

Entrenamiento en configuraciones vinculares de familia y pareja bajo la modalidad terapeuta-coterapeuta¹

Marta Cecilia Roldán Henao², Sandra Helena Castaño Montoya³
Mónica Schnitter Castellanos⁴

Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia)

Recibido: 10/04/2011 Revisado: 05/09/2011 Aceptado: 13/12/2011

Resumen

Objetivo. El estudio es del tipo investigación-intervención bajo la modalidad terapeuta-coterapeuta, orientado a entrenar a los/as estudiantes, en atención a familias y parejas. **Método.** Se utilizó la metodología cualitativa acción participante, en la vertiente llamada experiencial. Participaron en el estudio dos profesionales, psicólogas clínicas y 6 estudiantes de pregrado de Psicología de últimos semestres. **Resultados.** Se recogieron las experiencias vividas mediante la fundamentación e implementación de un modelo piloto de entrenamiento a estudiantes de Psicología en atención a familias y parejas para que pudiera ser sistematizado por la Universidad. **Conclusión.** La implementación del modelo de atención terapeuta-coterapeuta permitió ampliar la mirada y pasar de una atención individual (intrapísica) a una atención familiar, grupal o de parejas (interpersonal). Se demostró cómo la co-construcción del conocimiento deriva del trabajo en grupo y cómo emerge la necesidad de implementar otros modelos de entrenamiento terapéutico a estudiantes de pregrado en Psicología para afrontar eficazmente su práctica clínica profesional.

Palabras clave. Coterapia, configuraciones vinculares, experiencia terapéutica, transferencia, contratransferencia.

Abstract

Objective. The purpose of this study was to design a therapist - co-therapist training model, and to introduce undergraduate Psychology students to the practice of family and couples therapy and to broaden their perspective and reasoning from an individual to a relational reading of psychosocial processes. The study followed a research/intervention model. **Method.** The methodology was clinical and action-oriented, following an experiential approach. Two therapists coordinated the training workshops with 6 senior Psychology students. Initially a collaborative seminar was formed to study and discuss the theoretical concepts of family and couples therapy and to explore and analyze the participants' own genealogy and family tree structure. Gradually, the

¹ Este artículo se deriva del proyecto de investigación Propuesta de formación en la intervención clínica a familias y parejas para estudiantes de pregrado en psicología, desarrollado en la maestría de psicología, línea de estudios clínicos, de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín.

² Psicóloga. Magíster en Estudios Clínicos. Coordinadora de prácticas de la facultad de Psicología de la Universidad San Buenaventura de Medellín (Colombia). Correspondencia: practicas.psicologia@usbmed.edu.co

³ Psicóloga. Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Práctica Clínica Privada con Énfasis en Parejas y Familia.

⁴ Psicóloga. Magíster en Estudios Clínicos. Docente, jefe de línea de la maestría en Estudios Clínicos de la Universidad San Buenaventura, coordinadora de la maestría en Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

group became a clinical team and therapist - co-therapist pairs started diagnostic and intervention procedures. **Results.** Experiences through the implementation of a pilot model for introducing and training Psychology students to work with families and couples were gathered, so that these could be systematized by the program. Data from therapy sessions and staff meetings were recorded and analyzed through qualitative procedures. **Conclusion.** As a product of the implementation of this pilot model, the perspective of the undergraduate Psychology students was broadened from an individual (intrapsychic) focus to a group (interpersonal), family, or couples focus. The findings demonstrate how the co-construction of knowledge is derived from group work, and the need to implement other training models for the training of students in psychological reasoning for professional practice.

Key words. Co-therapy, bond formation, therapeutic experience, transference, counter-transference.

Resumo

Escopo. O estudo foi feito usando o desenho de pesquisa- intervenção, com o que procura-se treinar estudantes de Psicologia em atenção a famílias e casais com o modelo terapeuta- coterapeuta. **Metodologia.** Dois profissionais, psicólogas clínicas e seis estudantes de licenciatura de Psicologia de últimos semestres participaram no estudo. Os dados foram coletados com a metodologia qualitativa ação participante, na vertente chamada experiencial. **Resultados.** Foram coletadas as experiências vividas mediante a fundamentação e implementação de um modelo piloto de treinamento a estudantes de Psicologia em atenção a famílias e casais para poder ser sistematizado pela universidade. **Conclusão.** A implementação do modelo de atenção terapeuta-coterapeuta permitiu ampliar a mirada e passar de uma atenção individual (intrapsíquica) a uma atenção familiar, grupal, o de casais (interpessoal). Foi demonstrado como a co- construção do conhecimento deriva do trabalho em grupo e da qual emerge a necessidade de implementar outros modelos de treinamento terapêutico a estudantes de licenciatura em Psicologia, para afrontar eficazmente sua prática clínica profissional.

Palavras chave. Coterapia, configurações vinculares, experiência terapêutica, transferência, contratransferência.

Introducción

En las condiciones sociales en que se vive actualmente, es responsabilidad del psicólogo asumir y comprometerse en forma activa con las demandas del medio, asumiendo su papel de agente de cambio social (Roldán 2004). Para ello, se hace necesario ampliar su mirada sobre el sujeto, de lo exclusivamente individual, hacia un enfoque integral que comprenda familias, parejas y grupos. Es de considerar, además, que a través de la historia la mirada clínica del psicólogo, en lo teórico-práctico, siempre ha estado orientada hacia lo individual, siendo la atención a familias y parejas un asunto más relevante en profesiones como el Trabajo social, la Sociología, la Antropología y la Medicina (Galeano y Vélez, 2000).

Justamente, en la Universidad San Buenaventura de Medellín se evidencia un vacío en lo referente a la mirada integral del sujeto, particularmente, en el programa de estudios de la carrera de Psicología. Los autores Gutiérrez y Zapata (1999) han señalado lo anterior no solamente aludiendo a

la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, sino a otras facultades de Psicología de Medellín. En esta línea, en un sondeo hecho por la coordinadora de esta investigación a los trabajos de pregrado en Psicología, de los últimos cinco años realizados en la Universidad Pontificia Bolivariana y la Universidad de Antioquia, se evidencia un bajo porcentaje de trabajos de investigación que incluyen a la familia y la pareja.

Específicamente, Gutiérrez y Zapata (1999) plantean dos interrogantes al respecto: ¿Cómo en nuestro medio la familia demanda una atención específica y unos requerimientos teóricos para el abordaje de su problema?, ¿cómo los psicólogos asumen o no esa demanda? y ¿cómo es la dimensión de la demanda que establece el medio para la atención a la familia?

