de estas preguntas es predominantemente exploratoria.

Estas preguntas tienden a ser más neutrales y las respuestas que se obtienen de los miembros de la familia tienden a juzgar menos. Las preguntas circulares tienden a caracterizarse por una curiosidad general sobre la posible conexión de eventos que incluyen el problema, más que una necesidad específica para conocer los orígenes precisos del problema.

Preguntas Estratégicas: Estas preguntas se plantean con el fin de influencia al paciente o a la familia de manera específica, y se basan en suposiciones lineales sobre la naturaleza del proceso terapéutico. La intención detrás de estas preguntas es principalmente correctiva. El terapeuta se comporta como profesor, instructor, o juez, informando a los miembros de la familia donde tuvieron sus errores y como deberían comportarse. Aunque esto se hace indirectamente en forma de preguntas.

Al efectuar preguntas estratégicas el terapeuta impone su opinión de “lo que debe ser”. Algunas veces se necesita una directriz o confrontación del terapeuta para movilizar un sistema atorado, pero demasiada directriz en este modelo de interrogatorio podría arriesgar una ruptura en la alianza terapéutica.

Preguntas Reflexivas: Estas preguntas intentan influencia al paciente o a la familia de forma indirecta o general, y se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico. La *intención* detrás de estas preguntas es predominantemente para dar facilidad. Una de las presuposiciones principales detrás de estas preguntas es que el sistema terapéutico es co-evolucionario y lo que el terapeuta hace es desencadenar la actividad reflexiva en los sistemas de creencias que preexisten en la familia.

Estas preguntas son reflexivas porque están formuladas para accionar a los miembros de la familia a reflexionar sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales para considerar nuevas opciones. Las habilidades bien desarrolladas para sostener la postura conceptual de neutralidad contribuyen a que una pregunta de influencia resulta más reflexiva que estratégica.

La diferencia entre estos grupos sería aún más evidente si estuvieran presentes la cadencia vocal, el tono y el comportamiento no verbal de terapeuta. Lo que es enfático aquí es que la diferenciación de estas preguntas no depende de su estructura sintáctica o su contenido semántico. Depende de las *intenciones* y suposiciones del terapeuta al preguntar.

Preguntas propuestas para la entrevista inicial

Las siguientes preguntas son propuestas del modelo de Terapia Centrada en las Soluciones, la Narrativa y el Modelo de Terapia Centrada en el Problema.

- ¿Por qué decidieron solicitar pedir el apoyo, justo ahora?
- ¿Logran ubicar algún suceso que contribuyó a que la situación que están pasando se agudizara/ hiciera más fuerte? (Modelo Centrado en el Problema).
- ¿Las discusiones que tienen entre ustedes son útiles o terminan en acuerdos y soluciones? (Modelo de soluciones).
- ¿Qué daño esta relación? (Narrativa).
- ¿Querrían repararla?, ¿qué les gustaría reparar en particular? (Modelo de Soluciones).
- Si su relación de pareja hablara, ¿qué diría acerca de cómo ustedes la cuidan? (Narrativa).
- ¿Cómo le haces saber que lamentas lo que ocurrió? (Narrativa).
- ¿Cuál es el costo para ti de mantenerte en esta postura y para la relación? (Modelo Centrado en el Problema).

- ¿Qué tanto seguir en este tema... te impide o ayuda a lograr lo que quieres en tu relación... y en tu vida? (Narrativa).
- ¿Cuáles son los intentos de solución que le han dado a sus problemas? descríbanlos en forma de acciones (Modelo Centrado en el Problema).
- ¿Si fuera una videocámara y los estuviera observando desde que comenzó el problema que hubiera visto que hacían en acciones? Descríbanlo en secuencias seguidas (Modelo Centrado en el Problema).
- ¿Si el problema que los trajo a terapia pudiera hablar que les diría, que nombre le pondrían, que mensaje les daría? (Narrativa).
- ¿Cómo es que esta situación se ha convertido en un problema para esta pareja? (Modelo Centrado en el Problema)
- ¿Cómo ayudas a tu pareja a que participe en el problema? (Modelo centrado en el Problema).
- ¿Cómo es su relación fuera del problema? (Narrativa).
- ¿Cómo es él/ ella sin la influencia del problema? (Modelo de soluciones).
- ¿Qué tipo de cambios les gustaría ver? (Modelo de soluciones).
- ¿Qué explicación tienen de por qué cambio su relación de pareja? ¿Cómo era antes? ¿Cómo es ahora? (Modelo centrado en el problema).
- ¿Cómo les gustaría que fuera en el futuro su relación? (Modelo de soluciones).
- ¿Cómo se imaginan la relación si las cosas siguen iguales? ¿Qué tendrían que hacer para que las cosas sigan iguales a lo largo del tiempo? (Modelo de soluciones).
- ¿Por qué lo amas o la amas? ¿Qué impide que su amor siga creciendo? (Narrativa).
- ¿Cómo se imaginan su vida sin el problema que los hizo venir a terapia? (Modelo de Soluciones).

- ¿Qué tendría que suceder para que sintieran que la terapia fue exitosa? (Modelo de soluciones).
- ¿Qué les gustaría que se mantuviera igual en la relación? (Modelo de soluciones).
- En una escala del 1 al 10, ¿cuál es el nivel de compromiso de cada uno para mejorar su situación? (Modelo de soluciones).
- ¿Cómo es que esta pareja había funcionado hasta ahora? (Narrativa).
- ¿Qué es lo que actualmente está haciendo cada uno para mejorar su situación? (Modelo de soluciones).
- ¿Cómo se siente el otro miembro de la pareja cuando tú haces o dices...(situación conflictiva)? (Modelo de soluciones).
- ¿Cómo notarías (en acciones observables y concretas) que tu relación es como la deseas? (Modelo de soluciones).

Estas preguntas son una propuesta que no tienen que ser seguidas en orden, sino que cada terapeuta decide su propio orden, cuáles utiliza y cuáles no, cuáles parafrasea y adapta a los consultantes, al motivo de consulta y al *timing* de la sesión y el proceso.

Referencias

- Ariza, M. y De Oliveira, O. (2004), "Universo Familiar y Procesos Demográficos" en, Ariza, M. y De Oliveira, O. (coords.) *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México: UNAM.
- Biscotti, O. (2006) *Terapia de pareja. Una mirada sistémica*. Lumen: Buenos Aires. Pág. 13-90, 131-146.
- Bowen, M. (1979) *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós: Barcelona.
- Crawley, J. y Grant, J. (2010) *Terapia de pareja. El yo en la relación*. Morata: Madrid.
- Goodrich, T. Rampage, Ch. Ellman, B. y Halstead, K. (1989) *Terapia familiar feminista*. Paidós: Buenos Aires.
- Gurman, A.S. (2008). "A Framework for the comparative study of couple therapy: History, models, and applications" en Gurman, A.S. (edit) *Clinical Handbook of Couple Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios en México. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/matrimonios2017_Nal.pdf
- Ordaz, G.; Monroy, L. y López, M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México: Mc editores.
- Rendón, T. (2004) "El mercado laboral y la división intrafamiliar del trabajo" en, Ariza, M. y De Oliveira, O. (coords.) *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México: UNAM.
- Scheinkman, M. (2008). The Multi-level Approach: A Road Map for Couples Therapy. *Family Process*. Vol. 47, pp. 197-213
- Snyder, D.K., Castellani, A.M. y Whisman, M.A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*. Vol. 55, pp. 317-344
- Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell & R. Draper (eds.), *Applications of systemic family therapy: The Milan approach*. London: Grune & Stratton,
- Walters, M., Carter, B. Papp, P. y Silverstein, O. (1991) *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Paidós: Buenos Aires. Pp. 29-46 225- 317.

