

Universidad de Palermo- Facultad de Ciencias Sociales

una pareja de adultos a partir del modelo  
Resolución de Problemas de Palo Alto

1/10/2013

Ordón Giselle

utor: Lic. Gabriela Ramos Mejía

## Índice



## **1. Introducción**

El trabajo final integrador (TFI) se realizó en el marco de la práctica profesional de 280 horas en un Centro de Psicoterapias de la Ciudad de Buenos Aires. Dicho centro de salud mental trabaja bajo el marco teórico de Terapia Sistémica y en particular el modelo de resolución de problemas, siempre teniendo una mirada integradora del individuo, sus interacciones y el contexto.

El Centro trabaja con diferentes obras sociales y actualmente alrededor de 300 terapeutas forman parte de su equipo de profesionales. Los mismos poseen constante formación en la institución y la posibilidad de supervisar los casos una vez a la semana.

Como pasante de la institución se tuvo la oportunidad de observar las Cámaras Gesell dónde se vió en vivo y en directo sesiones de psicoterapia, admisiones y supervisiones. En cada caso los profesionales trabajaron con los pacientes y luego se tuvo la posibilidad de charlar con el terapeuta a cargo sobre el caso, las estrategias y técnicas aplicadas. Esto es utilizado como parte de la formación permanente que reciben los terapeutas que son parte del centro. Los integrantes de cada equipo de Cámara Gesell permitieron opinar y preguntar libremente, como forma de aprender. Asimismo fue parte de la práctica asistir al curso Introductorio del Modelo de Resolución de Problemas, donde se aprendió sobre la modalidad de psicoterapia aplicada por el centro.

Otras tareas desarrolladas en el centro se vincularon con la organización de la videoteca. Siendo ésta un recurso importantísimo del Centro para la formación e investigación. Consta de filmaciones de sesiones de psicoterapia en Cámara Gesell, de ateneos dictados en el Centro, de cursos, entre otros. Dicha organización implicó ver los videos y catalogarlos en una base de datos.

Las tareas de edición y subtitulado también formaron parte de la practica en el Centro.

En el espacio llamado Cámara de Parejas se participó de la supervisión del caso que es el motivo del presente TFI.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

- Analizar la problemática y el abordaje terapéutico en un caso de infidelidad de una pareja de adultos a partir del modelo Resolución de problemas de Palo Alto

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta y sintomatología expresada por los pacientes.
- Analizar las intervenciones aplicadas en el caso para modificar el problema.
- Describir el proceso de supervisión llevado a cabo por el terapeuta y cómo este proceso influye en el tratamiento.
- Describir los cambios producidos en la pareja a lo largo del tratamiento.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Antecedentes e inicios de la Teoría Sistémica**

En la década del cuarenta la Fundación Macy auspició conferencias en Nueva York en donde un grupo de especialistas de diferentes disciplinas tenían como objetivo investigar la posibilidad de llegar a lograr una ciencia del control. Algunos de los científicos que participaron de esta serie de conferencias fueron Bateson, Mead, Erickson, Weiner, Lewin, entre otros. Los temas abordados por este grupo de destacados fueron la hipnosis, teleología y fundamentos de la cibernética. Toda esta serie de conferencias contribuyó al surgimiento de ideas que luego fueron base de diferentes disciplinas científicas, en especial la psicoterapia (Cazabat, 2007; De Shazer, 1995).

Unos años más tarde, como consecuencia de los diferentes estudios realizados y la necesidad de Bateson de fundamentar una teoría de base sistémica de la comunicación en 1952, funda el Proyecto Bateson con la asistencia de una beca de la Fundación Rockefeller. La idea principal del proyecto era poder desarrollar una línea teórica que integre diferentes teorías en una sola orientada al estudio de la comunicación sistémica (Wainstein, 1997).

Desarrolló el proyecto trabajando en conjunto con Haley, Weakland, Fry y Erickson en el hospital de veteranos de Guerra de Menlo Park, en Palo Alto, California (Cazabat, 2007). Este grupo de notables junto con la colaboración de Jackson publicaron en 1956 un importante artículo que luego fue sumamente difundido llamado Hacia una teoría de la esquizofrenia, donde desarrollan el concepto de doble vínculo como eje central de comunicación para el desarrollo de la patología (Wainstein, 1997).

En marzo de 1959, parte de los científicos del Proyecto Bateson fundaron el Mental Research Institute (MRI) y unos meses más tarde se sumó un psiquiatra austriaco llamado Watzlawick, que no mucho tiempo después fue quien dio origen a muchas de las ideas fundamentales del MRI trabajando siempre desde una perspectiva interaccional de la terapia (Cazabat, 2007).

En este contexto, Haley desarrolló el modelo estratégico de resolución de problemas, dejando el MRI para unirse en dicho trabajo con Minuchin y Montalvo en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*.

## **3.2 Modelo estratégico de Resolución de Problemas de Palo Alto**

### **3.2.1 Inicios del Modelo**

En 1967 Fisch y Jackson se unieron para trabajar sobre lo que luego se llamó *Brief Therapy Center* (Centro de Terapia Breve), donde el modelo utilizado era el de terapia breve. Watzlawick, Weakland y Bodin comenzaron a trabajar en conjunto con Fisch y Jackson en lo que actualmente se conoce con el nombre de Modelo de Palo Alto, dando como resultado un cambio radical en la manera de pensar y practicar la psicoterapia, donde primaba lo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a generar un cambio. Este cambio debía darse en un límite de tiempo, arbitrariamente determinado por ellos, de 10 sesiones, siendo los consultantes atendidos en la Cámara Gesell (Cazabat, 2007; De Shazer, 1995).

El modelo de Palo Alto, junto con el resto de los modelos sistémicos, comparte la idea de que la conducta de una persona siempre tiene relación con la conducta del resto de los individuos. Entonces, si el comportamiento de alguna de esas personas es modificado, indefectiblemente el resto de los comportamientos se verán afectados (Hirsch & Casabianca, 1992). De esta manera los sujetos que tienen relaciones estables en el tiempo son categorizadas como parte de un sistema que le da significado a las conductas que llevan a cabo dentro del mismo. Dichas conductas tienen un orden según interdependencia y según jerarquía, dónde se pueden observar dos fuerzas, una que tiende al cambio y otra a la estabilidad (Hirsch & Casabianca, 1992).

Dejar de ver al paciente como una unidad individual y verlo como parte de un sistema también tiene consecuencias en el terapeuta, ya que éste no sólo deberá considerar a los problemas de manera diferente sino que además tendrá que considerarse parte del mismo. Cuando el problema es definido como parte de las relaciones sociales del paciente, el consultor pasa a ser parte del mismo puesto que ayuda a definirlo (Kopeck, 2007). Así el profesional pasa a ser como un agente de la cultura externa al paciente y posibilita enfrentar el guion del paciente con el propio guion alternativo (Wainstein, 1997)

### **3.2.2 Concepción de problema**

Desde el modelo de resolución de problemas de Palo Alto, se parte de tomar a la conducta-problema en un contexto, es decir dentro de un sistema, el intento de solución

de la misma de manera fallida, concluyen por perpetuarla en el tiempo (Hisch & Casabianca, 1992).

La terapia desde este modelo se centra en la cuestión social del cliente, no haciendo tanto hincapié en la persona. Las diferentes unidades sociales en conjunto son el problema y una conducta es parte de un grupo de actos realizados por diferentes personas en una secuencia, donde la terapia pone su foco en, justamente, esa secuencia de conductas (Haley, 1994).

Una de las características principales del modelo del MRI es que se considera a la persona como potencialmente capaz de darle una solución a las dificultades que se le presentan en diferentes etapas de su ciclo vital. En diferentes ocasiones lo que puede ocurrir es que esas mismas interacciones que pretenden solucionar la dificultad, en lugar de resolverla, le dan más intensidad y la perpetúan en el tiempo, dando lugar así a un problema (Kopec, 2007). El foco está puesto en las secuencias repetitivas de la conducta que desencadena el problema tratando de identificar el circuito autoperpetuante de esa conducta. Así se podrá intentar cambiar un circuito de conductas que contribuyen a sostener el problema (Hirsch & Casabianca, 1992).

Se llama problema a una construcción o interpretación cognitiva de lo que pasa, de los hechos y de las acciones que se han llevado a cabo a partir de dicha interpretación. Las acciones, los pensamientos y el contexto, permiten que el problema se mantenga constante en el tiempo. El terapeuta debe poder realizar un plan de abordaje de dicho problema, un procedimiento. Aquí está uno de los pilares de la teoría sistémica, el profesional puede sentir que sabe perfectamente cómo solucionar el problema de su paciente, pero su consultante no y de aquí es de donde surgen los otros problemas del tratamiento, llamados resistencias, es decir aquellas situaciones donde los consultores suelen encontrar dificultades para transmitir las soluciones potenciales a sus consultantes (Wainsten, 2006).