Dado que el individuo está inmerso en una familia (Berenstein, 1987) y en un grupo social, se requiere de una mirada que considere el mundo psíquico de cada persona en relación con su familia y con el grupo social del que hace parte, siendo determinante su papel en el sujeto. En la segunda

mitad de la década de los 70, Isidoro Berenstein despliega la hipótesis de la estructura familiar inconsciente como matriz inconsciente reguladora de las relaciones familiares, inspirado en los planteamientos teóricos de Psicoanálisis y los antropológicos de Claude Lévi Strauss (Bianchi et al., 2011). En Colombia, son pioneras de la perspectiva vincular las psicólogas Mirian Vallejo y Myriam Alarcón de Soler, apoyadas en el grupo argentino de Psicoanálisis vincular, que brinda formación en este campo desde principios de la década de los 90. Ambas consideran un inconsciente familiar o vincular y reconocen que las historias ancestrales trascienden generacionalmente; en este sentido, es posible observar un inconsciente que desborda los límites de lo planteado por Freud: se pasa de un inconsciente individual a uno de parejas, familias o grupos.

Lo anterior, no nace por sí solo, sino que es el resultado de un proceso evolutivo a lo largo de la historia, este ha sido liderado en Colombia por autores/as como Virginia Gutiérrez, quien considera que la familia es el núcleo de la sociedad y que las alteraciones en la dinámica familiar se hacen evidentes a través de un síntoma en la cultura (Gutiérrez, 1975). Desde lo social, aparecen signos que se manifiestan en la dinámica de los vínculos familiares y, a su vez, son necesarios de intervenir porque lo social también se afecta, de tal forma que no es posible separar una dimensión de otra. De ahí que, a nivel cultural, aparezcan síntomas que la sociedad considera necesarios tratar, tales como violencia intrafamiliar, maltrato infantil, farmacodependencia, alcoholismo, sicariato, entre otros (Delgado y Gutiérrez, 1998; Rojas, 1987).

En este sentido, lo que el individuo es (incluyendo su síntoma) tiene que ver con la familia y el grupo social en el que está inmerso. Lo contrario también es cierto: los síntomas familiares y sociales son una expresión del mundo interno de cada uno de sus integrantes (Berenstein, 1987). Por esa razón, la labor clínica ha de atender a todas las dimensiones del ser humano: lo individual, familiar y social, independientemente de que ella sea una clínica individual, familiar o grupal.

En este ámbito clínico, otro elemento a tener en cuenta es el hecho de que la familia, en general, no acude a solicitar la intervención propiamente dicha, ya que esta se demanda precisamente cuando aparecen evidencias en el orden de lo individual (Lemaire, 1986).

La práctica clínica muestra como síntomas en el orden de lo individual, problemas académicos,

comportamentales, etc., que en ocasiones están asociados directamente a una dinámica familiar alterada, donde, si no se interviene, es muy difícil que pueda lograrse su comprensión y, por ende, la realización de alternativas para superarlas por parte del sujeto que las padece (Framo, 1996). Es de considerar que dicha intervención tiene que ser señalada por el psicólogo que interviene, porque con frecuencia la familia desconoce que tiene que ver con lo que padece su familiar o miembro por el cual se consulta.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación-intervención bajo la modalidad terapeuta-coterapeuta, permite que el psicólogo desde su formación consolide elementos para comprender que la familia tiene que ver con la problemática del sujeto por el cual se consulta y pueda intervenir directamente con esa familia, lo cual no implica ser propiamente terapeutas de familia, sino psicólogos que en su quehacer siempre contemplan que un sujeto forma parte de un contexto familiar.⁵

Lo anterior, responde a la necesidad de que los estudiantes de pregrado de Psicología estén habilitados para intervenir clínicamente en el ámbito individual, en el de pareja o familia, desde una perspectiva vincular. Es decir, que estén en capacidad de comprender no solamente a un paciente-persona -que es en lo que lo forma la universidad- sino a un paciente- pareja o a un paciente-familia. Para cumplir con este objetivo, se consideró que una de las mejores maneras para alcanzarlo era planteando un modelo de entrenamiento que incluyera un par terapéutico liderado por un psicólogo profesional (en este caso el investigador), quien tendría a su cargo a los co-terapeutas.

Bajo esta mirada, los aspectos de la clínica psicológica con orientación psicoanalítica a familias y parejas en el contexto clínico no sólo tienen que ver con el paciente, sino con el par terapéutico y los aspectos transferenciales y contratransferenciales de estos (Corti, 2002; Thomä, Kächele y Jiménez, 1986). El terapeuta aparece con una responsabilidad en la que se evidencia el compromiso personal, no solamente con sus pacientes, sino también con sus co-terapeutas, con sus propias familias de origen y

⁵ Suele ocurrir que la familia se involucra dentro del proceso individual de un paciente de una manera parcial (verbigracia, se cita a los padres del niño atendido, pero sin abordar un proceso familiar que contribuya a la comprensión de su situación dentro del ámbito de la dinámica familiar). De esto da cuenta la experiencia psicoterapéutica y docente de la investigadora y el sondeo hecho en el Consultorio Psicológico Popular de la Universidad de San Buenaventura de Medellín.

la representación de sus propios vínculos (Merea, 1994).

Método

El propósito de la investigación es clínico y formativo, con un diseño metodológico basado en el paradigma cualitativo, específicamente en la investigación acción participante, en la vertiente experiencial (Walters 1999). Como se ha dicho anteriormente, este proceso se desarrolló bajo la modalidad terapeuta-coterapeuta; recogiendo de estos últimos su experiencia vivida en dicho proceso (Castaño y Escobar, 2003).

Participantes

Se contó con la participación de una psicóloga profesional (investigadora-terapeuta principal), una psicóloga magíster, jefe de línea de investigación y seis estudiantes mujeres, practicantes de octavo a décimo semestre de Psicología (una de ellas co-investigadora), convocadas para participar voluntariamente en la investigación y en el proceso de formación en clínica como coterapeutas. Las estudiantes de octavo semestre estuvieron como observadoras participantes del proceso, formadas a través de la experiencia del grupo de trabajo, discusiones del *staff* y cámara de *Gesell*. Las estudiantes de noveno y décimo participaron, además, como coterapeutas.