Asistencia y participación en eventos académicos

Como parte de las actividades formativas, el programa de Residencia en Terapia Familiar prevé la participación de sus alumnos en foros académicos, sea como asistentes que como ponentes exponiendo algún proyecto desarrollado dentro de la residencia. Esto permite no sólo desarrollar habilidades de difusión de conocimiento, sino además mantenerse actualizado y generar redes de trabajo con colegas de diferentes proveniencias, tanto teórico-metodológicas como culturales.

En el caso de quien escribe, algunas de las participaciones en dichos foros fueron:

Expositora en el *XXI Congreso Nacional de Psicología Clínica "Familia y Pareja: Tradición y diversidad"* realizado en Santiago de Chile, Chile, del 23 al 25 de octubre de 2014. En dicho evento fueron presentadas en modalidad simposio dos investigaciones realizadas en co-autoría con Esther González Ovilla y Vianey Méndez Vergara. La primera, "Miedo a la intimidad en las relaciones de pareja y lazos parentales en adultos emergentes", presentada por mí. La segunda, "Construcción de una escala para medir el miedo a la intimidad afectiva en la adultez emergente", presentada por Esther González Ovilla.

Asistencia a diferentes eventos entre los que figuran: *3er. Congreso Internacional de Terapia Breve y Familiar "Continuación y Transición de lo Sistémico"* del 22 al 24 de noviembre de 2013 en Puebla, México; Seminario *Curiosidad, una aproximación sistémico-construccionista: otra visión y otra posición* impartido por el Dr. Antonio Caruso el 18 de noviembre de 2013 en Ciudad de México, México; Taller *Problem solving aplicado a comportamientos autodestructivos* con el Dr. Giorgio Nardone el 1 y 2 de septiembre de 2014 en Guadalajara, México; Seminario *La aventura de la diferencia. Sistemas de pensamiento y prácticas sistémicas en una cultura de la posmodernidad* con el Dr. Pietro Barbetta del 17 al 19 de octubre de 2014 en Ciudad de México, México; Taller *Visualizando las prácticas de poder en el trabajo terapéutico y comunitario. Reflexiones acerca del*

poder con la Dra. Maggie Carey el 14 y 15 de noviembre de 2014 en Ciudad de México, México; Homenaje *Il pensiero di Luigi Boscolo 1967 – 2015 (El pensamiento de Luigi Boscolo 1967-2015)* el 28 de marzo de 2015 en Milán, Italia; Congreso *Dagli interventi paradossali alle narrazioni molteplici: 40 anni di Psicoterapia Relazionale Sistemica 1975-2015 (De las intervenciones paradójicas a las narraciones múltiples: 40 años de Psicoterapia Relacional Sistémica 1975-2015)* del 25 al 27 de junio en Roma, Italia.

Programa de movilidad internacional. Centro Bolognese di Terapia della Famiglia.

El Programa de Maestría y Doctorado de la UNAM, con el apoyo del CONACYT, ofrece a sus alumnos la oportunidad de realizar estancias en centros académicos y de investigación de alto reconocimiento a nivel internacional. En mi caso, realicé una estancia académica durante el semestre 2015-2 en el *Centro Bolognese di Terapia della Famiglia*, ubicado en Bolonia, Italia. Dicho centro es sede de una de las escuelas con mayor reconocimiento a nivel internacional en el ámbito de la terapia familiar, el *Centro Milanese di Terapia della Famiglia*. Entre sus actividades principales se encuentran la formación de terapeutas, la atención clínica y la investigación.

La asistencia a lecturas teóricas y el entrenamiento clínico se realizaron de forma dual: con el grupo de 3er año de formación, siendo los docentes a cargo el Dr. Massimo Matteini y el Dr. Paolo Sacchetti con la Dra. Francesca Luppi como docente en formación; y con el grupo de 4º año con la Dra. Anna Castellucci y la Dra. Laura Fruggeri como docentes principales y el Dr. Daniele Tavera como docente en formación. El resto de las actividades se llevaron a cabo sin distinción en el año de formación del alumnado. En la Tabla 34 se describe el programa completo.

Tabla 34

Programa Centro Bolognese Terapia della Famiglia

Centro Bolognese di Terapia della Famiglia Tutora: Dra. Laura Fruggeri	
Objetivos del programa	<ul style="list-style-type: none"> - Forma en la que se declina el modelo sistémico en la práctica clínica, con referencia a contextos específicos (individuo, pareja, familia, sistema alargado). - Análisis de la construcción de la relación terapéutica. Los estudiantes se confrontarán con la teoría de la práctica y con el aprendizaje del "hacer" sistémico dirigido por el "pensamiento" sistémico. - Adquisición del estilo terapéutico propio, de la capacidad de conducir la sesión, de refinar la atención al proceso terapéutico (cómo estar en una sesión de forma diferente según las distintas fases del proceso terapéutico, incluida la finalización del mismo) - Trabajar en los prejuicios - Comprensión de los sistemas alargados. - Timing - Profundización del tema del yo terapéutico. - Reflexiones sobre la terapia en diversos contextos (individuo, pareja, familia, supervisión, en la esfera privada, en el sistema público) - Reflexiones sobre nuevas formas de familia. - Profundización de la técnica clínica. - Responsabilidad terapéutica en diferentes contextos (capacidad de hacerse cargo de la relación con el otro sin juicio). - Conciencia del propio rol en la construcción de la relación. - Supervisión de pares - Aprender modelos específicos de intervención terapéutica en el trabajo con parejas o individuos o familias.
Actividades específicas	<ul style="list-style-type: none"> - Lecturas y discusiones grupales - Observación de las sesiones de terapia y simulación detrás del espejo (preparación de la sesión con reflexiones, hipótesis y conexiones con las teorías y textos leídos; al final de la sesión reflexiones sobre la conducción y el progreso de la sesión) - Presentación de casos por parte de alumnos - Análisis grupal sobre los contextos de pertenencia de los alumnos. - Ejercicios a partir de los casos presentados por los alumnos. - Ejercicios para no apegarse al propio punto de vista y para desarrollar actitudes en diferentes momentos de terapia - Reflexiones sobre el alta clínica - Casos clínicos presentados por estudiantes o vistos durante el entrenamiento y discusión grupal. - Discusión cruzada de los casos - Proponer contextos de refinamiento de la creatividad del estudiante (técnicas experienciales, uso de collage fotográfico, uso de técnicas narrativas y metafóricas). - Proponer literatura de casos clínicos como estímulo para inventar historias evolutivas. - Razonar sobre cómo cada estudiante está creando su propia versión de la teoría sistémica y está dialogando con las otras teorías y prácticas que se entrecruzan con la sistémica (que sigue conociendo en las lecciones teóricas, que ya usaba, que está usando); reflexionar sobre los puntos de contacto y diferencias, coherencias e inconsistencias. - Estas actividades se integrarán con seminarios temáticos sobre: gestión de conflictos, dependencias, diferentes normalidades, abusos, inmigración y el papel de la CTU (asesor técnico judicial) <p>La caracterización de la metodología es el aprendizaje grupal de forma activa y experiencial. Dentro de la lección el rol del docente es facilitar el proceso.</p> <p>El aprendizaje se logra a través de herramientas como lecciones frontales, role playing y trabajo en grupos pequeños. La estructura de las lecciones incluirá:</p> <p>Discusión y debate sobre la teoría estudiada trabajando en pequeños grupos.</p>
Metodología utilizada	<p>Discusión extendida a todo el grupo con atención por parte del docente tanto a la dinámica del grupo como a la participación individual, tanto al aprendizaje como al esclarecimiento de los conceptos teóricos.</p> <p>Uso de ejercicios tales como role playing y simulación para aplicar la teoría a la práctica.</p> <p>Visión de casos grabados en video para discutir en grupo.</p> <p>Observación y evaluación de los efectos y de los aprendizajes de los otros módulos presentes en el curso por parte de cada estudiante.</p> <p>Experimentación personal.</p>
Distribución horaria	<p>24 horas x 9 días de entrenamiento clínico</p> <p>4 horas x 9 días de seminarios con tópicos clínicos específicos</p> <p>3 horas por 9 días de seminarios experienciales</p> <p>5 horas x 9 días de lecturas teóricas</p> <p>6 horas a la semana de participación en equipo terapéutico</p>