La definición del problema incluye determinar cuáles fueron las soluciones intentadas por el paciente y sus otros significativos. Soluciones que evidentemente no han tenido éxito o solo lo han tenido parcialmente, de esta manera el profesional podrá establecer un “diagnóstico de circuito”, pudiendo evaluar si todas esas soluciones implementadas hasta el momento han ayudado a sostener el problema y si alguna parte de esas soluciones dio resultado, tenerlo en cuenta para el futuro (Kopec, 2007).

### **3.2.3 Concepción de cambio**

Como explica Watzlawick (1974) de la teoría de grupos se desprende la base de uno de los tipos de cambio que se pueden dar en un sistema, que es aquel cambio que mantiene invariante al mismo, que en definitiva no lo modifica en sí. Y también afirma que la teoría de los tipos lógicos nos da los fundamentos para el otro tipo de cambio que puede encontrarse en un sistema que es aquel que si produce una metamorfosis en el sistema y el mismo cambia.

Entonces se describen dos maneras en que los sistemas pueden cambiar: cambio de primer orden o cambio uno y cambio de segundo orden o cambio dos. En cuanto al cambio de primer orden, se trata de mantener los valores constantes entre ciertas variables y de esta manera mantener la homeostasis del sistema, también llamado retroalimentación negativa. En cuanto al cambio de segundo orden se trata de un cambio en las estructuras, en la composición del sistema, son desequilibrios generadores de verdaderos cambios (Wainstein, 1997).

El cambio uno, siempre parece ser fundamentado con el sentido común de las personas como algo que ya conocen, por otro lado, el cambio dos, suele verse como algo extraño, diferente y raro que desconcierta. Cuando se aplican técnicas para un cambio dos, implica que se mira la situación desde un aquí y ahora, siendo su punto esencial enfocar a los efectos y no las causas del problema (Watzlawick, 1974).

Como afirma De Shazer (1995) lo importante siempre es considerar lo que los pacientes traen como recursos para el cambio, de manera que pueda éste ser satisfactorio. Los consultantes poseen un lenguaje propio que el terapeuta debe tomar y utilizarlo orientado al cambio (O'Hanlon & Weiner Davis, 1990).

La posibilidad de cambio de la conducta problema no es propuesta por la totalidad del sistema, sino por el o los individuos que se vean perturbados por la misma, puesto que el equilibrio que la situación lograba, ha dejado de ser satisfactorio. El o los individuos que consultan por el cambio son los motivados para hacerlo por sufrir el malestar en el sistema y los que por lo tanto tienen capacidad de influir en ese cambio, ya que la realidad en la que viven no les satisface (Hirsch & Casabianca, 1992).

### **3.2.4 Construcción de la realidad**

Como consecuencia de la interacción entre el mundo en el que las personas viven con el lenguaje, las herramientas utilizadas y las demás personas, surge la realidad

que se percibe, de manera que existen tantas realidades como interacciones posibles (Nardone & Castelnovo, 2007). La construcción de la realidad es una forma de organizar cada una de las experiencias individuales y personales, en las que cada individuo muestra su propia representación del mundo y esto incluye la propia representación de sí mismo. Los sujetos realizan diferentes operaciones internas y externas que definen su experiencia psicológica en su determinación por conocer. Esa experiencia es el resultado de la relación de la actividad biológica y la actividad social del propio sujeto (Fernández Álvarez, 2004).

La organización de las experiencias de los seres humanos se realiza en base a las construcciones de creencias y estas son entendidas como una correspondencia entre lo interno ó subjetivo y lo externo u objetivo (Wainstein, 1997).

La función principal de las construcciones de realidad que realizan los sujetos es sostener y mantener el sentido de identidad, siendo operaciones necesarias. Cuando la persona logra darle un sentido a la experiencia que transita puede ir desarrollando su *self*, una identidad, lo que implica tener a disposición una cantidad de recursos para auto-organizarse siguiendo su eje de subjetividad, de modo tal que las experiencias nuevas puedan ser integradas a las ya vividas y poder planear el futuro de acuerdo a un guion que le sea propio (Fernández Álvarez, 2004).

Se puede decir entonces que el proceso de construcción de la realidad vivido por el sujeto con una modalidad disfuncional de percepción y reacción de dicha realidad da como resultado trastornos mentales, individuales o de pareja. El modelo estratégico de resolución de problemas plantea la extinción de los síntomas y resolución de la problemática mediante la reestructuración y cambio de la forma de percibir la realidad que trae el paciente y su conducta (Nardone & Castelnovo, 2007).

El ámbito, el espacio, el lugar donde se desarrolla la vida psicológica, es aquello a lo que se llama realidad, todo aquello que el ser humano construye como contexto y de su historia. De modo tal que todo lo que hacen los seres humanos es, en un punto, el resultado del conjunto de acciones que se basan en el conocimiento que disponen sobre la realidad en la que operan. Es así que construcción y conocimiento se influyen recíprocamente para mantener la identidad personal (Fernández Álvarez, 2004).

En el espacio creado entre consultante y terapeuta se ve la construcción de la realidad de cada uno y se trabaja por construir una tercera realidad común (Hirsch & Casabianca, 1992).

### **3.2.5 Proceso de co-construcción del motivo de consulta**

En el proceso terapéutico el terapeuta y el consultante co-construyen el problema o motivo de consulta, desde la queja inicial que trae el paciente y la expresión de lo que está dispuesto a hacer en el proceso (Hirsch & Casabianca, 1992). El terapeuta debe saber cómo formular un problema y resolverlo, para que la terapia sea exitosa, pactando un contrato con el paciente teniendo en cuenta la situación social del mismo y su sistema (Haley, 1980). Es necesario un proceso inicial de tratamiento para definir el objetivo posible, alcanzable y evaluable. Asimismo, una vez definido, es importante establecer los pasos necesarios para alcanzarlo, siempre teniendo en cuenta que deben ser lo suficientemente mínimos y significativos para el paciente, de manera tal, que sean posibles de ser alcanzados y tenga sentido esforzarse para ello.

El proceso de co-construcción del problema entre el terapeuta y el paciente debe dar como resultado una definición en términos de conductas que puedan ser observadas, siendo más fácil de comprender el objetivo y evaluar los efectos de la terapia de manera concreta (Kopec, 2007).

Para entender la conducta humana es necesario contemplar siempre los circuitos totales, a esto se llama cibernética, es aquel recorrido circular completo que logra describir y explicar lo que pasa en ese circuito (Wainstein, 1997). Los circuitos que definen o perpetúan el problema son más fáciles de comprender si se pueden describir las conductas que los componen, muchas veces, cuando el terapeuta logra armar el circuito junto con el paciente y lo verbaliza, hace que el consultante pueda tener otra mirada sobre la queja que lo trajo a terapia (Kopec, 2007).

Se llama, entonces, resolución de problemas, a la capacidad de poder reemplazar un procedimiento ya constituido e intentado, que falla, por otro que está en proceso de constituirse y posiblemente exitoso. La resolución de problemas implica la definición del problema, esto quiere decir poder plantear, describir y acordar con el paciente, siempre todo situado en un contexto social en el que sucede, donde se puede incluir una evaluación y ponderar la posibilidad de resolución y tener reglas de búsqueda en la resolución del problema (Wainsten, 2006).

Cuando el consultante está con el terapeuta, con ayuda de éste, logra construir desde la queja inicial, un problema. La queja en un contexto, en un lugar, con detalle de lo que sucede, a partir de las intervenciones del terapeuta. Hay que tener en cuenta que en cuanto el consultante describe su queja inicial, su propia organización jerarquiza la

demanda y la perturbación que sufre. Por tal motivo, el terapeuta debe ser lo suficientemente hábil para poder escucharlas, respetar dicha organización e intentar modificarla hasta donde el sistema lo acepte. Así se construye un interjuego entre el poder ejercido por el terapeuta y el otorgado al terapeuta por parte del paciente (Hirsch & Casabianca, 1992).

En ese proceso también se evalúa el tiempo del tratamiento y la co-construcción de las nuevas soluciones a partir de la capacidad de maniobra del terapeuta para desbloquear circuitos auto-perpetuantes del problema. Existen tres caminos posibles para hacerlo, en primer lugar incentivar y persuadir a que realice conductas diferentes, en segundo lugar aumentar la dificultad de resolución, a fin de que el mismo sistema intente otras soluciones o una tercera posibilidad es cambiar la percepción del problema por parte de los integrantes del sistema. (Hirsch & Casabianca, 1992).