Instrumento

Se retomó la instrumentalización y el manejo del genograma como método-herramienta básica, que permite en un contexto histórico vincular dirigir la exploración y la mirada clínica hacia la comprensión de los procesos vinculares de los pacientes parejas -familias y los aspectos teóricos y técnicos del genograma (Nicoló, 1990). El entrenamiento en el uso clínico de este instrumento se centró en la identificación de los aspectos personales y familiares de cada una de las terapeutas en formación (Salgado y Alvarez, 1990).

El genograma es definido por Goldrick y Gerson, (1993) como:

Un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Los genogramas

presentan la información en forma gráfica, de manera tal que proporciona un rápido gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo (p.21).

Además del genograma, se utilizaron algunas técnicas proyectivas de dibujo para complementar la interpretación clínica de cada caso.

Las estrategias utilizadas en diferentes momentos del proceso fueron cuatro:

- (1) La observación e inicio de la construcción del diario de campo a partir del análisis colectivo de la información teórico-técnica referente a la atención clínica de las parejas y familias, llevada a cabo dentro del grupo de trabajo o *staff*.
- (2) La realización de entrevistas clínicas a parejas y familias, provenientes del Consultorio Psicológico Popular de la Universidad de San Buenaventura, sede Medellín, las cuales fueron grabadas en audio y video, con consentimiento informado de los participantes.
- (3) El análisis de casos, basado en la retroalimentación tomada de las grabaciones de audio y video.
- (4) El desarrollo del proceso investigativo-formativo tanto para las psicólogas profesionales (investigadora principal y tutora), como para las coterapeutas (una de ellas co-investigadora).

Procedimiento

La investigación duró tres semestres académicos: uno de pre-práctica, donde se convocó a estudiantes, se explicaron los objetivos de la investigación y se hicieron acuerdos; en este momento se definió la selección de los participantes, sus funciones, se hizo el encuadre de trabajo, se seleccionaron los pacientes, entre otros. Durante dos semestres de práctica, se definieron los parámetros del trabajo del par terapéutico (terapeuta-coterapeuta) y se llevó a cabo la experiencia.

La construcción de esta propuesta de formación requirió, según el método experiencial, cuatro estadios, que serán detallados a continuación, siguiendo lo propuesto por (Reason, Jhon y Rowan,

1981). Antes, es importante mencionar que, según Swanson (1986), los estadios del modelo experiencial proveen dos tipos de conocimiento: a) conocimiento proposicional (estadios 1 y 4), y b) conocimiento experiencial (estadios 2 y 3).

Dichos estadios son:

Primero: las coinvestigadoras discuten las proposiciones iniciales de la investigación, se acuerdan algunas hipótesis sobre las personas en relación con categorías fenomenológicas, capacidades y potencialidades de las mismas, que se pueden convertir, para su desarrollo, en procedimientos evolutivos adoptables.

Segundo: las co-investigadoras, como co-sujetos de investigación, aplican estos procedimientos evolutivos utilizando todos los anillos de realimentación correctivos a través del planteamiento de ideas que influyan sobre la acción y la experiencia de las personas implicadas, pero también a través de acciones y experiencias que influyan en la generación de sus ideas, tanto intra como interpersonales. En este estadio se hace un constante cuestionamiento; además, se reevalúan las hipótesis y proposiciones iniciales por medio de la vivencia.

Tercero: las co-sujetos se adentran plenamente en la experiencia, esperando que ocurra un encuentro entre unas y otras y el fenómeno que las ocupa. En este punto, es posible que las implicadas puedan olvidar por un momento lo que las lleva a la investigación.

Cuarto: después de un tiempo considerado entre los estadios 2 y 3, las investigadoras participantes y co-terapeutas vuelven a considerar y discutir sus proposiciones originales de investigación, tomando nota de las modificaciones que han experimentado y que son resultantes de los estadios 2 y 3. Con esta información, formulan como equipo las conclusiones finales de la investigación, siendo posible, construir otras proposiciones diferentes a las iniciales, cambiar o corroborar las iniciales, etc.

La experiencia investigativa-asistencial, que describe este estudio, inició con un grupo de trabajo bajo la forma de semillero de investigación, en donde se exponía la teoría y se trabajaba, a manera de análisis personal, con los genogramas de cada participante; de esta forma, se entraba en contacto con la propia historia personal y sus diferentes vínculos. Un segundo momento, consistió de la atención a los pacientes, en donde se establecieron sesiones semanales de tres horas, las cuales incluían

análisis de las notas de los diarios de campo contrastados con la teoría, análisis y discusión de las cuestiones surgidas durante la atención a los pacientes en las semanas anteriores, atención a los pacientes bajo la modalidad terapeuta-coterapeuta en cámara de Gesell, con su respectiva grabación, puesta en común de los sentimientos y sensaciones de las terapeutas y co-terapeutas, generados durante la sesión que acababa de ocurrir, para centrar la atención en los emergentes surgidos desde los pacientes y orientar el manejo futuro del proceso.

Resultados y Discusión

Elaboración de la propuesta de formación clínica

Se realizaron cambios y ajustes a esta modalidad de entrenamiento con la retroalimentación brindada por todas las integrantes del proceso investigativo, que resultó en un registro escrito de las etapas del proceso.

Rupturas y transformaciones

Así como en el referente conceptual de esta investigación, se realizaron transformaciones, las rupturas epistemológicas y técnicas también se generaron en la conceptualización de las participantes con respecto a la propuesta de entrenamiento clínico en la que participaban. Ejemplo de uno de estos momentos son los siguientes diálogos:

“¡Ay! Pero yo todavía no sería capaz de asumir un estilo de esos. Me siento como metida en otra cosa que no va conmigo y eso sí me genera dificultad... Yo le veo el sentido y la lógica pero no me siento preparada para eso (se refleja en su cara mucha angustia)” Terapeuta (T) Video 2(V2).

“Sí hay un vacío teórico pero...¿cómo lo asumimos?” Co-terapeuta 2(Ctp2) (V2).

Otro momento importante tuvo que ver con la construcción y práctica del consentimiento informado y la vivencia de las co-terapeutas en la cámara de Gesell durante la intervención clínica a las familias y parejas, puesto que sus intervenciones iban a ser registradas en video y audio como

información de la investigación y contribución a la formación de ellas mismas y otros estudiantes (Mancilla, 2003):

“¡Ay! No. Yo sé que son resistencias más y tengo que hacer todo un proceso para elaborarlas” (Diario de campo terapeuta).
“Ustedes no saben todo lo que esto me ha costado. Llevo varias horas de traspaso” (Diario de campo terapeuta).