Además, el centro ofrece a sus alumnos una serie de seminarios clínicos específicos con docentes de la institución y con expertos del sector, haciendo más rica la formación y estableciendo relaciones con el mundo laboral. Durante mi estancia se realizaron los que siguen:

- *El uso de las máscaras en terapia* por la Dra. Anna Castellucci.
- *La intervención sistémica en campo oncológico* por la Dra. Alejandra Berardi.
- *Maltrato, violencia y abuso: casos clínicos y sistemas terapéuticos* por la Dra. Agnese Cheli.
- *La terapia individual en el enfoque sistémico-relacional* por la Dra. Marzia Mucci.
- *El CTU en óptica sistémico-relacional* por el Dr. Severo Rosa.
- *Metodología de análisis del proceso terapéutico* por la Dra. Francesca Balestra.
- *La alianza terapéutica* por la Dra. Francesca Balestra.
- *La dimensión cultural en la orientación y en la práctica sistémica* por el Dr. Andrea Davolo.
- *El poder evocativo del lenguaje: técnicas para cambiar el punto de vista* por la Dra. Gabriela Gaspari.

4.1.3 Habilidades de compromiso y ética profesional

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM prevé para sus egresados el desarrollo de habilidades y competencias dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social. En el caso de la Residencia en Terapia Familiar (Posgrado en Psicología, 2019), dicho marco enfatiza los siguientes puntos:

- Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.
- Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.

- Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.
- Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional.
- Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional.
- Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante.
- Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si el tutor lo considera necesario (s/p).

Por su parte, la Comisión de Honor y Justicia de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar en su Código Ético delinea los estándares de comportamiento de sus miembros (AMTF, 1999), regulando la buena praxis de terapeutas y tutelando tanto los derechos como el bienestar de los pacientes. Las temáticas principales abordadas en el Código son: Responsabilidad, Confidencialidad, Capacidad e integridad profesional, Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados, Responsabilidad con los participantes de investigaciones, Responsabilidad con la profesión, Arreglos financieros y Publicidad.

Respecto a la ética, desde un punto de vista más teórico, Telfener (2014) señala que es necesario ser conscientes de aquello que decimos y hacemos dentro del espacio terapéutico y los contextos en los que participamos como profesionales ya que, desde la cibernética de segundo orden (sistemas observantes), el mundo ya no es externo, separado de nosotros y sobre el cual intervenimos, sino que se vuelve un mundo en el cual el actor interviene en sí mismo porque está incluido en la organización del mundo, lo que tiene una fuerte implicación en la concepción epistemológica de la ética. En palabras de von Foerster (en Telfener, 2014b, p 158) “cada vez que actúo aquí y ahora no sólo cambio yo, sino cambia el universo. Esta posición liga al sujeto con sus acciones de manera inseparable a todos los demás, estableciendo así un pre-requisito para fundar

una ética". Al asumir que formo parte de aquello que observo me es devuelta la libertad de afrontar una situación y con esta libertad, también es devuelta la propia responsabilidad. Así, dicho autor afirma que "la ética es implícita y la responsabilidad explícita" (p.159). Esta postura de responsabilidad del observador frente aquello que observa le brinda un rol activo en el proceso, y en nuestro caso un rol activo en la generación de nuevos significados y relaciones. Así, la ética se vuelve el dominio en el que nosotros terapeutas asumimos la responsabilidad de las decisiones que tomamos durante el proceso terapéutico, de las palabras y acciones, siendo la responsabilidad más importante la capacidad de incluirnos a nosotros mismos en aquello que observamos, entrando en primera persona en la relación el otro u otros.

Asumiendo "responsabilidad" como la habilidad de responder a las situaciones a las que debemos hacer frente dando cuenta de las acciones propias o ajenas, conscientes de las consecuencias derivadas de la propia conducta, Telfener (2014b) propone un elenco de responsabilidades del clínico sistémico descritas en la Tabla 35.

Tabla 35

Responsabilidades del clínico

Tipo	Definición	¿Cómo se observa?
<i>Responsabilidad social</i>	Determinada por el mandato social, por la representación que encarna y por el resultado de las propias acciones en el mantener/deconstruir estructuras de poder.	¿Cuál es el rol que ocupo en la organización? ¿Qué esperan los otros de mí? ¿De qué forma me coludo con aquello que sucede?
<i>Responsabilidad personal</i>	Disponibilidad a transformarse personalmente (transformar las propias claves de lectura, revisar prejuicios inevitables, realizar acciones diferentes, aplicar la irreverencia, continuar la exploración, dejarse perturbar por el mundo) con el objetivo de construir un contexto que sea evolutivo y procesual.	<i>Hacia los demás:</i> Ganas de involucrarse Curiosidad (entusiasmo, energía) <i>Hacia los demás y sí mismos:</i> Tener una doble posición (dentro y fuera). Mantenerse informados, estimulados, sin burnout No caer en patrones repetitivos. Crear un contexto de respeto. Complejizar/transformar premisas.
<i>Responsabilidad relacional</i>	Considerando la relación como instrumento principal de trabajo, induce a reflexionar sobre el significado que las propias acciones tienen (y han tenido) sobre el consultante(s) y sobre los otros significativos en el contexto compartido.	Saber entrar en relación y crear una realidad en la cual sea posible trabajar. Crear un clima cálido, aceptante y respetuoso. Saber ser transparente abandonando el egocentrismo.
<i>Responsabilidad técnica</i>	Capacidad de considerarse competente respecto a un modelo subjetivamente elegido	Saber cómo intervenir y cuándo. Disponibilidad a modificar el proceso y cambiar ruta. Capacidad de leer la retroalimentación que se recibe.

Nota: Elaborado a partir de Telfener (2014). La responsabilità della co-responsabilità

Respecto al compromiso social, el terapeuta es invitado a asumir su rol como agente de cambio positivo en su comunidad, no sólo dentro del espacio terapéutico sino también en los demás espacios donde se desempeña profesionalmente (asociaciones, escuelas, universidades, medios de comunicación), por lo que sus intervenciones tendrán como objetivo participar activamente para la creación de comunidades más equitativas y emancipadoras, buscando la eliminación de las barreras sociales, económicas, políticas y culturales que bloquean el acceso de las personas a los recursos, a la autodeterminación y a la autodefinición, así como la marginalización vulnerabilización y patologización de la diversidad (Norsworthy, Abrams & Lindlau, 2012). En este sentido Fruggeri (2014) señala que el movimiento feminista norteamericano describió puntualmente el entramado entre malestar psicológico y calidad de las relaciones sociales, subrayando cómo los aspectos intrapersonales están conectados con aquellos interpersonales, y ambos con las condiciones socio-económico-institucionales como el género, la pobreza y la inequidad. La consciencia de tal entramado ha llevado al desarrollo de modelos terapéuticos más sensibles a temáticas sociales, ya que muchas de las nociones que se encuentran a la base de los diferentes modelos adoptados en el campo de la psicología, de la psicopatología, de la psicología clínica y de la psicoterapia se han construido a partir de una idea de familia nuclear tradicional descontextualizada. Así, la autora subraya la importancia de realizar una reflexión crítica sobre cómo nuestra práctica profesional puede llevar a reconstruir tales diferencias, a perpetuar la opresión, la discriminación y la estigmatización que las diferencias socio-económico-institucionales comportan.