### **3.3 Problemas de pareja desde la terapia sistémica**

#### **3.3.1 Definición de problema de Pareja**

Según Haley (1980) todos los terapeutas clínicos, de una manera u otra, trabajan con parejas o matrimonios, pero las opiniones de ellos sobre la institución conyugal es muy diferente. Para el autor, algunos terapeutas toman a la díada marital como pilar fundamental de la formación de la familia siendo así la entidad con mayor importancia. Para otros, la pareja del matrimonio es en realidad una tríada porque se define a sí misma según si incluye o no a un tercero, y al verlo de esta manera se pueden evidenciar diferentes etapas dentro del matrimonio. Lo que importa es saber cómo definir a la pareja de manera tal que resulte más fácil y eficaz generar un cambio. En la historia de los consejeros matrimoniales se solía ver a los integrantes de la pareja en entrevistas por separado, dichos consejeros no produjeron material teórico respecto de su práctica, sino que solo se limitaban a implementar lo que ya estaba escrito sobre terapia individual olvidando así lo interaccional. Como explicación a una determinada elección de mujer parecida a su madre por parte del hombre, se explicaba con el concepto elección neurótica de la pareja. A lo largo del tiempo los terapeutas de parejas fueron seleccionando teorías más sociales respecto de su práctica, empezando a entrevistar a los participantes de la pareja de manera conjunta o hasta a la familia completa. Ya en este momento se comenzó a hablar de una díada para explicar a la pareja, esto es un

sistema que se gobernaba por reglas donde los actos de una de las partes influyen en la otra parte (Haley, 1980).

A medida que se fue descubriendo el poder de influencia de los actos de una de las partes de la pareja sobre la otra, comenzaron a visualizar la posibilidad de ver a dicha entidad como una tríada, es decir, la necesidad de un tercero que ayude a la estabilidad. Y ese tercero podría ser un terapeuta, un hijo, un familiar o un tercero. Así, los problemas maritales o de pareja, no sólo son exclusivos de cada pareja sino que dependen de como sean presentados ante el terapeuta (Hirsch & Casabianca, 1992).

Desde de terapia sistémica se define problemas de pareja a cuando las personas solicitan la consulta en esos términos, es decir, como pareja y definen su problema como tal. En este punto, cuando la consulta está enfocada en la relación, la conducta-problema es responsabilidad de los consultantes y es tomada así por ambos, tanto sea en el cambio, como en el mantenimiento de la misma. Esto significa que los problemas de pareja solo podrán ser parte de un proceso terapéutico de pareja si ambas partes se sienten y reconocen como parte del conflicto y cada uno está dispuesto a negociar al respecto (Hirsch & Rosarios, 1987).

Existen tres motivos de consulta que derivan en terapias de pareja: en primer lugar, las parejas que tienen quejas por el problema que deriva de estar a la par, en segundo lugar, los que consultan por cuestiones que implican estar por debajo del otro y en tercer lugar los problemas que derivan de estar por encima del otro. De estos tres, Hirsch y Rosarios (1987) señalan que sólo el primer caso da lugar a una terapia de pareja.

Según Gottman (1994) los terapeutas están al tanto de lo difíciles y complejos que son los problemas en las parejas, por un lado existen parejas que al verlas parecerían incompatibles, con discusiones diarias y sin embargo viven juntos toda su vida. Y por otro lado, hay parejas que ante cualquier conflicto parece la debacle. Muchos terapeutas explican la estabilidad de los matrimonios en términos interaccionales, es decir esos mensajes privados que se intercambian entre ellos y que pierden la estabilidad cuando la compatibilidad básica de la cual habían partido se pierde. El autor afirma que según los resultados de una investigación que él mismo ha llevado a cabo, que la falta de compatibilidad no es la razón por la cual los matrimonios o parejas fracasa, sino que la manera en la cual los miembros de la pareja manejan las compatibilidades inevitables, siendo el saldo de las interacciones positivas y negativas lo que determina el bienestar. Dicho balance, según el autor, indicaría un matrimonio satisfactorio si se da una interacción negativa por cada cinco positivas. Sin embargo,

también explica que no existe matrimonio que pueda mantener su relación si aparecen y se mantienen los cuatro tipos de intercambio que él mismo llama corrosivos: la crítica, la defensividad, el desdén y el amurallamiento. A estos cuatro tipos de interacción Gottman (2006) los denominó los cuatro jinetes del Apocalipsis, debido a su carácter destructivo y que si no son controlados a la larga destruyen cualquier pareja. Todas las parejas pasan de vez en cuando por alguno de estos tipos de intercambio, lo importante es que puedan identificarlos y estar alerta para que no se vuelvan estables en el tiempo.

### **3.3.2 Crisis de Pareja**

Según Haley (1980) hay cuatro formas de presentar un problema de pareja, en primer lugar a través de un síntoma personal, en segundo lugar a través de un niño, en tercer lugar por una crisis familiar y por último por un pedido de asesoramiento matrimonial. Cada presentación demanda un enfoque por parte del terapeuta muy diferente.

Siguiendo entonces la clasificación del autor, éste explica que en el primer caso, al tratar los síntomas presentados por una persona casada o en pareja, el terapeuta a cargo se ve en general envuelto en problemas maritales, dado que debe indagar sobre la sintomatología del paciente. Suele suceder que dichos síntomas tengan que ver y estén relacionados con la dinámica de ambos y el terapeuta decida encarar el tratamiento desde este ángulo, presentando que el verdadero problema es de orden de la pareja. Otros terapeutas deciden tratar el síntoma hasta evidenciar alguna mejoría y re pactar sobre un nuevo motivo de consulta que los incluya a los dos. Siempre que un individuo en pareja presenta un síntoma grave, dicho síntoma cumple una función en la díada, por lo tanto si dicho síntoma es curado, esto también repercutirá en su matrimonio.

Cuando el niño es presentado como problema Haley (1980) afirma que la mayoría de las veces encierra detrás un problema marital, donde el pequeño termina siendo el síntoma de sus problemas. Así como también, cuando llega la hora de independizarse, los hijos adultos se van del hogar y el matrimonio comienza a tener dificultades. El terapeuta deberá ayudar a dicha pareja a elaborar juntos nuevos temas en que ocuparse.

En tercer lugar, cuando una crisis familiar es invocada como problema. Un ejemplo son las amenazas de violencia o suicidio o algún tipo de comportamiento familiar que de alguna manera irrita a la sociedad y es en ese momento dónde la pareja

consulta. Algunas veces este tipo de crisis suceden solo una vez y otras veces las parejas sufren como ciclos de crisis. En los momentos en que la pareja está en crisis es el momento en donde más se puede ayudar a la pareja a realizar un cambio.

Finalmente, cuando el matrimonio es presentado como problema. En general las parejas desean seguir unidas aunque a veces uno de los integrantes quiere separarse y aun no se lo ha dicho al otro. En estos casos es muy útil entrevistar además de conjuntamente, individualmente a cada uno. Cuando se realiza un examen del problema marital normalmente se pueden evidenciar que existen reglas maritales o de la pareja que rigen su conducta y el problema que ellos describen reside en esas reglas. La habilidad y capacidad de maniobra del terapeuta se despliega cuando logra que la pareja flexibilice o cambie una de esas reglas. Las reglas son diversas y se aplican a diferentes niveles, por ejemplo cómo comportarse con el otro, con los extraños, reglas sobre cómo se debe negociar. Cuando las reglas que trae la pareja son demasiado rígidas surge la imposibilidad de adaptarse a los cambios. Una de las responsabilidades del terapeuta es posibilitar que la pareja logre tener una posibilidad de acción más amplia (Haley, 1980).

Según Pittman (1991) una crisis es un periodo de cambio de manera tal que la situación podría empeorar o mejorar y las parejas pasan por crisis.

Define cuatro tipos de crisis. En primer lugar, aquella que se desata por un golpe inesperado, donde aparecen amenazas externas al sistema familiar que son imprevisibles, por ejemplo un incendio, un accidente, enfermedad, etc. Lo que caracteriza a esta crisis es la emergencia y la imprevisibilidad y de causa externa. Por tal motivo son de manejo más fácil de resolver sin intervención terapéutica.

En segundo lugar, la crisis del desarrollo que son aquellas que aparecen como resultado de la evolución de los ciclos vitales de los integrantes de la pareja o familia. Es decir que podrían anticiparse, aunque muchas familias se resisten a estos cambios naturales y necesitan la intervención terapéutica para superarlos.

En tercer lugar, describe la crisis estructural, donde el estrés que se vive es responsabilidad puramente de la estructura familiar, es decir es generada en el propio sistema. Las estructuras familiares que poseen un defecto seguramente sufrirán crisis recurrentes hasta que se decidan a solucionarlo.

Y por último, la crisis del cuidador, las familias suelen generar una red de cuidadores que de alguna manera los protegen de los cambios, esos cuidadores no son miembros de la familia en sí, sino amigos, parientes, terapeutas, etc. A medida que pasa el tiempo la familia necesita más y más de los cuidados de ese cuidador, cuando éste no esté disponible para atenderlos es cuando se desata la crisis. Esos cuidadores de alguna

manera cumplen funciones para esa familia que ellas mismas no pueden o no son capaces de cumplir.

Según Pittman (1991) todos los tipos de crisis antes mencionados requieren un abordaje terapéutico diferente. Aunque, también explica que un mismo problema puede deberse a diferentes tipos de crisis. El caso de la infidelidad puede verse como una crisis inesperada, del desarrollo, estructural o como crisis del cuidador.