Los primeros pacientes

El primer contacto con pacientes se caracterizó más por miedos, ansiedades y fantasías de las participantes; por ejemplo, durante la atención a la primera pareja de pacientes (pareja homosexual) hubo sensaciones de angustia relacionadas con el temor a no ser capaz de tolerar la alianza hecha por las pacientes hacia ella (la co-terapeuta). Además, la constante mirada de uno de los pacientes sobre la co-terapeuta fue muy incómoda para esta última, haciéndola pensar que devaluaban a la terapeuta:

“Quería desaparecerme para no ser mirada y que la mirada quedara sobre la terapeuta” (Quieta inmóvil para no ser percibida). “que pena con la terapeuta, ¿cómo hago para que no me miren a mí, sino a ella?” (Notas de campo de la Ctp2).

Pasaron muchos días para entender que esa alianza no tenía nada que ver con alguna actitud de la co-terapeuta de devaluación de la terapeuta, sino que tenía que ver con el conflicto propio de la pareja (González, 1979); era un asunto contratransferencial, desarrollado en el vínculo analítico entre el paciente (pareja) y terapeuta (en este caso, con la par terapéutica).

Adentrarse en la experiencia de atender a los/as pacientes también significó un estado de tensión, generada por el paso del manejo individual del caso a un manejo grupal-familiar o de pareja, puesto que la formación que habían recibido las estudiantes hasta ese momento tenía que ver con la atención individual, basada específicamente en un modelo intrapsíquico:

“Pensemos en los mecanismos de defensa para ir organizando la estructura” (Ctp2) (V1).

Y también para irlos movilizando” (Ctp3) (V1).

“Tiene rasgos perversos” (Ctp2) (V1).

“Pensemos en Piaget en las etapas del desarrollo” (Ctp2) (V1).

Estos fueron los comentarios justo al terminar una sesión de pareja, donde era evidente que existía la necesidad, por parte de las co-terapeutas, de analizar la estructura individual de cada uno de los integrantes de la pareja paciente. Ante estos comentarios, por parte de las practicantes, la terapeuta trató de llevar al grupo hacia una conceptualización vincular diciendo:

“pero miremos qué pasa con esta pareja” (T)(V1).

Existe una necesidad de identificar procesos que permitan la conceptualización de lo vincular, desde la mirada de la terapeuta, a lo que el grupo responde con el siguiente interrogante:

“¿Cuál es la parte de ella que hace que encaje con la de él? ¿Cómo se responde a las inquietudes del vínculo? Cuéntanos tu mirada de ese vínculo” (Ctp2) (V1).

»¿Cómo se hace eso (la intervención terapéutica) allá?.” (Ctp3)(V1).

Estos apartados ejemplifican la ansiedad de las co-terapeutas en formación (Sember, 1992) y el pedido a la terapeuta para que imparta normas, códigos, una técnica específica que sugiera cómo debe hacerse la atención y la intervención desde una mirada vincular. Hasta ese momento, se tenía conocimiento, en teoría, de cómo abordar a un paciente-pareja o a un paciente-familia, pero el paso hacia la práctica era lo que faltaba. Al respecto, Arroyo et al. y Zeignfr (1992) nos comentan que: “El encuadre, en la tarea psicológica es un recurso técnico que permite operativizar un conjunto de supuestos teóricos.... El encuadre es un recurso que sirve de continente tanto al terapeuta como al paciente y regla el vínculo para la tarea compartida.” (p 145). Este elemento permitió aclarar cómo abordar la tarea vincular, bajar la tensión y retomar y evaluar las dificultades encontradas por el grupo de trabajo después de cada sesión.

Sobre la experiencia de transferencia y contratransferencia

La contratransferencia es la herramienta clínica, quizás la más importante, en el proceso de aprendizaje y formación en clínica. A través de ella, se puede dar no sólo un diagnóstico, sino que se pueden proponer herramientas de intervención a partir de las pistas terapéuticas que ofrece (Corti, 2002). El acto de pensar las emociones del terapeuta, de analizarlas, es lo que en las psicoterapias de orientación psicoanalítica se llama contratransferencia, elemento que se vuelve fundamental a la hora de analizar a los pacientes y se convierte en un recurso necesario para diagnosticar, intervenir e investigar. Según esta tesis:

La respuesta emocional del analista a su paciente dentro de la situación analítica representa una de las herramientas más importantes para su trabajo. La contratransferencia es un instrumento de investigación para los procesos inconscientes del paciente (...) No se ha enfatizado suficientemente que la (situación analítica) es una relación entre dos personas, lo que diferencia esta relación de otras, no es la presencia de sentimientos sólo en uno de los miembros de la pareja, es decir, en el paciente, y la ausencia en el otro, en el analista, sino, sobre todo, la intensidad de los sentimientos vivenciados y el uso que se hace de ellos, siendo ambos factores interdependientes (Thomä et al., 1986, p. 1237).

Por esta razón, la pregunta que se hacía después de cada sesión era ¿qué sintieron?, para poder extraer los elementos transferenciales y contratransferenciales como se observa en los siguientes ejemplos:

“Para mí, se divide como en dos: la primera, confusión, además no se escuchaba y ya posterior, como más tranquilidad” (Ctp4) (V4).

“Como un descansito” (Ctp3)(V4).

“Sí, yo no sabría decir en términos de una sesión, porque no la hubo, había mucha confusión al principio, que sí se oía, que sí no se oía pero... la sensación sobre todo al

escuchar hablar al padre... ¡ahí! como que algo se organizó, algo se asentó, yo me sentí como... bueno, listo aquí hay trabajo ya” (T)(V4).

“Bueno, yo también, al principio como desorden... y ya al final que él se soltó, mucha tranquilidad pues como que ya se le ve forma a algo” Observadora 1 (Ob1) (V4).

*“Ustedes no saben el susto que a mí me dió cuando J. se montó en esa...”.
“Yo decía ¡ay! se va a ir para atrás, qué susto” (Ctp2)(V4).*

“Físico susto, yo creo que fue el susto contratransferencial. Porque él se encaramó en la colchoneta y se encaramó en el carro” (Jefe de línea)(V4).