Durante la formación, el desarrollo de las habilidades de compromiso y ética profesional se desarrollaron de forma transversal en todas las actividades y en todos los contextos institucionales en los que estuvimos involucrados como terapeutas en formación. Los docentes y supervisores se encargaron de que cada caso clínico fuera afrontado desde diferentes niveles de

análisis, tomando en cuenta no sólo el contexto sociocultural del mismo sino también las premisas de cada modelo terapéutico utilizado, pues como refieren Bannister y Fransella (1986), cada teoría psicológica propone inevitablemente valores, no es sólo un enunciado sobre las personas, sino una actitud, un posicionamiento hacia estas, una forma de entrar en relación. Así, fuimos convocados a reflexionar sobre la epistemología de cada modelo clínico, en su concepción de familia, de problema y de cambio, en los valores que enfatiza, además reflexionar sobre nuestras propias premisas y construcciones del mundo. Asimismo, fuimos invitados a aproximarnos a praxis profesionales concretas que miran al mejoramiento del tejido social, desde investigaciones cuyo objetivo fue comprender e intervenir en problemáticas significativas de nuestro contexto, preparación de talleres para responder a necesidades tanto de la comunidad directamente como para colegas de otros enfoques o de otras disciplinas, asegurarnos que una cuestión de economía personal no fuera un limitante para acceder al espacio terapéutico hasta efectuar posicionamientos públicos como colectivo de frente a problemáticas sociales y políticas.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Mi primera aproximación con la clínica fue durante la licenciatura, periodo en el cual cultivé gran interés por la psicoterapia psicodinámica, sin embargo dicho interés fue eclipsado por el involucramiento en proyectos de corte psicosocial desde una perspectiva de género. Para mí tanto la esfera intrapersonal como la interpersonal me resultaban importantes para explicar fenómenos objeto de estudio de la psicología, pero al momento de elegir una formación más especializada para llevar a cabo intervenciones concretas era como si tuviera que elegir entre una u otra esfera. Así, me encontré frente a formaciones en psicoterapia tradicional que consideraban el contexto psicosocial sólo de forma marginal y separadamente, y por otro lado las formaciones en investigación psicosocial que perdían de vista a las personas y la riqueza de sus experiencias, es decir, ninguna de estas trabajaba desde una propuesta de interacción inter-intra. Además, durante

el periodo que trabajé con niños en un ambiente educativo pude darme cuenta de primera mano de la importancia que tiene la familia como grupo primario, ya que en intervenciones que realizaba podía identificar avances que después, en una visión bastante reduccionista y lineal, veía como “boicoteados” por las familias. Posteriormente, en la búsqueda de nuevos marcos conceptuales y nuevas herramientas, por no mencionar que también en un proceso de reestructuración después de un momento complicado en mi vida personal y de una forma bastante fortuita, me encontré en un curso breve de Terapia Narrativa impartido por la Mtra. Miriam Díaz Zavala en la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología. Este encuentro me abrió el panorama y me introdujo a un nuevo paradigma que, si bien algunas de las certezas que habían guiado mi práctica profesional por años entraban en conflicto, también abría una gama de posibilidades de análisis, reflexión y acción más consonantes con aquello que yo estaba buscando.

La formación en Terapia Familiar Sistémica fue una gran experiencia de vida, una revolución radical, de esas que te revuelven todo pero que después poco a poco se va acomodando y cobrando sentido. Quizá podría describir mi proceso de formación como una experiencia análoga al proceso terapéutico: deconstrucción, reconstrucción y construcción de sentido y significados que conllevan con sí nuevas formas de hacer, esto a través de la interacción, dentro de un marco colaborativo y respetuoso. En este sentido, fueron dos años muy intensos con una gran repercusión transformativa tanto en mi identidad profesional como en aquella personal, inseparables en nuestra profesión ya se entra a la sesión con toda la complejidad que implica el sí mismo.

Durante todo el proceso fue enfrentarse en primera persona y en la acción a las ideas que leíamos. Ya desde las materias de investigación, lugar donde tradicionalmente conceptos como *objetividad* y *neutralidad* han sido casi intocables y que además resultaban mi zona de confort ya

que era en el campo en el que tenía más experiencia, todo empezaba a cambiar visto con los “lentes sistémicos”. Por ejemplo en la elección del tema de investigación mis compañeras de equipo y yo nos dimos cuenta que ni al trabajar con el método científico tradicional podíamos escindirnos de nuestra propia historia, nuestras subjetividades, nuestras premisas, que nos llevaron a elegir un tema y no otros, a plantearlo de una forma y no otras, comprendiendo en la práctica cómo es que el observador forma parte de aquello que observa, cómo es que lo construye. También fue muy enriquecedor presentar los resultados de nuestras investigaciones con Vianey y Esther en un congreso en el extranjero. En el bloque de ponencias en el que presentamos nuestros resultados de las investigaciones cuantitativas, una reconocida investigadora brasileña presentó los resultados de su investigación que tenía objetivos similares a los nuestros pero su investigación era de corte cualitativo. Fue muy interesante ver que habíamos llegado a resultados y conclusiones similares, esto nos llevó a muchas reflexiones. Por ejemplo que no es que desde la sistémica rechazáramos y nos deshiciéramos de todo aquello que ya conocíamos, a rechazar todo aquello cuantitativo y abrazar sin distinción todo lo cualitativo, sino que eran lenguajes y formas de conocimiento diferentes que incluso podían llegar a dialogar entre sí, como lo hicimos nosotras con la investigadora brasileña. En este sentido, Turchi y Maiuro, (2007) proponen la *congruencia epistemológica* como criterio de cientificidad en nuestro campo, es decir que la referencia teórico-metodológica utilizada debe ser pertinente a la configuración del objeto de estudio. Además, en la vida fuera de la formación, el terapeuta familiar se encuentra con funciones que van más allá de las sesiones terapéuticas, sobre todo en contextos institucionales por lo que es indispensable poder hacer estas operaciones epistemológicas, conocer ambas metodologías para poder leer e interpretar resultados de los diferentes artículos de investigación de nuestro campo así como poder aplicarlas para producir reportes de resultados,

conducir investigaciones dentro de las instituciones con las que colaboremos y solicitar financiamientos de proyectos.

En lo que respecta a las materias teóricas, la adquisición de la *forma mentis* sistémica a partir de la lectura, análisis y discusión de los planteamientos epistemológicos y principios teórico-metodológicos de los diferentes modelos terapéuticos (Estructural, Estratégico, Breve centrado en el problema, Breve centrado en soluciones, Modelo sistémico-relacional de Milán, Modelos postmodernos y socioconstruccionistas) fue muy desafiante. La terapia familiar sistémica nació como un movimiento policéntrico con muchos puntos de origen y muchos desarrollos, a veces interconectados pero muchas otras tantas independientes (Fruggeri, 2008), por lo que en durante la formación nos encontramos de frente a planteamientos completamente diferentes, muchas veces en contraposición, que teníamos que comprender y aplicar durante el mismo día, lo que en momentos podía generar confusión. Muchos de los autores y teorías eran para mí, incluso algunos preceptos conceptuales eran contrarios a aquello que había aprendido de psicología clínica en la licenciatura, por lo que resultó un gran reto cognitivo, y después pensar en llevar a la acción ideas que me resultaba complicado comprender me estresaba bastante. Además este proceso no se vio para nada facilitado con la fuerte carga de trabajo, por lo que aún con todas las intenciones de comprender porque eran ideas que me abrían otros mundos interesantísimos, las pocas horas de sueño tenían un fuerte impacto en mis capacidades cognitivas. Sin embargo, el grupo fue un espacio riquísimo ya que aquello que uno no había comprendido –o, siendo honesta, ni siquiera alcanzado a leer– el otro lo explicaba y así se abría un diálogo que nos llevaba a nuevas ideas. En este espacio para mí empezó a adquirir sentido el concepto de mente de Bateson (1991).