Beyebach y Herrero de Vega (2010) sostienen que no resulta fácil realizar una caracterización general de los problemas o quejas traídos al consultorio por los pacientes. Estos autores distinguen dos grandes grupos de problemas de pareja: por un lado aquellas parejas que a medida que fue pasando el tiempo de convivencia se han ido distanciando, tienen poca intimidad, no tienen relaciones sexuales y pocos y escasos espacios comunes. Estas parejas no presentan grandes conflictos, pero se sienten desdichados porque no comparten proyectos. Y por otro lado están las parejas en continuo conflicto, donde las peleas son parte de su vida cotidiana. Esas pelean pueden tener que ver con temas sumamente profundos y de principios básicos que son abordados de una manera no constructiva o puede tratarse de cuestiones cotidianas.

Según diferentes estudios que se han realizado a lo largo del tiempo se puede decir que la terapia de pareja comparada con no realizar tratamiento alguno, es efectiva sin embargo, la mayoría de los estudios no tienen un seguimiento (Christensen & Heavey, 1999). En aquellas investigaciones que sí han tenido seguimiento, los efectos de la terapia dura en la mayoría de las parejas los siguientes seis meses luego de finalizado el tratamiento y pueden recaer a partir del año de finalizado hasta el cuarto año.

### **3.3.3 Infidelidad**

Pittman (1994) define a la infidelidad como deshonestidad sexual extraconyugal, siendo un acto que defrauda y traiciona una relación de la pareja, violando a un convenio pre existente.

Según un estudio de la Universidad de Palermo y TNS (2013) realizado en la República Argentina el 67% de las personas cree en la fidelidad y para nombrar al amor, solo 4% menciona a la fidelidad como característica. Es interesante cómo en el mismo estudio solo el 2% de los individuos cree que la infidelidad es una barrera para el amor. Asimismo, un estudio realizado en el 2001 arrojó como resultado que la

infidelidad sexual es la que genera más celos en la pareja, tanto para los hombres como para las mujeres (García Leiva, Gomez & Canto Ortiz, 2001).

Linquest y Negy (2005) sostienen que entre el 25 y el 50% de los hombres han cometido una infidelidad así como entre el 10 y el 15% de las mujeres también han sido infieles en algún momento de su vida.

Pittman (1991) afirma que la infidelidad es un hecho muy difícil de afrontar por los individuos siendo la principal causa directa o indirecta de divorcio o separaciones, así como también de homicidios y suicidios.. Tiene la característica de adoptar diferentes formas y por ende se puede confundir el significado verdadero. Incluir una tercera persona en el vínculo de pareja monógamo así acordado, puede ser devastador.

Sin importar cuanto uno de los miembros sospeche de la infidelidad del otro, el descubrimiento de una relación extramatrimonial, usualmente genera sensaciones, reacciones y sentimientos muy fuertes en ambos miembros de la pareja, consistentes con un trauma (De Estefano & Oala, 2013; Wilkinson; Littlebear & Reed, 2012).

Pittman (1994) enumera siete generalizaciones respecto de la infidelidad:

- La infidelidad es síntoma de algún problema en la pareja y no es normal
- La infidelidad, de forma fácil o involuntaria, puede terminar con matrimonios o parejas
- En matrimonios que han sido hasta el momento bastante buenos pueden ocurrir infidelidades
- En general, el acto sexual define la infidelidad aunque éste no es su fin último
- Ningún miembro de la pareja puede obligar a otro a tener una aventura
- El secreto y la posibilidad de ser descubierto aumenta y alimenta la aventura
- Si se habla y trabaja desde la honestidad, los matrimonios pueden sobrevivir una aventura.

Retomando los cuatro tipos de crisis mencionados en el apartado anterior, Pittman (1991) explica cómo la infidelidad puede tomar diferentes formas según la característica que la crisis posea.

La infidelidad accidental, es aquella inesperada. El autor menciona la violación como parte de este tipo de crisis, porque si bien no se trata de un acto sexual consensuado, se trata en si de un acto sexual, dónde la víctima puede ser inculpada y puesta como cómplice. Es una situación inesperada verdaderamente y la persona puede sufrir posteriormente de los síntomas de estrés post-traumático, como si se tratara de un accidente automovilístico, dónde el factor más nocivo es el de responsabilizar a la

victima de lo ocurrido. También en este tipo de crisis se incluyen las aventuras amorosas que se buscan voluntariamente, ya sea que se tienen por haber estado bajo los efectos del alcohol, por presión social, cortesía, luego, normalmente la persona reacciona como si hubiera estado en un estado de locura temporaria, con sentimiento de culpa, aislada y con miedo de ser descubierta, dispuesta a no reincidir. De alguna manera la persona infiel intenta siempre de responsabilizar de su traspie a la otra persona involucrada, a su pareja o a la circunstancia. Si dicha persona logra aprender de sus errores, debe responsabilizarse de sus actos.

El autor también enumera a la infidelidad coyuntural, como una crisis del desarrollo. Según las estadísticas, la infidelidad no suele cometerse una sola vez, en general se repite y quizás parte de esa conducta se debe a que la primera vez es justificada como algo normal, que todos hacen, o una situación inducida por el estado actual de la pareja. Según Pittman (1991) cada miembro de la pareja debe tomar responsabilidad por su propia fidelidad y de ninguna manera echar culpas al otro por sus propios actos, sobre todo porque en la mayoría de las infidelidades el cónyuge no está presente ni tiene voz ni voto en las decisiones de su pareja. En el ciclo vital, aparecen diferentes crisis del desarrollo, que directa o indirectamente colaboran en la pérdida del compromiso de fidelidad inicial de la pareja. Existen momentos críticos donde las probabilidades de cometer una infidelidad aumentan, por ejemplo la llamada *comezón del séptimo año*, así como también las condiciones personales del adúltero o problemas específicos de su vida también influyen. Antes de casarse los novios celebran sus despedidas de solteros, y sufren un cimbronazo al darse cuenta del próximo voto de fidelidad que están por dar, a tal punto que algunos comienzan a cometer infidelidades en su luna de miel. Otros, sufren de la crisis de finalización del romance en la pareja, entonces ven a la infidelidad como consecuencia única. Las crisis de la vida para las que, inevitablemente, no se está preparado, debilitan el vínculo, por ejemplo el nacimiento de los hijos, la muerte o enfermedad de alguno de los padres, fracasos profesionales. Cuando se llega a la mitad de la vida donde de alguna manera se tiene la sensación de que se está acabando. Pittman (1991) afirma que no importa de qué crisis del desarrollo se trate, el individuo extrañará un momento de aventura que no cree poder tener en su pareja, que poco a poco lo desembocará en una aventura extramatrimonial.

En tercer lugar, Pittman (1991) menciona a la infidelidad estructural, siendo importante destacar que cada matrimonio o pareja tiene sus acuerdos y contrato previos donde se deja claro si se permitirán relaciones por fuera de la misma y en caso

afirmativo, cuáles serán las circunstancias. Si las relaciones por fuera de la pareja son permitidas e incluidas a las estructura, dejan de llamarse infidelidad.

Se denomina infidelidad estructural cuando los matrimonios tienen defectos en su estructura de base donde protegen su intimidad cometiendo infidelidades, estos son los matrimonios que ya no tienen relaciones sexuales, los que usan la infidelidad como amenaza o castigo, aquellos que evitan el divorcio y se protegen del cambio. Resolver problemas no es una característica de estas parejas (Pittman, 1991).

Y como cuarto tipo de infidelidad, menciona a la romántica, como una crisis del cuidador. La característica que se destaca es el inicio de relaciones amorosas extramatrimoniales intensas de las que parece imposible evadirse y se basan en el secreto extremo, el distanciamiento de su pareja como justificativo de su nuevo amor. Muchas veces este tipo de relaciones se da con individuos que poseen un fuerte rasgo de personalidad dependiente. Se convierten en nuevas relaciones de cuidador, el adúltero lo ve como fuente de salvación frente a su vida en pareja que lo condena. A veces se trata de relaciones estables y duraderas que, luego de la separación del infiel, continúan, aunque no es frecuente puesto que sin el matrimonio dicha relación extraconyugal no tiene sustento, porque son solo relaciones de cuidador.

### **3.4 Terapia de Pareja**

#### **3.4.1 Conceptos básicos**

La terapia de pareja es un espacio para lograr la comunicación entre los miembros de la misma, sólo aquella comunicación que tenga un propósito, es decir que la terapia no es para dejar hablar a los cónyuges libremente. Siempre teniendo en mente que la meta de la terapia es lograr un cambio, la posibilidad de negociar y maximizar la flexibilidad (Haley, 1980). Dicha práctica terapéutica ha arrojado resultados de su eficacia en lo empírico (Wainstein & Wittner, 2008).

Haley (1980) explica que existen algunas reglas generales de lo que no debe hacerse en este tipo de tratamientos.

- No debe restarse importancia a los problemas. Según el autor no corresponde, con el fin de dar alivio, restarle importancia los problemas que trae la pareja al consultorio en su primera entrevista. Puesto que lo que esto generaría es la sensación por parte de los consultantes que el

terapeuta no comprende la gravedad de su problema. Todo lo que la pareja traiga al consultorio como queja inicial, debe ser investigado por el terapeuta.