Estas expresiones son traídas a colación para contextualizar una situación de peligro ocurrida dentro de la sesión. La terapeuta hace una exposición de cómo la contratransferencia, en este caso, la sensación de miedo, juega un papel importante en la sesión y da herramientas terapéuticas; el saberla leer permite guiar la intervención como se expresa a continuación:

“Claro el susto contratransferencial de miedo, como cuando él hace eso, como en la casa y como que haber vivido yo ese miedo, era como si yo sintiera que eso había que trabajarlo, que eso había que hablarlo, fue cuando se pudo empezar a hablar y empezaron a aparecer todas las otras actuaciones, que la cosa empezó a tranquilizarme y J. se ubicó y JG. se ubicó, se puso en el mismo lugar de las hermanas, empezó a haber un cambio, pues en el espacio...” (T)(V4).

Se tomaba como ejercicio cotidiano hablar de las sensaciones lo cual remitía a lo transferencial y contratransferencial. Tomemos a la familia del ejemplo anterior, en la sesión siguiente después del reencuadre:

“Yo no me voy a volver a equivocar ni en el día ni en la hora (reflejando cierta tranquilidad)” (T)(V4).

“No, no, ya tenemos dos sesiones cuadradas” (Ctp2)(V4).

“Hoy fue el día del orden, eso sí es organización, normas, no, hoy se habló de todo” (Jefe de línea)(V4).

En las citas anteriores, se observa cómo el reencuadre es organizador no sólo para los pacientes, sino también para la terapeuta y co-terapeutas.

Sobre la experiencia del uso del genograma y algunas pruebas proyectivas

El genograma se mostró como una herramienta que contribuye a la co-construcción del razonamiento clínico, no sólo a nivel de los pacientes, sino a nivel de las terapeutas en formación.

El genograma permite reconstruir una línea histórica con sentido, la cual tiene que ver con la dinámica de los pacientes en cada sesión, teniendo en cuenta los aspectos transferenciales y contratransferenciales y los núcleos de conflicto. El análisis de las pruebas proyectivas (dibujos) obtuvieron una gran relevancia a la hora de intervenir y diagnosticar a las familias, pues en ellas aparecieron aspectos de la dinámica vincular inter, intra y transubjetiva que sólo fueron posibles de develar y darle sentido a las dinámicas de los vínculos familiares con la cooperación entre quien realizó los dibujos, la terapeuta y el grupo de coterapeutas.

La eficacia del uso del genograma se ilustra en el caso de una pareja de adolescentes (uno de los casos en los que se intervino), en el que se pudo observar cómo el foco de intervención fue la desconfianza, la cual tiene sus orígenes en los vínculos de las familias de origen de ambas partes de la pareja:

“Al inicio del proceso terapéutico se establece como motivo de consulta en esta pareja una búsqueda constante de la falla entre ellos, conectada con los ideales paternos sin resolver, triangularizados cada uno con sus respectivas familias de origen (evidenciados en aspectos edípicos) y cruzados entre las dos familias, donde ambos reclaman sus lugares de privilegio, en dichas familias, al sentirse excluidos en algunas escenas nombradas” (Diario de campo de la terapeuta).

A nivel de la formación de terapeutas, se observaron confrontaciones en las observadoras, especialmente, en el trabajo realizado sobre sus propios genogramas, que pudieron colaborar con su ansiedad y miedo y, por ende, con su decisión a retirarse del grupo. Esta decisión obedecía a la falsa creencia de que el genograma es leído sólo por algunas escuelas psicológicas. Adicionalmente, se puso en evidencia que si las estudiantes hubieran tenido el aval del asesor o terapeuta de su respectiva escuela, para el uso de este instrumento, su trabajo se hubiera visto fortalecido en el aspecto crítico y dialógico como objetivo del método experiencial. Cabe mencionar que la inclusión de preguntas epistemológicas fue un factor predominante para el desarrollo conceptual de las estudiantes, permitiendo que cada estudiante pudiera elegir y/o reafirmarse frente a su elección paradigmática. Se incluyeron trabajos expositivos, analíticos y de discusión sobre diferentes modelos epistemológicos para establecer códigos comunes de comunicación entre las estudiantes observadoras, terapeuta y coterapeutas. También, fue importante reconocer que los diferentes paradigmas son compatibles con la intervención con familias y parejas. Ejemplo de lo anterior, se explicita en el siguiente diálogo:

“Primero, nunca trabajamos familia. Segundo, estábamos también acomodándonos a nuestra corriente” (Ob2)(v5).

“Y a la práctica” (Ob1) (V5).

“Sí, a la práctica. Este principio pues era acomodación; mirando pues el fenómeno desde nuestra perspectiva. Entonces era pues acomodando para ver de qué forma podíamos entrar ahí” (Ob1) (v5).

“Y esa era otra cosa, pues qué hablábamos... que de pronto nos ha generado mucha angustia; porque entonces es entender de pronto el contexto en que ustedes venían trabajando; más o menos entender lo vincular pa’ poder saber de qué hablan. Luego, entrar a entender nuestra teoría y fuera de eso... luego... bueno, son un mundo de cosas: entender pues la familia, entender qué ocurre ahí ya no pues con uno, sino con un montón; y yo qué haría acá” (Ob1) (v5).

“Yo también me he preguntado desde mi orientación: yo qué haría acá, y... pues como esa necesidad de apoyo de nosotras de alguien de nuestra corriente para no ir a persistir en errores; y hemos tratado de buscar pues alguien que nos apoye, que nos oriente desde ahí y si estamos pues como en el proceso. Yo todavía me siento como tan desubicada ¡pues! Como que no sé muchas cosas. Entonces no sé, no sé, no sé” (Ob1) (v5).

“Ojo, ojo que hay una cosa muy bonita y yo les decía a ellas, la parte más maluca tiene que ver con ustedes y es el que puedan tolerar ese nivel de angustia, porque es en la medida que ustedes puedan tolerar eso, poderlo poner en la palabra, poderlo traer, [lo que] a nosotras nos ha permitido empezar a pensar otro montón de cosas, por ejemplo, cómo ir abriendo esa mirada, no solamente desde pasar de una mirada de la clínica, de lo individual a lo grupal, familiar o pareja, sino abrir una mirada con esta teoría de lo vincular, que es con lo que arrancamos, es lo que tenemos y nos ayuda en este momento, específicamente, a avalar esta intervención de una manera diferente, por lo menos desde lo teórico ¿cierto? Pero entonces, es que moverse, y lo dice Silvia Gomel, en el texto de las rupturas epistemológicas, qué hay que hacer, “es doloroso” y es doloroso porque hay muchas cosas que no sabemos y eso lo tenemos que tolerar, por eso, no cualquiera se mete a hacer este tipo de trabajo” (T) (V5).