Desde el primer semestre asistimos a eventos académicos como talleres, seminarios y congresos en los que pudimos confrontarnos con terapeutas familiares reconocidos, con terapeutas con una amplia experiencia clínica y otros compañeros en formación como nosotros.

Desde el primer evento, alrededor de 4 meses de haber iniciado la maestría, fue gratificante percibir que no sólo conocíamos los temas de los que hablaban sino que incluso una buena proporción de los textos a los que aludían ya los habíamos leído. Esta situación se repitió durante la estancia académica en Italia, ya que las colegas eran expertas en autores pertenecientes al Modelo de Milán pero desconocían autores y modelos terapéuticos que nosotros habíamos estudiado. En retrospectiva, puedo decir que el agotamiento y el restar tiempo a otros proyectos, tanto profesionales como personales, se volvieron secundarios porque al final hubo mucho más retribuciones que pérdidas.

En lo referente a la práctica clínica, aspecto central en la formación como terapeuta ya que no es en los libros que se aprende a hacer, fue el área implicó el mayor reto en mi caso. Al iniciar el programa de residencia, ésta era la actividad que más ansiedad me generaba dado que yo no tenía experiencia clínica, como era el caso de algunas de mis compañeras, y me angustiaba que mis “errores” generaran más daños que beneficios en la familia, también me preocupaba tener que hacerlo con mis compañeros del otro lado del espejo y que la supervisión se convirtiera en un espacio de enjuiciamiento y regaños. La supervisión me enfrentó a situaciones antes desconocidas que incluso, de inicio, llegaron a ser incómodas (como los comentarios realizados durante la supervisión que algunas veces los sentí enjuiciadores). Al exponer esto con mis compañeros descubrí que todos nos sentíamos así y hablamos de la imposibilidad de separar nuestra práctica clínica de nosotros mismos como personas, una vez más corroboramos que no es posible ser “objetivos”, por lo que llegamos a diferentes acuerdos para que las supervisiones dejaran de ser tan angustiantes. Uno de estos acuerdos fue cuidar la forma en la que realizamos los comentarios al terapeuta, definitivamente las palabras que elegimos y la entonación, entre otras, cambia por completo el mensaje que enviamos. También consideramos importante mencionar las intervenciones que nos habían gustado, es decir, reconocer el trabajo del terapeuta. Decidimos

cuidarnos unos a otros y buscar generar un ambiente que nos posibilitara aprender disfrutando y que nos permitiera desarrollar nuestro propio estilo como terapeutas. Considero que a partir de estos acuerdos, logré sentirme más cómoda con las supervisiones. El sentir que había un equipo para respaldarme, cuidarme y aportar ideas útiles para el proceso terapéutico, me permitió escuchar con mayor apertura los comentarios e ideas que me enriquecieron como terapeuta, como persona y tuvieron un impacto positivo en mi quehacer profesional dentro y fuera las sesiones.

Por su parte, la supervisión videograbada con el Dr. Flavio Sifuentes fue también un ejercicio interesante, nos propuso videograbarnos a nosotros mismos en una sesión. Al inicio no entendimos por qué nosotros y no las familias, si el foco eran ellos no nosotros, pero después al analizar los videos lo entendimos. Nosotros terapeutas también somos observados y estudiados por los consultantes, también nosotros expresamos de forma no verbal y muchas veces esas hipótesis que hacemos sobre los consultantes pueden llegar a ser muy evidentes en nuestras acciones para quien tenemos de frente o quien mira el proceso terapéutico desde fuera (en mi caso incluso mi postura física cambiaba –más abierta o cerrada– cuando me dirigía a un miembro de la familia o a otro), pero permanecer como puntos ciegos para nosotros mismos. Aspectos como nuestro género, nuestra corporeidad e incluso aquellos que pudieran parecer banales como nuestra forma de vestir, intervienen en la forma en la que entramos en la relación. En el caso que llevé a supervisión, las observaciones e ideas del supervisor y mis compañeros me permitieron desbloquear el proceso con la familia en cuestión.

En cuanto a la práctica clínica no directa, es decir como equipo terapéutico o como equipo reflexivo, el mayor reto fue contribuir sin emitir juicios ni del terapeuta ni de la familia. Es decir, asumir el rol de ser una mirada extra y una mirada en una metaposición, para poder aportar algo útil al proceso y cuidar del terapeuta a cargo. En este sentido puedo decir que uno de los

momentos más gratificantes y pedagógicos en esta modalidad de práctica clínica fue en el *Centro Bolognese di Terapia della Famiglia*. En dicha sede yo no podía conducir una sesión ya que las leyes en Italia lo prohíben, lo que al inicio fue frustrante, pero posteriormente pude notar la importancia que dan a las voces del equipo detrás del espejo. Si bien ya era pedagógico ver en acción a terapeutas con tanta experiencia y a quienes yo ya admiraba desde antes del programa de movilidad internacional, escuchando, validando y usando dentro sesión las ideas que terapeutas novatos habíamos generado. Esto ayudó a desarrollar mayor confianza en mi formación y resultó significativo ver en acción algunas ideas que había leído: que como terapeutas debemos vivir cada encuentro como único, el no abandonar la curiosidad, que cuando pensamos que ya sabemos todo de la persona o familia que tenemos frente a nosotros significa que en realidad sólo estamos escuchando nuestros prejuicios y no a ellos, además de la gran humildad que nuestra profesión requiere.

Siguiendo con las modalidades de práctica clínica directamente en el rol de terapeuta dentro sesión, mi primer caso clínico lo llevamos Fabiola y yo como coterapeutas. Fue tranquilizador ya que Fabiola es una terapeuta altamente sensible y reflexiva, e hicimos buen equipo por lo que trabajamos juntas también en otros casos. Comprendí la importancia que tiene la relación entre colegas en una situación de coterapia: pueden ser dos terapeutas con estilos completamente diferentes y con ideas diversas pero si hay reconocimiento profesional y respeto, logran hacer equipo, incluso presentando esas ideas diferentes durante la sesión, siendo la familia el foco principal y mayor beneficiaria. Quizá en ese momento fue difícil comprender la potencia de la coterapia ya que todos queríamos iniciar a experimentarnos en el espacio terapéutico como único terapeuta para que la supervisión fuera más específica al propio quehacer, pero en retrospectiva considero un lujo haber tenido la oportunidad de trabajar en esta modalidad con algunas de mis compañeras, no sólo porque las considero terapeutas con tantos recursos y de

quienes aprendí tanto o porque significaban una salvación en los momentos de bloqueo, sino principalmente porque el tener contemporáneamente una visión extra a la propia, complejiza y enriquece el sistema terapéutico en beneficio de los consultantes.