- Deben evitarse las abstracciones. Se debe explicar a los consultantes que deben intentar explicar lo que les sucede con conductas específicas, evitando las generalizaciones. De esta forma el terapeuta tendrá las herramientas para detectar el circuito que perpetúa la conducta a fin de intentar bloquearlo y promover el cambio.
- Deben evitarse las coaliciones persistentes. Es parte de la habilidad del terapeuta no promover las coaliciones o alianzas permanentes con uno u otro de los miembros de la pareja. Dichas coaliciones deben ser puestas en marcha específicamente y con un propósito determinado. Haley (1980) explica que el mayor problema del terapeuta en este caso es poder dejar de lado sus propios prejuicios en los cambios buscados por la pareja, controlando su propia conducta de forma tal de evitar coaliciones encubiertas. En este caso, el uso de la supervisión en vivo es de notable ayuda. Al ser el profesional, el terapeuta supera a los miembros de la pareja en jerarquía, de forma tal que si se coliga con alguno de los cónyuges contra el otro, corre un alto riesgo de causar los mismos problemas que intenta cambiar. Existen determinadas situaciones, sobre todo en parejas estables pero infelices, en las que para producir un cambio en la pareja es necesario aliarse con uno de sus miembros. Esto requiere mucha habilidad y capacidad de maniobra por parte del terapeuta.
- Deben evitarse los debates sobre la vida. Las cuestiones filosóficas deben ser tratadas con otras personas y no con el terapeuta de la pareja.
- Evitar hablar del pasado. Las parejas parecen ser expertas en hablar de cuestiones del pasado, de modo que ven la causa de su situación actual en sucesos anteriores, intentando, sin éxito descubrir quién tiene la razón. Por supuesto que si en algún momento del pasado del matrimonio se encuentra alguna situación que pueda ayudar a motivar el cambio, debe ser utilizada.
- No debe creerse que los problemas son iguales entre sí. No es conveniente asemejar situaciones de diferentes pacientes, puesto que cada pareja es diferente y así de diferente es configurada.

- El terapeuta joven no debe intentar parecer más sabio de lo que es. En el caso de un terapeuta que no está en pareja o que es joven, frente a una pareja de muchos años de casada, debe intentar demostrar interés y respeto por todos esos años compartidos y escuchar desde ese lugar ofreciendo una alternativa desde la mirada externa a la pareja.
- No deben dejarse objetivos sin formular. Un terapeuta y un tratamiento sin objetivo, puede quedar a la deriva, por eso, a pesar de ser sumamente difícil a veces negociar objetivos, estos deben quedar claros desde el comienzo.
- No se obligará a la pareja a decir lo que desea el uno del otro. Tener en consideración que muchas veces realizar pedidos en forma directa sobre los deseos respecto del otro pueden producir rechazos de ambas partes, por eso es más conveniente evaluar utilizar una estrategia más indirecta.
- Se deberá evitar que se solidifiquen las luchas de poder. Analizar un problema marital desde la mirada de lucha de poder puede aumentar las dificultades para promover el cambio, puesto que parecería ser que todo implica que uno pierda y el otro gane. De esta manera las posibilidades de cambio tienden a cero.
- La pluralidad de terapeutas puede dificultar el cambio. Un solo terapeuta es generalmente más exitoso que dos en un mismo tratamiento. La coterapia se suele utilizar en el caso de los terapeutas inexpertos y para beneficio de éste. El tratamiento con más de un terapeuta a la vez puede resultar complicado a la hora de las intervenciones en sesión, ambos deben tener mucha practica juntos para entenderse bien al momento de actuar.
- Y, como dice Haley (1980), por último, no deberá permitirse que las partes tomen posiciones que sean irreversibles, es decir que no sea posible ser modificada.

### **3.4.2 Aspectos a tener en cuenta en una consulta por infidelidad**

Según un estudio realizado por Whisman, Dixon y Johnson (1997) en el 28% de los casos en que las parejas consultan es por infidelidad de alguno de los cónyuges, siendo uno de los temas más difíciles de abordar en terapia.

Cuando se está comenzando una terapia de pareja y el terapeuta sospecha que alguno de los miembros oculta información, es posible que los cite por separado, para corroborar que ambos están tratando el mismo problema de pareja. En todo caso, si en la sesión individual se mencionara una infidelidad, el consultor deberá cerciorarse que la misma ha concluido y tendrá que convencer al paciente de contarle dicha situación a su cónyuge y darle toda la información que requiera. Si la infidelidad aún no hubiera terminado, es contraindicado continuar con la terapia de pareja, por ser imposible co-construir un motivo de consulta en común (Pittman, 1994). Sin embargo, otros autores sostienen que en algunos casos la persona infiel puede sentirse forzada a revelar su situación si el terapeuta decide no continuar el tratamiento de pareja, por tal motivo es necesario evaluar la situación y no generalizar (Softas-Nall et al., 2008).

Beach y Fincham (1999) afirman que un episodio de infidelidad descubierto en terapia, provoca sentimientos de indefensión en la parte que es notificada y sentimientos de defensa en la parte que lo cuenta, siendo importante tener estas reacciones en cuenta y anticiparlas, si es que se sospecha que esto puede ocurrir.

En el mismo sentido, Duba, Kindsvatter y Lara (2008), sostienen que es importante tener en consideración la confidencialidad de lo hablado en sesión individual, los deseos del paciente y la meta posible de un tratamiento de pareja, como parte de la evaluación del caso a tratar.

La tarea más importante del terapeuta es lograr una posición omnipartidista, es decir, que los dos integrantes de la pareja sientan que el terapeuta está de su parte y a favor de la pareja, trabajando en general de manera conjunta y eventualmente con cada miembro por separado. La estrategia general de la terapia de pareja es trabajar a nivel personal el conocimiento que cada participante tiene del otro y la recuperación de la visión positiva por el otro. A nivel de la conducta, es importante desde el principio explicar a los pacientes que el amor no sólo se dice, sino que también se hace, esto es, activar nuevamente el cuidado por el otro (Beyenbach & Herrero de Vega, 2010).

### **3.4.3 Intervenciones posibles**

Tanto para las parejas distanciadas como para las conflictivas, Beyenbach y Herrero de Vega (2010), sostienen que es necesario abordar la terapia desde dos aspectos diferentes. Por un lado enseñar a la pareja a identificar, manejar y tratar de reducir las interacciones negativas. Esto incluye poder resolver los problemas que sí

tienen solución y superar aquellos en los cuales no se va a llegar a un acuerdo. Una segunda línea de intervención deberá ser identificar y reforzar las interacciones positivas, tratando de que ambos pacientes sientan que ganan en sus intercambios y refuerce las ganas de seguir en pareja. Según estos autores, a veces es necesaria una tercera línea de intervención, cuando las parejas están en un momento de cambio y a pesar de ellos continúan apareciendo conflictos antiguos, dónde el terapeuta deberá destinar un espacio para trabajar estos conflictos y reelaborarlos.

Desde el modelo sistémico, como lo afirma Wainstein (2006), se utilizan intervenciones directas, esto es porque este modelo entiende que siempre se comunica, es decir que no se puede no intervenir. Las intervenciones directas implican ser activo, por ejemplo solicitarles a los pacientes que realicen algo en particular, esto es conveniente hacerlo con aquellos que son colaboradores y poseen poca resistencia al cambio. Otra manera de dar una directiva puede ser partiendo de solicitar la copia de lo que hace el terapeuta en el consultorio como forma de modelado.

También existen las intervenciones paradójales, estas son aquellas en las que se les solicita al consultante que realice algo con la intención de que en realidad no lo hagan, donde la influencia es indirecta y se lo introduce en un dilema. Una de las intervenciones paradójales más utilizada es la llamada prescripción del síntoma, donde el consultor parecería que intenta incitar a que el problema continúe. La paradoja da lugar a que se bloquee el circuito de soluciones intentadas no exitosas.

Una de las intervenciones más destacadas del modelo estratégico es la reformulación, esto es la modificación de la manera del ver el problema que trae el consultante, aumentando así la capacidad de acción de los mismos dándole alternativas que hasta el momento no estaban dentro de su perspectiva. (Hirsch & Rosarios, 1987; Wainstein, 2006).

Beyebach y Herrero de Vega (2010) detallan algunas tareas que pueden utilizarse para aumentar las interacciones positivas, es decir recuperar los aspectos positivos de una relación, cognitivamente, esto lleva a reestablecer el aprecio y valoración por la otra persona así como también los espacios comunes. Emocionalmente, volver a sentir positivamente respeto de la pareja y a nivel conductual y de interacción avanzar con las tareas que refuerzan la relación. Un ejemplo de estas tareas es la que los autores llaman radares positivos que consta de explicarle a las parejas que existen radares positivos y radares negativos. Los primeros sirven para poder identificar situaciones placenteras y los segundos para alertarnos del peligro. La tarea consiste en activar hasta la siguiente sesión el radar positivo, es decir, anotar en una lista cuando encuentren con su radar

cosas que les resulten placenteras del otro o con el otro. Las parejas suelen centrarse en lo negativo y lo que no les gusta de su compañero, con esta tarea deberán hacer lo contrario.