La co-construcción

En este trabajo de investigación y bajo los parámetros del método experiencial, el conocimiento se construye a partir del diálogo entre las preguntas y respuestas de los estudiantes en formación o co-terapeutas y el docente o terapeuta, siendo el alumno quien debe construir las respuestas dentro de este contexto clínico con posición de “practicante reflexivo” (Andersen, 1994).

El proceso de construcción del vínculo del par terapéutico requirió tener en cuenta el encuadre

vincular ya que esta relación es, en sí misma, una relación vincular (Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo, 1991; Pichón, 1980; Puget y Berenstein, 1991). Trabajar bajo el encuadre vincular exigió la mirada no sólo para los pacientes familia y pareja, sino para el par terapéutico que interviene, teniendo en cuenta los tres espacios psíquicos constitutivos del vínculo: el intrasubjetivo, en el que se observa la reciprocidad mediante el intercambio de ideas y el encuentro de la experiencia mutua; el intersubjetivo, en el que la interacción correctiva es de doble vía entre las ideas y experiencias tanto de cada persona como de todos los participantes; el transubjetivo, puesto en escena en el grupo de trabajo y contexto institucional (Krakov, 1996).

Las distintas maneras en las que se cruzan las relaciones del terapeuta-coterapeuta y, al mismo tiempo, la de los observadores participantes aflora la pregunta por la relación vincular:

“¿Ustedes se han preguntado por qué nos juntamos a trabajar en grupo? ¿Por qué de esta manera?” (Diario de campo T).

De esta manera, se refiere a la elección de un trabajo vincular, ya que en la relación terapeuta-coterapeuta también se construye un vínculo con diferentes dinámicas, dependiendo de las características de las personas que conforman la pareja terapeuta-coterapeuta.

A medida que interactuaban terapeuta, co-terapeutas y observadoras se evidenciaron los vínculos que se iban creando, así como las necesidades de cada uno y los acuerdos a los que se debían llegar para una adecuada configuración del equipo de trabajo.

Temporalidad, ritmo y consistencia en la experiencia y decisiones de la intervención clínica

Es importante tener en cuenta que cuando se habla de intervención a familias y parejas, el tiempo en la construcción del vínculo terapéutico y su intervención, es decir, el tiempo entre cada sesión, el tiempo de los pacientes para elaborar sus procesos, el del grupo para poder elaborar y procesar dichas intervenciones, requiere disponibilidad del terapeuta, co-terapeutas, así como del espacio de la cámara de Gesell, para poder llevar a cabo las decisiones intervención. A continuación, encuentran los emergentes que hablan de ello:

a) Espacio

*“La experiencia clínica no nos deja conceptualizar” Directora (D) Video 2(V2).
 “¿Uds. se han dado cuenta que eso lo hacemos en ausencia de los pacientes?” (T) (V2).
 “Yo creo que es necesario otro espacio” (Ctp2) (V2).*

b) Tiempo

*“El tiempo es un obstáculo” (D) (V2).
 “No está quedando tiempo disponible para la elaboración, por eso hay que pensar muy seriamente, esa es otra decisión (mirando a la CT1), si los pacientes que le fueron asignados los remitimos. La queja nuestra es que no tenemos esos espacios de elaboración. A no ser que las parejas vengan una vez cada tres semanas... y... eso no importa a veces ese modelo también es posible; solo que las citas serían de 1 ½ hora muy intensa y que propongan tareas(...), no necesariamente es el esquema nuestro, pero hay ciertas técnicas que le ayudan a manejar el tiempo...” (D) (V2).*

También existieron otros aspectos emergentes (lapsus de olvidos en relación con confusiones con el tiempo: horarios y días de atención) que se consideran elementos transferenciales y contratransferenciales que denotan la necesidad alterna de coordinación de varios tiempos en el proceso de investigación-intervención, lo cual hace que la trama que se desarrolla sea aún más compleja:

*“En teoría, dentro de 15 días veremos tres casos” (Ctp2) (V3).
 “Escúchenme, mi angustia es que yo no sé qué le dije a la paciente M” (T) (V3).
 “Llamamos a confirmar. Estos son los adolescentes” (T) (V3).
 “Y ¿si aparece la familia dentro de 8 días?” (T) (V3).*

En este ejemplo, ante la ausencia de una pareja paciente (quienes cancelaron la sesión), se muestra cómo el equipo aprovecha este tiempo para pensar

en otros aspectos pendientes con otros pacientes familias o parejas, así como para organizar las funciones y trabajo en equipo, como la planificación de futuras sesiones.

La experiencia del co-terapeuta: un camino de reconocimiento del sí mismo y de la construcción del lugar terapéutico en la intervención con familias y parejas.

El caso más ilustrativo lo experimentó una de las co-terapeutas que se angustió al momento de tener que reconocer a dos terapeutas experimentadas (jefe de línea e investigadora principal), que son de la misma orientación pero que tienen estilos diferentes de intervención. Su angustia surge porque la estudiante admira a ambas terapeutas, pero se cuestiona porqué no sabe cuál de los dos estilos terapéuticos es el más indicado. Después de un tiempo de estar conscientizando y elaborando esta angustia, termina reconociendo que lo que está en juego es el propio lugar terapéutico (su sí mismo terapéutico), el lugar de la exclusión, de saberse autónoma como terapeuta, responsable de su propia elección. En este sentido, la formación terapéutica que se hace bajo la modalidad de co-terapia, requiere que cada integrante del equipo terapéutico de este modelo, se diferencie, muestre su individualidad, con respecto a los terapeutas que forman, como de las otras coterapeutas (Bowen 1991).

Algunos ejemplos de la búsqueda de esta individualidad:

“¿De qué manera se interviene? ¿Cómo dice T o cómo dice la Jefe de línea?” (Ctp2)(V2).

“Yo veo cosas en ambas con las que estoy de acuerdo pero esto me enfrenta a que yo tengo que asumir mi propio lugar. Yo tengo que recorrer un camino que puede que no sea ni el mismo de T ni el mismo de la Jefe de línea” (Ctp2) (V2).