Respecto a la práctica clínica individual, también fue una circunstancia desafiante pero al mismo tiempo satisfactoria. El estar solo de frente a situaciones tan complejas obliga a echar mano de la creatividad e incluso el ser honesta con una misma y solicitar ayuda o una pausa cuando necesario. En este sentido debo decir que la supervisión en vivo de los docentes fue muy respetuosa y nos permitió explorar y desarrollar nuestro propio estilo. Quizá al inicio por inexperiencia y por diferentes miedos frecuentes en los terapeutas en formación como pueden ser miedo a dañar a alguien, a ser incompetente, a no percibir algo importante, entre tantos otros, entrábamos a sesión casi buscando seguir como instrucciones las del equipo terapéutico. Pero poco a poco, después de comentarios del tipo “ustedes entren y hagan, ya si rompen los platos entro yo y lo arreglo” por parte de la Dra. Noemí Díaz Marroquín –que efectivamente algunas veces entró a “arreglar” la situación–, se generó un ambiente de mayor experimentación que nos permitió desarrollar confianza, un estilo propio y movernos con mayor desenvoltura dentro del espacio terapéutico. En mi caso, la sede que me representó mayor reto fue el contexto psiquiátrico, por un lado por el alto nivel de complejidad de cada caso y por el otro por mi rol dentro de un equipo multidisciplinario en una institución de este tipo. A las sesiones conmigo las familias llegaban con un diagnóstico, el que a final de cuentas les daba una explicación a eventos que no comprendían, les daba un sentido al comportamiento “problemático” de sus hijos e hijas y les permitía acceder a todos los servicios del hospital, por lo que de alguna forma para las familias era una etiqueta útil. Sin embargo, llegaban al servicio de terapia familiar con una gran sensación de deficiencia y de falta de opciones, las cuales se reducían cada vez más conforme el diagnóstico iba siendo público en los diferentes contextos en los que éstas familias participaban. Así, aunque la

primera idea que me venía en mente era deshacerme del diagnóstico y hacerles saber que un diagnóstico es sólo una etiqueta y como tal se la podían quitar, definitivamente no era viable ya que debido a mi rol institucional yo pertenecía a un equipo interdisciplinario y no podía invalidar el trabajo del resto del equipo. En ese espacio aprendí que cuando uno trabaja dentro de una institución el marco de acción es un poco más restringido, sin embargo con paciencia, respeto, flexibilidad y creatividad se pueden generar cambios.

A modo de reflexión final sobre la experiencia de formación quisiera agregar que a pesar de la alta demanda física, cognitiva y emotiva vivida durante esos dos años, ha sido una gran experiencia de vida en muchos sentidos. A nivel profesional considero que es una de las mejores y más completa de las formaciones existentes en nuestro país y, confrontándola con los espacios académicos extranjeros con los que he tenido contacto, también a nivel internacional. La alta calidad profesional, académica y humana de docentes y supervisores; los acuerdos institucionales que permiten tener acceso a una gran cantidad de horas de práctica clínica en contextos reales con beneficio para la comunidad; el estímulo y financiamiento para la participación en foros académicos nacionales e internacionales; así como la importancia brindada al cuidado integral tanto del grupo, concebido como contexto para facilitar el desarrollo de las competencias profesionales, como de cada alumno, asumiendo que la identidad profesional no es escindible de la identidad personal en nuestro campo; son algunas de las características que hacen de este programa de maestría un espacio privilegiado para la formación de terapeutas familiares sistémicos.

4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional

Desde la óptica sistémica, el observador está inexorablemente implicado en aquello que observa, por lo que reconoce el proceso el proceso terapéutico como un proceso de co-evolución, ya que durante la interacción el terapeuta se encuentra implicado en primera persona no se

interviene *en* el cliente, sino *con*. Es decir, cada terapeuta entra al complejo encuentro terapéutico con su historia personal, su universo de premisas y creencias, sus valores, sus valores, sus recursos, así como sus experiencias previas como terapeuta (Bianciardi, 2002). Así, se considera la persona del terapeuta como un factor inseparable en el desarrollo de la *competencia terapéutica* en la formación de profesionales eficaces en generar cambios.

Fruggeri (2014) señala que la terapia implica diferentes niveles de procesos - intrapersonales, interpersonales, sociales, culturales e institucionales-, por lo que el terapeuta necesita desarrollar diferentes competencias que comprenden aspectos diferentes del “hacer terapia”. Así, propone la *competencia terapéutica* como un constructo multicomponencial cuyos elementos son:

- *Competencia técnica*: basada en el conocimiento de procedimientos, teorías, metodologías y en la habilidad de aplicarlos, es decir, la habilidad del profesionalista de aplicar el modelo teórico-práctico en el que se formó.
- *Competencia relacional*: capacidad de observar y comprender qué están construyendo terapeuta y cliente en la interacción, capacidad de reflexionar sobre el significado que el ejercicio de la competencia técnica tiene al interior de la relación; es decir, comprensión constante del proceso interactivo con los clientes.
- *Sensibilidad al contexto*: análisis sea de las reglas de las instituciones dentro las cuales se opera, considerando que también un consultorio privado es una institución, que del modo en que los clientes representan la institución, lo que determinará expectativas, atribución de significados y construcción de sentido de acciones e interacciones dentro del proceso terapéutico; es decir, la capacidad de delinear el conjunto de premisas que dan forma al marco en el que se constituye el pacto terapeuta-cliente.

- *Competencia epistemológica (auto-reflexividad)*: capacidad de análisis de la epistemología local, esto es, de las propias teorías implícitas, de las premisas socio-culturales y de las representaciones; es decir, la capacidad de observar los propios “prejuicios” para mantener abierta la conversación con el cliente en lugar de cosificarla¹ o restringirla dentro de dichos prejuicios.
- *Consciencia social*: capacidad de analizar la conexión de los aspectos intra e interpersonales con las condiciones socio-económico-institucionales; es decir, la reflexión de cómo nuestras intervenciones pueden llegar a reproducir desigualdad, patologización, marginación y juicios negativos, como consecuencia de confundir el resultado de procesos sociales con el resultado de procesos patológicos.

Si bien autores como Bertrando y Defilippi (2005) y Fruggeri (1996) definen la actividad terapéutica como un proceso de deuterio-aprendizaje a través del cual las personas aprenden nuevas formas de pensar y de ser, construyéndose a través del tiempo. En este sentido quizá la formación terapéutica también lo sea. Bertrando (2012) reporta que en un seguimiento con ex-consultantes, estos le habían referido no sólo la percepción de cambio, sino además un modo diferente de referirse a sí mismos con una impronta más relacional. De manera análoga, hablando con colegas con quienes compartí el proceso de formación y con terapeutas familiares sistémicos formados en otras instituciones e incluso en otros países, todos coincidimos en el gran impacto en la manera en la que nos posicionamos dentro el proceso terapéutico sino también fuera.

Además Bianciardi (2014) señala que quien decide emprender el camino de nuestra profesión lo hace abrazando el deseo de resultar útil a quien se presenta solicitando terapia, sin embargo lo que no podemos permitirnos de abrazar es la convicción de que nuestras intervenciones cambian al otro, ya que cuando una persona interactúa con otra, los resultados son

¹ *Reificare* en el original (p.17), es decir, considerar concreto lo abstracto (conceptos, categorías, ideas).

impredecibles. En este sentido propone que para favorecer un cambio podemos sólo cambiar nuestra forma de proponernos al otro dentro de la relación. Así, conscientes de la imposibilidad de cambiar al otro durante el proceso terapéutico, la inviabilidad de asumir el cambio como proceso unidireccional y controlable, el único cambio que debería perseguir el terapeuta es el cambio de sí mismo: de las propias ideas, premisas, prejuicios, modos de pensar modalidades interpretativas, formas de codificar y atribuir significados al encuentro terapéutico. En palabras de Cecchin (1996), el terapeuta es responsable de sus actos y opiniones ya que “estos recursos son lo único que tiene” (p119). Por su parte Bianciardi (2014) sostiene que la relación es antes que nada una relación humana, sin que esto signifique que deje de ser una relación profesional, por lo que el terapeuta debe “sobre todo ser persona” (p.31).