Siguiendo la misma línea, Barnett y Youngberg (2004) afirman que para una pareja que ha pasado por una crisis, donde el perdón es una instancia necesaria, la tarea indicada es realizar, cada miembro por separado, una lista de las situaciones para las que necesita ser perdonado. En la siguiente sesión se discute el contenido de las listas en pareja con la intención de lograr el perdón de ambos, siempre que éste sea sincero y profundo.

Gottman (1999) afirma que promover las intervenciones positivas es la base del perdón y aceptación entre los cónyuges y para lograrlo es importante comenzar pidiéndoles a los consultantes que realicen rituales de reconexión emocional, que puedan comenzar en sesión y luego pueden ser llevados a su casa. De esta manera se promueve la emocionalidad y el cuidado entre ellos y previene las recaídas.

Wainsten (2006) afirma que es importante la utilización de escalas en el caso de las parejas para evaluar cuál es la sensación de malestar ante estas situaciones de interacción negativa, motivación para el cambio o sensación de progreso del tratamiento.

Asimismo las tareas para controlar las interacciones negativas tienen en común la característica de intentar incluir un cambio en la manera rígida y estereotipada en que estos intercambios negativos suelen hacerse. El principio fundamental es que cuando las parejas llegan a terapia el circuito que mantiene la conducta está planteado, y estas tareas intentan bloquear dicho circuito. Un ejemplo característicos de este tipo de tareas es la que los autores llaman la discusión estructurada, en ella se propone a la pareja hablar de manera estructurada de sus problemas, cosa que deben hacer dos veces a la semana, con un reloj en mano y una moneda para poder tirar al aire y decidir así al azar quien comienza a hablar. Al que le toque hablar primero deberá hacerlo por diez minutos, teniendo que luego de transcurrido el tiempo cederle el turno a su pareja y escuchar. Así el segundo participante expone sus ideas. La próxima vez que les toque realizar la tarea el turno de comenzar será de la persona que no lo hizo esta vez. Dicha tarea se indica normalmente a parejas en conflicto y que siempre discuten sobre los mismos temas sin lograr ponerse de acuerdo. La idea es que la tarea llega a poner un orden en la discusión, aunque de manera paradójal puede funcionar por saturación, siempre teniendo en cuenta la posibilidad de escalada en la pelea y la violencia, puesto

que si estas dos son alternativas posibles en los pacientes, dicha tarea no debe prescribirse (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

### **3.5 Supervisión**

Según Haley (1980) ser un buen terapeuta no es lo mismo que ser supervisor o un buen docente, sino que deben enseñarse técnicas para poder lograr serlo. Según el modelo, la forma de supervisión más eficaz y a la vez más costosa para la institución que lo implementa es la que se puede llevar a cabo en vivo, esto es, se puede observar al terapeuta en plena acción a través de una pantalla de visión unilateral, esto también llamado Cámara Gesell. Hoy en día, puede utilizarse un circuito cerrado de cámaras, donde la sesión se podrá ver a través de un televisor y no es necesaria la Cámara Gesell (Fernández Álvarez, 2008). Durante la sesión se lo puede llamar al terapeuta para indicarle qué y cómo hacerlo. Del otro lado de la pantalla, generalmente está el supervisor, colegas terapeutas y estudiantes, pudiendo así, evaluar los procedimientos desde diferentes criterios o miradas.

Los pacientes deberán ser informados y puestos en conocimiento que el supervisor los está observando pudiendo intervenir cuando lo crea necesario. La experiencia, según Fernández Álvarez (2008) dice que en general los consultantes están de acuerdo con esta modalidad, y que suelen sentirse cuidados frente a la participación de un equipo de profesionales que audita el tratamiento.

Haley (1980) señala que la unidad o sistema, para el supervisor a cargo es la familia y el terapeuta, no uno u otro. En caso de necesitar intervenir, el supervisor se pondrá de acuerdo con el terapeuta, sobre el modo para instaurar un cambio, como consecuencia de ver el sistema en un circuito repetitivo. Evidentemente, el procedimiento no es el mismo si se trata de supervisar un caso en particular del terapeuta o una serie de casos del mismo terapeuta, o si lo que se quiere es formar terapeutas, perfeccionar técnicas de un equipo profesional o asistir a un colega en problemas. El supervisor y el terapeuta deben ponerse de acuerdo sobre el motivo de la supervisión y la relación entre. El supervisor debe tener las habilidades necesarias como para adaptarse al trabajo con un colega experimentado, un experto que necesita aprender una técnica en particular o un estudiante sin experiencia alguna.

Según Haley (1980) es de vital necesidad que el terapeuta y el supervisor acuerden previamente algunas reglas importantes.

- El trabajo del supervisor se limitará a intervenir la menor cantidad de veces posible y sólo cuando lo considere necesario. Siendo la mejor manera utilizar un teléfono, previa explicación al consultante, y no un auricular que no es visible para el mismo. Por otro lado, es importante este punto porque los supervisores tienden a interrumpir por demás.
- Es importante expresar una sola idea cada vez que se llama e interrumpe al terapeuta, ya que puede resultar difícil recordar varias ideas mientras se tiene a los consultantes enfrente.
- La conversación telefónica debe ser breve, lo más corta posible, por lo tanto la idea debe ser transmitida de manera concisa y clara.
- En caso de necesitar más tiempo para entender la idea, el terapeuta debe salir del consultorio de la manera más decorosa posible y recibir la explicación del otro lado de la pantalla. Dicha intervención también debe ser breve.
- La estrategia general de la terapia del caso a tratar puede hablarse previamente a la sesión en Cámara Gesell y todo lo que implique temas extensos y más detallados, puede tratarse posteriormente, con el supervisor y el grupo de profesionales y de ser necesario viendo la video grabación de la sesión. Lo más importante de la supervisión en vivo es que el supervisor intervenga de la manera más breve posible, que esa intervención sea fructífera para la conducción del caso y que el terapeuta pueda aprender en el proceso.
- El terapeuta debe poder comunicar a los consultantes de manera clara el procedimiento de la sesión en Cámara Gesell, explicando los beneficios del uso de la misma así como también la posibilidad de que lo llamen por teléfono.
- Las sugerencias dadas por el supervisor, son exactamente eso, sugerencias y eso debe quedar claro en el contrato previo entre éste y el terapeuta. El terapeuta es el que conoce más a los consultantes, aunque en caso de ser el supervisor el responsable del resultado de la terapia, si éste dice explícitamente que algo debe hacerse, se trata de una directiva a cumplirse y no ya una sugerencia.

La tarea del supervisor es la de posibilitar que la terapia se desarrolle lo mejor posible, que el terapeuta aprenda así como también proteger a los consultantes de un principiante y su falta de competencia (Haley, 1980).

Según Fernández Álvarez (2008) la utilidad de la modalidad de supervisión en vivo reside en la posibilidad de intervenir en cualquier momento para realizar ajustes en la toma de decisiones y además ayudando al terapeuta a sentirse tranquilo, cómodo y seguro. La ansiedad de ser evaluado, de parte del terapeuta sube intensamente, por eso es importante ajustar criterios de intervención.

La capacidad de influir en un profesional en desarrollo por parte del supervisor es enorme y puede ser aún más influyente en los cursos de los tratamientos. Siendo esto en sentido positivo como en negativo, es decir, a veces la incidencia del supervisor puede ser muy perturbadora. Por eso resulta indispensable evitar confundir la ayuda que pueda necesitar el terapeuta que está aprendiendo en resolver una tarea con sus pacientes y la terapia personal que pueda éste necesitar (Fernández Álvarez, 2008).

Se ha logrado avanzar en los últimos años, primero el estudiante y principiante tomaba notas y se las llevaba al supervisor, que de alguna manera adivinaba lo que había sucedido en la sesión según los dichos del terapeuta. Luego la posibilidad de grabar la voz y más tarde las videocintas. En ninguno de estos métodos se podía ayudar al terapeuta y a sus consultantes en el momento. Así, la supervisión en vivo, en resumen, permite proteger a los consultantes de los terapeutas principiantes y su incompetencia, y enseñar la terapia en el momento en que se lleva a cabo (Haley, 1980).

## **4. Método**

### **4.1 Tipo de estudio**

Descriptivo, no experimental, caso único

### **4.2 Participantes**

Se trata de un caso clínico de una pareja de adultos, la mujer tiene 59 años y varón 65, tienen 30 años de casados y viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. No tienen hijos. La señora es ama de casa y el señor tiene campos y los administra. Consultan por una situación de infidelidad protagonizada por el varón, que la mujer descubre a través de una red social. La señora está atravesando un estado de angustia intenso que no puede superar a pesar de estar de acuerdo con su marido en no querer separarse, no saben cómo seguir adelante con la pareja luego de la infidelidad y esto último es lo definido como motivo de consulta. Ambos concurren, en primer lugar a una sesión de admisión y luego son derivados a la terapeuta que actualmente los atiende. La terapeuta a cargo del caso es una profesional que pertenece al Centro hace más de veinte años y que posee extensa trayectoria, formación y experiencia en tratamientos de parejas.