“Uno tiene que asumir un lugar y un estilo propio” (Ctp2) (V2).

De algún modo, esto también lo decía una de las observadoras cuando se le preguntaba ¿cuál de los dos modelos de entrenamiento que se aplicaban en la universidad le gustaba más? Ante la pregunta ella respondió:

“Los modelos son el tradicional, bajo el cual se forman todos los practicantes de Psicología en la universidad de San Buenaventura: se atienden los pacientes y después se hace una asesoría con el asesor de prácticas. El otro modelo es el implementado por esta investigación como proyecto matriz en la modalidad de terapeuta-coterapeuta y me parece que uno puede aprender más” (Ob 1).

“A veces uno no sabe si es mejor que lo guíe el profe de prácticas o estar aquí viviendo esta experiencia” (Ob1).

Aquí la observadora hacía referencia a la ambivalencia que genera elegir un lugar terapéutico.

Conclusiones

La implementación de este modelo de entrenamiento, bajo la modalidad terapeuta-coterapeuta, permitió al interior del grupo de trabajo reconocer la necesidad de diseñar una manera diferente de formación e intervención terapéutica al interior de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura de Medellín. Esto, no sólo para trascender de la atención clínica individual a la intervención con familias y parejas, sino para formar a los estudiantes en la vivencia de la clínica junto con el docente formador. En este sentido, la ventaja de emplear este tipo de entrenamiento terapéutico es la posibilidad de la co-construcción del conocimiento, que se deriva del trabajo en grupo como “un interjuego de subjetividades” (Estupiñán, Rodríguez y Hernández, 2003) y según, la experiencia de las participantes en este estudio, resulta ser más enriquecedor y complejo en esta forma de trabajo.

Se considera que el camino recorrido lleva a entender que lo que se construyó bajo la modalidad de entrenamiento investigativo asistencial para estudiantes de pregrado en Psicología en la atención a familias y parejas fue el encuentro del propio lugar terapéutico. Por ejemplo, existía la expectativa de cómo serían presentadas las co-terapeutas ante los pacientes, puesto que el presentarlas como practicantes, observadoras, estudiantes o psicólogas recién graduadas marca una diferencia en el modo de apropiarse del rol de terapeuta.

Para todo el equipo de trabajo fue claro que la labor es vincular. La relación, tanto en la escena

clínica terapéutica como por fuera de ella, entre el terapeuta y co-terapeuta es vincular. Las estudiantes, participantes en esta investigación, explicitaron que sentían diferente la relación entre ellas y el supervisor de prácticas del método tradicional, a la establecida con las investigadoras en el proyecto piloto. Ellas explicitaban que en la primera, aún se mantenían relaciones más verticales, en las que predominaban los miedos y el peso a ser calificado. Por el contrario, en la segunda, si bien aparecen miedos, estos se van menguando con el avance de la práctica; la relación terapeuta-coterapeuta, al entenderse como relación vincular, les permite a los integrantes de esta relación reconocer que lo que allí acontece, que de una u otra de manera contratransferencial incide o permite hacer una lectura nueva sobre los casos que tratan. De hecho, desde esta postura existe una relación entre las fantasías, ansiedades, expectativas, deseos y temores de la terapeuta y co-terapeuta, que deben ser puestos al servicio de los casos o al servicio del crecimiento personal y profesional, pero también, al servicio mismo de la relación del par terapéutico. Sobre este aspecto en particular, se concluyó que el tiempo no fue suficiente, pues es un asunto al cual se le debe atender oportunamente. Hablar de fantasías, ansiedades, temores, etc., permite fortalecer el grupo de trabajo en todos sus aspectos. Lo anterior permitiría fortalecer el proceso mismo de formación.

Por otra parte, la participación de las estudiantes en esta investigación, se logró que trascendieran de la mirada de la atención individual de un paciente a una atención vincular, fortaleciendo su comprensión global de los casos, al reconocer la influencia de la dinámica relacional en la vida de una persona. Ejemplo de este cambio de mirada lo ilustra el caso de la Ct2, quien plantea en su trabajo de grado final cómo es la atención a uno de los primeros pacientes que atendió como parte de esta investigación:

Pareja homosexual, fue un proceso corto, el cual comenzó con una inscripción hecha en el Consultorio Psicológico Popular por la Ctp2, quien en ese momento realizaba sus prácticas allí. La inscripción como tal fue un paso importante porque desde allí se empieza a observar el criterio con el cual la co-terapeuta remite al paciente a un trabajo de pareja; un asunto que sólo hasta ese momento se comprendió

y tenía que ver con el filtro que hacen todos los practicantes sobre los pacientes que se inscriben. Como filtro se entiende esa primera entrevista que se hace a un posible paciente y que comienza con la inscripción, la cual puede desembocar en un trabajo individual, en uno de pareja o en uno de familia (Castaño y Escobar, 2003, p. 36).

Esta reflexión destaca la impresión de las estudiantes, participantes en este trabajo de que a nivel de experiencia formativa un buen filtro en la entrevista inicial de los pacientes y su acertada inscripción como pacientes individuos, pacientes parejas o pacientes familias, aseguraba el éxito del trabajo terapéutico.

Con respecto a los sentimientos de angustia, experimentados por las integrantes de este proceso de formación, son entendidos por la investigadora-terapeuta como el *vivir humanamente* y que se refiere a aprender, reconocer y tolerar la falta; falta para admitir el desconocimiento como una forma de saber, que implica aceptar que no se sabe, pero que tal vez otro lo sabrá. Es tolerar la herida narcisista de la incompletud, es poder respetar la diferencia como un compromiso personal, profesional y ético como un reconocimiento de la alteridad en el diálogo intersubjetivo. El saber de experiencia, como lo fue esta propuesta de formación, enseña a *vivir humanamente* transformando los procesos tradicionales de aprendizajes (Larrosa, 1998).

Asumir la clínica y el proceso de formación, desde este lugar humano y singular, implica unir la razón y el corazón desde una ética que involucra el amor por la clínica, el oficio y el otro, no sólo el paciente como otro, sino el conocimiento como otro que ayuda a romper paradigmas y a crecer en formación. Exige, además, estar dispuestas a la transformación, cooperación, co-construcción que permitan tolerar las angustias y dificultades propias del ejercicio clínico profesional, al mismo tiempo, las dinámicas relacionales y vinculares inherentes a la vida humana, a nuestra vida humana puesta en evidencia en el genograma y otras formas de preguntarnos por nos-otras, por el ser humano y sus relaciones atravesadas por el inconsciente, quien finalmente siempre nos está recordando nuestra humanidad.