Siendo así, Telfener (2014c) subraya que es responsabilidad del terapeuta cuidar el propio crecimiento personal, no sólo acrecentar su competencia terapéutica, aunque naturalmente esta se verá beneficiada. Este es un aspecto que he escuchado enfatizar a una gran cantidad de terapeutas con una amplia experiencia clínica, así por ejemplo la Dra. Noemí Díaz Marroquín nos sugería en periodos de pausa dejar un poco de lado los libros de terapia familiar y leer novelas, ver películas, llenarnos de historias; el Dr. Giorgio Nardone en alguna de sus conferencias sugería cultivar otros intereses, el Dr. Paolo Sacchetti proponía salir y coquetear con otros modelos clínicos, qué tenían por ofrecer; la Dra. Maria Armezzani aconsejaba leer tanto, poesía, narrativa, lo que fuera, diciendo que ahí hay más información sobre la experiencia humana que en los libros de psicología; la Mtra. Miriam Díaz Zavala nos propuso generar proyecto de “re-teaming” en el que cada uno de los terapeutas en formación concretó un proyecto personal importante. Todas estas acciones de crecimiento personal modifican y complejizan nuestro modo de sentir/pensar/actuar, permitiéndonos cambiar a través de la capacidad de asumir tantas

posiciones y agregar matices a nuestro repertorio. De hecho Telfener (2014c) afirma que la multiplicidad es indispensable para conocer, por lo tanto para vivir y para hacer terapia.

Para mí la óptica sistémica, desde la cibernética de primer orden hasta las propuestas posmodernas, ha representado una gran revolución que efectivamente me ha llevado a vivir y a hacer terapia desde una posición muy diferente. Efectivamente la pérdida de las certezas asusta, pero genera diálogos y esos diálogos generan nuevas ideas que multiplican las posibilidades y quizá esto sea más útil no sólo para nosotros terapeutas, sino también para todas aquellas personas y familias que se encuentran transitando por momentos complicados en sus vidas

“Actúa siempre en modo de aumentar el número de elecciones tuyas y de los demás”

Heinz von Foerster

Referencias

- Anderson, H y Goolishian, P. (1989). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 2, 41-72.
- Andolfi, M. (2003). *Manual de Psicología relacional. La dimensión familiar*. Bogotá: Corporación Andolfi & González.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). *Código ético*. Recuperado de <https://amtfac.wixsite.com/amtf/codigo-tico>
- Aurón, F. (2009). El entretejido de los temores y terrores del terapeuta. En J. Fortes de Leff. *Reflexiones sobre la terapia* (pp. 84-100). México: Trillas.
- Bannister, D. y Fransella, F. (1986). *L'uomo ricercatore, introduzione alla psicologia dei costrutti personali*. Firenze: Psycho Editore Martinelli & C.
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé-Planeta.
- Bertrando, P. (2012). I processi di cambiamento in terapia sistemica. *Riflesioni sistemiche*, 6, 154-165.
- Bertrando, P. (2014) *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bertrando, P. y Defilippi, O. M. (2005). Terapia sistemica individuale: effetti di una tecnologia del sé. *Terapia familiare*, 78, 29-52.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Bianciardi, M. (2002). Sull'insegnamento della pratica clinica. *Connessioni*, 11, 25-35.

- Bianciardi, M. (2014). Lo specifico della pratica psicoterapeutica. En M. Bianciardi & U. Telfener. *Ricorsività in psicoterapia. Riflessioni sulla pratica clinica* (pp. 25-35). Torino: Bollati Boringhieri.
- Boscolo L. y Bertrando P. (1992) The reflexive loop of past, present, and future in systemic therapy and consultation. *Family Process*, 31 (2), 119-133.
- Boscolo L. y Bertrando P. (1996) *Los tiempos del tiempo*. Barcelona:Paidós.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). La terapia sistémica de Milán. En Roizblatt, A. *Terapia familiar y de pareja* (pp. 224-243). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. & Draper, R. (1985) Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan associates : Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalin Draper. En D. Campbell and R. Draper. *The Applications of Systemic Family Therapy*. Florida: Grune and Stratton.
- Boscolo, L, Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Boscolo, L, Cecchin, G., Hoffman, L. e Penn, P. (2004) *Clinica sistémica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del Modello di Milano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- Budge, S. & Wampold, B.E. (2015). The Relationship: How It Works. En Gelo et al (Eds). *Psychotherapy Research* (pp.213-228). Viena: Springer-Verlag.
- Canova, R. (2005) Il mistero del rispetto. *Conessioni*, 16, 51-60.
- Carr, A. (2016). How and why do family and systemic therapies work? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37 (1), 37-55.

- Carr, A. (2018a). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*. doi: 10.1111/1467-6427.12225
- Carr, A. (2018b). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41 (2), 153-213, doi: 10.1111/1467-6427.12226
- Carter, E. & McGoldrick, M. (1999). The family life cycle and family therapy: An overview. En E. Carter and M. McGoldrick (Eds.) *The family life cycle: A framework for family therapy* (pp. 3-20). New York: Gardner Press, Inc.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26 (4), 405-413.
- Cecchin, G. (1996). Construcción de posibilidades terapéuticas. En S. McNamee y K.J. Gergen. *La terapia como construcción social* (pp. 111-120). Barcelona: Paidós.
- Cecchin G., Barbetta, P. Toffanetti, D. (2006). Chi era mai questo von Foerster? En P. Barbetta, D. Toffanetti. *Divenire umano, von Foerster e l'analisi del discorso clinico* (pp. 23-46). Roma: Meltemi.
- Cecchin, G. , Lane, G. e Ray, W. (1997) *Verità e pregiudizi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1998) De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*, 6 (2), 7-15.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2018). Carpeta Informativa num. 86. *Información sobre salud mental en México*. Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Centros-de-Estudio/CESOP/Novidades/Carpeta-Informativa.-Informacion-sobre-salud-mental-en-Mexico>

- Centro Milanese di Terapia della Famiglia (2012a). *Storia del Milan Approach*. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=NQT7L5S6cqI>
- Centro Milanese di Terapia della Famiglia (2012b). *Cos'è il Milan Approach*. Recuperado de:
<http://www.cmtf.it/cose-il-milan-approach/>
- Coleman, S. & Gurman, A. (1985) An analysis of family therapy failures. En Coleman S., *Failures in Family Therapy*(pp. 333-388). New York: The Guilford Press.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019). *Panorama Social de América Latina 2018*. Recuperado de
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2017). *Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2016*. México: CONEVAL. Recuperado de
https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_16/Pobreza_2016_CONEVAL.pdf
- Corbella, S. y Botella, L (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología* 19 (2), 205-221
- Desantik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 49-80). México: Pax.
- Díaz, N. (2010). Modelo para la formación de profesionales de la psicología en la atención de la violencia de género contra las mujeres en la pareja (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Donati, P. (2003). *Manual de sociología de la familia*. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Echarri, C.J. (2010). Hogares y familias en México: una visión sociodemográfica. En S. Lerner y I. Melgar (Comp.) *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas* (pp. 73-113). México: UNAM/COLMEX.

- Elkaïm, M (1997). *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Gedisa.
- Erera, P.I. (2002). *SAGE Sourcebooks for the Human Services Series: Family diversity: Continuity and change in the contemporary family*. California: SAGE Publications, Inc.
- Estinou, R. (2005). *La familia nuclear en México: lecturas de su modernidad. Siglos XVI al XX*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. M. A. Porrúa.
- Flaskas, C. (2005). Sticky situations, therapy mess: On impasse and the therapist's position. En C. Flaskas, B. Mason and A. Perlesz (Eds). *The space between: Experience, context, and the therapeutic relationship* (pp.111-125). London: Karnac Books.
- Frediani, G. & Rober, P. (2016). What Novice Family Therapists Experience During a Session... A Qualitative Study of Novice Therapists' Inner Conversations During the Session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(3), 481-494.
- Fruggeri L. (1992) Le emozioni del terapeuta. *Psicobiettivo*, 3, 23-34.
- Fruggeri, L. (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En S. McNamee y K. J. Gergen, (1996) *La terapia como construcción social* (pp. 61-79). Barcelona: Paidós.
- Fruggeri, L. (1997). *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*. Roma: Carocci Editori.
- Fruggeri, L. (1998) Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione come principio di metodo. *Conessioni*, 3, 75-85.
- Fruggeri, L. (2005). *Diverse normalità: psicologia delle relazioni familiari*. Roma: Carocci Editore.
- Fruggeri, L. (2008) Le famiglie nella terapia sistemica. *Rivista sperimentale di freniatria*. 132 (2), 133-149.
- Fruggeri, L. (2012). Different levels of psychotherapeutic competence. *Journal of Family Therapy*, 34, 91-105. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00564.x