### **4.3 Instrumentos**

- Historia clínica de la pareja que se encuentra registrada en el software del Centro . Dicha historia clínica consta de la descripción de la admisión, realizada por la terapeuta a cargo de Admisiones de Parejas en el Centro y de las sesiones tenidas por la pareja a cargo de la terapeuta del caso.
- Observación participante y análisis de las supervisiones tradicionales de la terapeuta a cargo. Dicha supervisión se realizó en el marco de un grupo de profesionales y un coordinador experto en terapia de parejas según el modelo de resolución de problemas. Constó la descripción por parte del terapeuta a cargo de la evolución el caso y del resto del equipo sugerir intervenciones, tareas y estrategias a seguir.
- Observación y análisis de manera no participante de la sesión grabada en Cámara Gesell, realizada en el mismo marco de supervisión.
- Entrevista semidirigida al terapeuta a cargo del caso con el fin de conocer la perspectiva del mismo respecto del caso, las intervenciones aplicadas y la supervisión del mismo. La profesional no permitió la grabación de la misma.

### **4.4 Procedimientos**

- Lectura y análisis de la historia clínica del caso desde el sistema del Centro .
- Observación no participante de la sesión que ha sido grabada en la Cámara Gesell. Para lo cual la coordinadora de la práctica habilitó el acceso al sistema y a los videos en los días estipulados para dicho trabajo.
- Observación y participación de la supervisión tradicional del caso.
- Realización de entrevista semidirigida a la terapeuta del caso.

## 5. Desarrollo

Los últimos días del mes de setiembre de 2012, el paciente llamó al Centro con el fin de concertar una entrevista de admisión para realizar terapia de pareja con su esposa. Tal es el procedimiento que debe llevarse a cabo para comenzar un tratamiento en dicho centro. La recepcionista le propuso un turno con una psicóloga/admisora para unos días más tarde y él aceptó.

El matrimonio concurrió a la sesión de admisión en el Centro y luego fueron derivados con una Licenciada en Psicología experta en terapia de pareja.

En el desarrollo del presente trabajo, se responderán a los objetivos propuestos, siguiendo la metodología ya descripta para tal fin.

### 5.1 Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta y sintomatología expresada por los pacientes.

Como se puede observar en la historia clínica, el matrimonio concurre a las sesiones de psicoterapia con las siguientes quejas iniciales de ambos.

Por un lado el esposo, comienza explicando que necesitaban consultar porque desde que su mujer descubrió que él había tenido un episodio de infidelidad, la pareja estaba en crisis. Continuó su relato afirmando que si bien él aceptó que fue infiel, la pareja no andaba bien desde antes del episodio, alegando que su señora no le prestaba atención ni demostraba atracción por él, que ya no se arreglaba como antes y que en el último año las relaciones sexuales habían sido muy esporádicas.

El esposo dijo sentirse enojado y cansado por las constantes preguntas de parte de su esposa respecto de la infidelidad y eso hacía que él se alejara cada vez más y que no tenga ganas de estar compartiendo tiempo con ella. Esos sentimientos se vieron expresados en las siguientes frases:

- “Estamos acá a causa de una infidelidad de mi parte, después de 30 años de casados”
- “Fue una sola vez y porque mi mujer no me cuidaba ni se arregla para mí y no teníamos relaciones, teniendo que masturbarme en el baño!”
- “Yo la quiero a ella”
- “Ella me pregunta todo el tiempo sobre la infidelidad y yo ya le dije todo, eso me cansa y enoja”

Por otro lado la mujer dijo estar muy angustiada por esta situación por la que estaban pasando afirmando que la infidelidad de su marido había sido una situación que no hubiera esperado nunca de parte de él. Además agregó que ella no estaba segura que la infidelidad haya ocurrido solo en una oportunidad. Según explicó la señora, en una ocasión el marido olvidó cerrar la sesión de *Facebook* y cuando ella ingresó en el

navegador, la página del muro de su marido estaba disponible, y comenzó a ver que él había intercambiado mensajes eróticos con otra mujer.

Ella confirmó que la frecuencia de los encuentros sexuales había bajado en el último año. Antes de enterarse de la infidelidad ella pensaba que tener menor cantidad de encuentros sexuales se debía a que su marido estaba deprimido porque había perdido el trabajo en la empresa donde era gerente hacía muchos años. Sin embargo, después del descubrimiento de la infidelidad, la atribución causal de la falta de intimidad cambió hacia el engaño sexual.

La señora dijo sentirse muy enojada, habló de manera acelerada y un poco desordenada. Su enojo se expresó en los siguientes dichos:

- “A mí nunca se me ocurrió serle infiel”
- “La mujer que se buscó no vale nada”
- “Él se fue por el mal camino”
- “Yo lo quiero, pero estoy enojada, muy enojada con él y lloro todo el tiempo”

Todos estos pensamientos le habían generado sensaciones de desconfianza y enojo. Al mismo tiempo el esposo decía entender y comprender el enojo de su mujer, pero que con ese sentimiento no podían salir adelante y que de esa manera él solo quería alejarse.

Según los tipos de crisis detallados por Haley (1980), los pacientes transitaron por una crisis que el autor llamó del matrimonio, caracterizada por el deseo de ambos de seguir juntos así como también reglas rígidas de convivencia, como en este caso, las formas y maneras de comportarse con el otro. Dicha falta de flexibilidad impide la adaptación a los cambios por los que pasa la pareja como consecuencia de un episodio de infidelidad.

Uno de los miembros de la pareja ha sido deshonesto sexualmente y ha defraudado y traicionado la relación rompiendo un pacto pre existente (Pittman, 1994).

Una crisis por infidelidad, como afirma Pittman (1991) puede tomar diferentes formas, en este caso, se trata de una crisis coyuntural. La evolución y cambios propios en el ciclo vital de cada miembro, como por ejemplo para el esposo el fracaso profesional de la pérdida de su trabajo de gerente pueden desencadenar la violación al pacto de fidelidad. Siguiendo con la teoría planteada por el autor, no importa de qué crisis del desarrollo se trate, el individuo transita por un momento en el que siente que el tiempo de aventura que solía tener con su pareja terminó, creyendo que la infidelidad es la manera de recuperar esa sensación placentera. Una de las partes, en este caso el señor, tiene una relación con otra persona y es justificada por él como algo de una sola vez y responsabilizando a su pareja de sus actos por no tener relaciones sexuales con él. En

tal dirección, el señor, debería responsabilizarse de sus actos para poder reparar el vínculo con su esposa, según el autor.

Se indagó sobre cuáles eran sus objetivos de cambio al consultar. El paciente respondió que necesitaba poder comenzar de nuevo a entenderse y escucharse los dos como antes. En su turno, la esposa contestó que deseaba poder reestablecer la relación, pero que la falta de confianza en su marido le impedía seguir adelante, que era necesario reconstruir esa confianza. De acuerdo a lo expresado por los pacientes, lo que ellos necesitan es lograr ponerse de acuerdo para poder seguir adelante con el matrimonio, que es su deseo.

Un problema de pareja es tal, si ambos miembros lo manifiestan de esa manera (Hirsch & Rosarios, 1987), tanto la señora como el señor definen su consulta como un problema de ambos para ser tratado y trabajado en pareja. El sistema completo, en este caso pareció estar motivado al cambio, porque ambos miembros del mismo sienten malestar y están perturbados, siendo ambas partes posibles influyentes en el cambio de la realidad que los rodeaba por una que los satisfaga nuevamente.

Ambos pacientes fueron construyendo su realidad compartida de acuerdo a sus vivencias y creencias (Fernández Álvarez, 1988), manteniendo de esta manera su sentido de identidad como pareja. Una experiencia nueva, la infidelidad, no ha podido, hasta el momento de la consulta, ser integrada a las ya vividas para poder continuar con su propio guion. Y como resultado de esto, ambos estaban manteniendo un intercambio corrosivo, como lo llamó Gottman (2006), donde el balance de la interacción comenzó a arrojar resultados negativos. Según la entrevista llevada a cabo con la terapeuta a cargo del caso, el matrimonio se comunicaba en las primeras sesiones muy agresivamente, como resultado de las preguntas constantes de la señora y el cansancio del señor.

Los pacientes y la terapeuta co-construyeron un motivo de consulta a partir de lo que se conversó en la sesión de admisión y en el primer encuentro del tratamiento propiamente dicho. Como afirma Kopec (2007), las soluciones intentadas para resolver el problema, son las que otorgan más intensidad al mismo y lo instalan en el tiempo. Hirsch y Casabianca (1992) afirman que es necesario identificar cuáles son las conductas repetitivas que perpetúan el problema de forma de evaluar el circuito que mantiene y sostiene el malestar. La terapeuta, en la entrevista, señaló que resultó relativamente fácil detectar el diagnóstico de circuito, porque ambos estaban motivados en provocar un cambio y para eso necesitaban ayuda, por lo que en el tratamiento, según ella, fueron pacientes muy colaboradores.