En la medida en que se reconoce la complejidad de la vida humana y se entiende la formación y la investigación desde este lugar, se hace necesario

el diálogo entre las diferentes escuelas como un trabajo interdisciplinario, cooperativo y creativo, a la manera de Reason et al. (1981), que permita la transformación de todos los procesos que al interior de la vida personal y académica emergen.

Conocer y tolerar las diferencias entre las escuelas y orientaciones clínicas psicológicas, en el proceso terapéutico con familias y parejas, permite incursionar en una manera nueva de formar psicólogos y psicoterapeutas al interior de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura. Esta postura permite pasar de una mirada individual a una interpersonal. Es necesario, entonces, poner a dialogar las diferentes escuelas, pues lo que se consigue con esto es la co-construcción y cooperación en el trabajo grupal y en el que se fortalece la experiencia clínica e investigativa en el ámbito institucional universitario. Así, se logran ofrecer otras opciones terapéuticas acordes con la demanda actual del medio social, como este modelo de entrenamiento y formación.

Reconocimientos

Esta investigación fue posible gracias a los vínculos construidos tanto académicamente como afectivamente. La disposición a encontrar nuevas alternativas de trabajo al interior de la Universidad nos llevó a vincularnos y a desarrollar felizmente este trabajo. Por esta razón, profundamente agradecemos a todas las compañeras que hicieron parte de esta investigación, a la jefe de línea y a su investigadora principal, quien no renuncia a la inclusión de nuevos abordajes para el desarrollo de la práctica clínica en psicología con familias y parejas.

Referencias

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Arroyo, V., Fisher, L., Moré M. R., Schejter, V., Weingierman, S. y Zeignfr, S. (1992). *Encuadre Familiar*. Recuperado de <http://apapsibase.apa.org.ar/opac/cgi-bin/pgopac.cgi?VDOC=1.40948>
- Asociación Argentina de psicología y psicoterapia de grupo. (1991). *Teoría y clínica de las configuraciones vinculares*. Documento presentado en el II Congreso Argentino de Psicología y Psicoterapia de Grupo y Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Buenos Aires, Argentina.

- Berenstein, I. (1987). *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aire: Paidós.
- Bianchi, G., Gaspari, R., Gomel, S., Gutman, J., Matus, S. y Rojas, M. (2011, 19 de octubre). Recordando a Isidoro Berenstein [web log post]. Recuperado de <http://susanamatus.blogspot.com/2011/11/homenaje-isidoro-berenstein.html>
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Castaño, S. y Escobar, N. (2003). *Acercamiento a la formación en atención clínica con familia y pareja. Descripción de una experiencia en el rol de coterapeuta: "El Lugar Propio del Coterapeuta"* (Tesis magistral no publicada). Universidad de San Buenaventura, Medellín.
- Corti, de K. (2002). *La contratransferencia en épocas difíciles*. Congreso argentino de psicoanálisis. Desafíos y recursos actuales en psicología. APA Asociación Psicoanalítica Argentina. Argentina.
- Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1998). Investigación e intervención en grupos familiares, una perspectiva constructivista. En métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales (Cap. 13). Madrid: Síntesis.
- Estupiñán, J., Rodríguez, D. y Hernández, A. (2003). *Construcciones en psicología compleja: Aportes y dilemas*. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.
- Framo, J. (1996). *La Familia de origen y psicoterapia: un enfoque intergeneracional*. Barcelona, España: Paidós.
- Galeano, M. y Vélez, O. (2000). *Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa*. Centro de Investigaciones Sociales y Humanas Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Goldrick, M. y Gerson, R. (1993). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- González, A. (1979). *Análisis de la relación de pareja*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Gutiérrez de P, V. (1975). *Familia y cultura en Colombia*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano de Cultura.
- Gutiérrez, E. P. y Zapata, D.P. (1999). *Formación del psicólogo en pregrado para el abordaje de la demandada de atención familiar en la ciudad de Medellín* (Tesis magistral no publicada). Universidad de San Buenaventura, Medellín.
- Krakov, H. (1996). *Intervenciones psicoanalíticas en psicoanálisis vincular*. Documento publicado en XII Jornadas de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Interevenciones en clínica vincular. Buenos Aires, Argentina.
- Larrosa, J. (1998). *La experiencia de la lectura estudios sobre literatura y formación*. Barcelona: Laertes.
- Lemaire, J. (1986). *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mancilla, A. (2003). Documento inédito "Supervisión coterapia". México.
- Merea, C. (1994). *La extensión del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Nicoló, A. (1990). Hacia una perspectiva psicoanalítica en el estudio de la familia y la pareja. *Revista de Psicoanálisis*, 47(5/6), 908-922.
- Pichón, R. E. (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Puget J, y Berenstein, I. (1991). *Teoría de vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Reason, P., John, E. y Rowan, J. (1981). *Human Inquiry: A Sourcebook of New Paradigm Research*. London: Chichester Wiley.
- Rojas, N. (1987). Panorama de la psicoterapia de pareja y familia en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3(16).
- Roldán, M. (2004). *Propuesta de formación en la intervención clínica a familias y parejas para estudiantes de pregrado en psicología* (Tesis magistral no publicada). Universidad de San Buenaventura, Medellín.
- Salgado, C. y Alvarez, M. (1990). El genograma como instrumento de formación de terapeutas de familia. *Revista latinoamericana de psicología*, 22, 385-411.
- Segal, H. (1979). *Melanie Klein*. Madrid, España: Alianza editorial.
- Sember, S. (1992). *El inicio de la actividad profesional. Ansiedades y dificultades de un psicólogo en prácticas*. Barcelona, España: Hogar del Libro.
- Swanson, J. M. (1986). The formal qualitative interview for grounded theory. En C. Chenitz y J. M. Swanson (Eds.), *From practice to grounded theory* (pp. 66-78). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Thomä, H., Kächele, H. y Jiménez, J. P. (1986) La contratransferencia en una perspectiva histórico-crítica. *Revista de Psicoanálisis*, 43, 1237-1272.
- Walter, P. (1999). Más allá de las polaridades en investigación. Medellín: Editorial UPB.