- Fruggeri, L. (2014). La competencia psicoterapéutica: un constructo multicomponential. *Ricerca psicoanalitica: Rivista della relazione in Psicoanalisi*, 1, 9-21.
- Givroupoulou, D & Tseliou, E. (2017). Moving Between Dialogic Reflexive Processes In Systemic Family Therapy Training: An Interpretative Phenomenological Study of Trainees' Experience. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(1), 125-137.
- Goffman, E. (1963) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goodrich, T.J., Rampage, C., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1988) A Constructivist Position for Family Therapy. *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 110-129, doi: 10.1080/03033910.1988.10557709
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2000). *Violencia Intrafamiliar. Encuesta 1999*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/vio_intra/VIE99DMRI.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017a). Encuesta Nacional de los Hogares. ENH 2017. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017b). La discapacidad en México, datos al 2014. Versión 2017. Recuperado de

http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094409.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017c). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2016. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017d). Estadísticas de Mortalidad. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Mujeres y Hombres en México 2018. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Indicadores de ocupación y empleo. Cifras oportunas durante marzo de 2019*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/iooe/iooe2019_04.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de Drogas*. Recuperado de https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_drogas_2016_2017.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de Alcohol*. Recuperado de https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf

Leiman, M. (2004). Dialogical sequence analysis. En H.J.M. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 225-269). New York: Brunner & Routledge.

- Lerner, S. y Melgar, L. (2010). Introducción. Realidades de las familias en México: diversidades, transformaciones y retos En Lerner, S. y Melgar, L. (Comp.) *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*(pp. 9-49). México: UNAM/COLMEX.
- Mackinnon, L. (1983) Contrasting Strategic and Milan Therapies. *Family Process*, 22, 425-438.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1991). *Calidoscopio familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (1998). *Working with families of the poor*. New York: The Guilford Press.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S., Nichols, M.P. y Lee, W.Y. (2007). *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Monroy, L. (2013, 3 septiembre). *Diversidad sexual* [Seminario parte del curso Teorías y Modelos de Intervención I, Módulo 2]. Maestría en Psicología-Residencia en Terapia Familiar. Facultad de Psicología, UNAM.
- Montes de Oca, V. y Hebreo, M. (2006). Eventos cruciales en ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares en México. *Papeles de Población*, 12 (50), 97-116.
- Norsworthy, K.L., Abrams, E.M. & Lindlau, S. (2012). Activism, advocacy, and social justice in feminist counseling psychology. En C. Z. Enns & E.N. Williams (Eds.) *The Oxford Handbook of Feminist Multicultural Counseling Psychology* (pp. 465-482). New York: Oxford University Press.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder: Barcelona.
- Ordaz, G. (2010). Políticas públicas y familias en México. Tendencias y desafíos. En S. Lerner y L. Melgar (Comp.) *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: UNAM/COLMEX.

- Ordaz, G. (2013, 10 septiembre) *Familias y contexto*. [Seminario parte del curso Teorías y Modelos de Intervención I, Módulo 2]. Maestría en Psicología-Residencia en Terapia Familiar. Facultad de Psicología, UNAM.
- Ordaz, G., Monroy, L. y López, M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México: ICIDE Social.
- Paré, D.A, (2002). Discursive Wisdom: Reflections on ethics and therapeutic knowledge. *International Journal of Critical Psychology*, 7, 30-52.
- Pope, K. S. & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142-152.
<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.142>
- Red por los Derechos de la Infancia en México (2012). *La Infancia cuenta en México 2012. Desafíos actuales para la defensa de las garantías de la infancia. Análisis del marco legal mexicano*. Recuperado de <http://www.infanciacuenta.org/icm/node/42>
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*, 23 (1), 30-3.
- Reséndiz, G. (2012) La concepción sistémica de la familia (en prensa)
- Rober, P. (2002). Constructive hypothesizing, dialogic understanding and the therapist's inner conversation: Some ideas about knowing and not knowing in the family therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 467-478.
- Rober, P. (2005). Family therapy as a dialogue of living persons. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 385– 397.
- Rober, P. (2010). The therapist experiencing in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 33 (3), 233-255.

- Rober, P. (2016). Addressing the person of the therapist in supervision: The therapist's inner conversation (TIC) assignment. *Family Process*. doi:10.1111/famp.12220
- Rober, P., Elliott, R., Buysse, A., Loots, G., and De Corte, K. (2008a). What's on the therapist's mind? A grounded theory analysis of therapist reflections. *Psychotherapy Research*, 18, 48-57.
- Rober, P., Elliott, R., Buysse, A., Loots, G., and De Corte, K. (2008b). Positioning in the therapist's inner conversation: A dialogical model based on a grounded theory analysis of therapist reflections. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 406-421.
- Rober, P. & Setzler, M. (2010). Avoiding Colonizer Positions in the Therapy Room: Some Ideas About the Challenges of Dealing with the Dialectic of Misery and Resources in Families. *Family Process*, 49 (1), 123-137.
- Sacchelli, D. e Marinello, R. (2018). *Separazioni conflittuali*. Milano: Edra.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, M.O. (2010). Las transformaciones de la familia tradicional y la igualdad sexual. *Derechos y Libertades*, 23 (2), 183-219.
- Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli (2014). Storia del centro e della scuola. Recuperado de <http://www.scuolamaraselvini.it/13/scuola/storia-del-centro-e-della-scuola>
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin, G., y Prata G. (1980a). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin, G., y Prata G. (1980b). Hypothesizing-circularity-neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19,73-85.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1984). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Stratton, P (2016). The Evidence Base of Family Therapy and Systemic. Practice. Association for Family Therapy UK. Recuperado de <https://www.aft.org.uk/SpringboardWebApp/userfiles/aft/file/Research/Final%20evidence%20base.pdf>
- Telfener, U. (2014a). Non sapere di non sapere: accettare le zone cieche e favorire l'intuito. En M. Bianciardi & U. Ricorsività in *psicoterapia. Riflessioni sulla pratica clinica*(64-75). Torino: Bollati Boringhieri.
- Telfener, U. (2014b). La responsabilità della co-responsabilità. En M. Bianciardi & U. Telfener. *Ricorsività in psicoterapia. Riflessioni sulla pratica clinica*(pp. 157-173). Torino: Bollati Boringhieri.
- Telfener, U. (2014c). La relazione terapeutica come azione riflessiva. En M. Bianciardi & U. Telfener. *Ricorsività in psicoterapia. Riflessioni sulla pratica clinica* (pp. 79-93). Torino: Bollati Boringhieri.
- Turchi, G.P. e Maiuro, T. (2007) La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica. En E. Molinari y A. Labella. (Eds.) *Psicologia clinica. Dialoghi e confronti* (pp.41-50). Milano: Springer.
- Ugazio, V. (1985). Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited. En D. Campbell D. & R. Draper (Eds.). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach* (pp. 23-32). London.: Grune and Stratton.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- UNICEF (2017). *Informe Anual México 2017. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia: México*. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe-Anual-2017.pdf>

- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz (Ed.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp.1-27). México: Pax.
- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J. (2002). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: El Manual Moderno.
- Walsh, F. (2012) *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. 4ª Ed. New York: Guilford.
- Walters, M., Carter, B. Papp, P. y Silverstein, O. (1991) *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Paidós: Buenos Aires.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.