En este caso fue posible armar un circuito de perpetuación de la conducta, dónde la señora le preguntaba muchas veces al día al marido sobre el episodio de infidelidad, mostrando su desconfianza, lo que daba como resultado que el señor sintiera que lo estaba controlando y lo enojaba, entonces peleaban. Ese sentimiento de enojo y las peleas, se reflejaba en distanciamiento por parte del señor que volvía a fomentar la sensación de desconfianza de la señora (Figura 1).

Figura 1. *Circuito autopropagante de la conducta*

## **5.2 Analizar las intervenciones aplicadas en el caso para modificar el problema.**

Como sostiene Wainstein (2006) no es posible no comunicar, es decir que tanto los consultantes como el terapeuta, siempre están comunicando y realizando intervenciones de manera activa.

Según lo expresado por la terapeuta del caso, ambos miembros de la pareja fueron colaboradores desde el principio, teniendo buena predisposición para escuchar las intervenciones y realizar las tareas.

En la sesión de admisión, una vez que los pacientes presentaron su problema la admitora realizó la siguiente intervención que según la historia clínica se trata de una reformulación, puesto que apuntó a mostrar una posible mirada diferente a la que trae el paciente del problema presentado (Hirsch & Rosarios, 1987). Dirigiéndose a la señora: “Estas muy enojada... no sé si será el momento de poder sentarse a hablar de esto que ha sucedido”. La señora respondió: “no lo sé”.

Según el modelo del MRI, cuando se realiza una reformulación, se intenta modificar la forma de ver el problema que trae el paciente, posibilitando que aumenten las alternativas de acción respecto del mismo (Wainstein, 2006). En el caso presentado, la admitora intentó mostrar que ante el sentimiento de enojo de la señora, existía otra posibilidad que hasta el momento no había sido considerada, que era la de no hacer nada al respecto hasta que ese sentimiento bajara su intensidad. Al mismo tiempo, dicha intervención tuvo un impacto o efecto paradójico, es decir, la terapeuta puso en duda la posibilidad de la esposa de hablar en ese momento de enojo, sin embargo en las sesiones siguientes la esposa pudo hablar de lo que les estaba pasando y así trabajar sobre ello.

Una vez comenzado el tratamiento y luego de tres sesiones, la especialista en terapia de parejas consideró importante trabajar sobre las peleas y en tal sentido realizó

la indicación de fomentar las discusiones la mayor cantidad de veces posibles, es decir que aunque no sintieran ganas de hacerlo, se obligaran a pelear y discutir sobre la infidelidad. La profesional indicó la prescripción del síntoma (Wainstein, 2006), es decir que ella intentó bloquear el circuito. En la sesión siguiente se pudo comprobar que la tarea no había sido exitosa, dado que según los dichos de los pacientes explicitados en la historia clínica, habían peleado todo el tiempo y el nivel de violencia en las discusiones había aumentado.

En la próxima sesión fue importante destacar la forma negativa que habían tomado sus interacciones y cómo las peleas estaban inundando su comunicación y la necesidad de trabajar sobre ello. De forma que la terapeuta explicitó esto, con la siguiente intervención del tipo reformulación (Hirsch & Rosarios, 1987; Wainstein, 2006): “Es reiterado que entran con enojo a hablar de la otra parte y pueden lograr en la sesión, en este espacio, escucharse entre ustedes. Creo que esto es muy positivo, porque quiere decir que la capacidad de escucharse y entenderse está intacta, solo tienen que poder hacerlo solos.”

Los pacientes, hasta ese momento, solo podían rescatar sus peleas, es decir, no estaba dentro de sus perspectivas, esa capacidad de hablar entre ellos que sí habían podido desplegar en el marco de la sesión terapéutica. Cuando la profesional destacó esta habilidad de ambos, pudieron, en principio, empezar a pensar en una conversación sin peleas fuera de terapia, aunque quizás ninguno de los dos pudiera aún hacerlo en la realidad.

Luego de dar ésta nueva mirada la terapeuta indicó a los consultantes una tarea para realizar entre sesión y sesión terapéutica, dónde debían intentar realizar lo que Bayebach y Herrero de Vega (2010) señalan como discusión estructurada, dónde los pacientes debieron lanzar una moneda al aire para que el azar indique cuál de los dos debía comenzar a hablar por un tiempo de 10 minutos, el otro debía escuchar y esperar su turno para contestar. Esto implicó elegir día y hora para comenzar la discusión y con la prescripción de repetirlo dos veces a la semana.

La sesión siguiente se desarrolló dentro del marco de supervisión de Cámara Gesell, dónde los pacientes contaron que habían realizado la tarea y que había sido muy satisfactoria ya que habían podido hablar y escucharse, sin gritar ni pelear. Ellos dijeron sentirse aliviados, porque era una manera de ponerle un horario y día especial para hablar de eso en que no estaban de acuerdo, de esos temas que habían estado guardados, lo que implicaba no hablar de dichos temas todo el tiempo restante.

En la misma sesión en Cámara Gesell, la terapeuta siguiendo las indicaciones del equipo de supervisión, les pidió a ambos que precisaran a que altura en el camino hacia sentirse mejor se encontraba cada uno, utilizando como metáfora un viaje de 100 kilómetros de distancia. El señor contestó que se encontraba en el kilómetro 70 y la señora en el 60. La utilización de escalas con la intención de evaluar la sensación de progreso en el tratamiento (Wainstein, 2006) fue importante para graficar en qué momento del proceso hacia el cambio se encontraban los pacientes, así como también conocer cuál era la diferencia de sensaciones entre ambos. En este caso, la diferencia no era muy grande, es decir que la sensación de progreso era similar entre los miembros de la pareja.

En la sesión en vivo, la terapeuta a cargo le explicó a los pacientes que necesitaba salir a conversar con el resto de los profesionales, para poder darles una devolución respecto de cómo iba marchando el tratamiento. Al volver a entrar, lo hizo con otro terapeuta, supervisor. Luego de presentarse, el terapeuta realizó la siguiente intervención: “Entendemos que es un momento difícil, que ambos tienen que trabajar para superarlo y continuar juntos, que va a ser un trabajo muy importante limpiar sus heridas, pero que si los dos están de acuerdo en continuar, el resultado no se los podemos asegurar, puede salir bien como puede salir mal. De no estar de acuerdo en hacer ese esfuerzo y tomar ese riesgo, deben decírnoslo ahora, porque el camino a tomar es totalmente diferente.” Hizo un silencio de 20 segundos y los pacientes afirmaron con la cabeza, el supervisor continuó “Ya que parecen estar de acuerdo, deben continuar trabajando como hasta ahora, así de duro con la terapeuta, el equipo considera que deberían volver a realizar la tarea de la discusión por tiempos”.

Luego de terminar se despidió y dieron por finalizada la sesión. Aquí, según los dichos de la terapeuta, se intentó explicitar que el trabajo de recomponer la pareja iba a ser difícil y duro debiendo ambos estar de acuerdo en hacerlo, como afirma Hirsch y Rosarios (1987), los dos miembros de la pareja deben definir el problema como tal. A la vez se puso de manifiesto la posibilidad de no continuar con la pareja, cosa que hasta ese momento no se había mencionado. Resaltó, siendo empático con los pacientes, el sufrimiento de cada uno de ellos y cómo fue importante curar sus heridas. Asimismo, la tarea asignada tuvo que ver con continuar la misma línea para reforzar las interacciones positivas (Bayebach & Herrero de Vega, 2010). En la historia clínica se indica que se eligió que un terapeuta varón realizara la intervención para poder provocar un cambio

más en el encuadre que se venía dando hasta el momento. Esta sesión fue vista en videograbación en el Centro.

Dos encuentros después de la supervisión en vivo, la señora comenzó la sesión explicando que el enojo había vuelto y las ganas de pelear a su marido también. Que había ingresado a *Facebook* nuevamente y que se había dado cuenta que su marido seguía teniendo activo su perfil y esto la enojó mucho. Decidió no hablarlo fuera de terapia y sí planteó el descubrimiento en ese marco. Ella dijo: “Estoy enojadísima, el me sigue mintiendo, sigue teniendo su perfil, no confío en él”.

El señor escuchó el planteo de su mujer y reconoció que así era, pero que ella nunca le había pedido que lo borrara. También le reclamó a su mujer por espiarlo y por investigarlo. El tono de voz de ambos comenzó a elevarse y la profesional indicó que utilizaran sus 10 minutos para hablar con turnos, como lo venían haciendo en su casa.

La intervención de la profesional en esta sesión, luego de finalizada la discusión estructurada, fue la siguiente: “Vos (mirando a la señora) estás muy enojada y es comprensible de acuerdo a lo sucedido, quizás no quedó claro qué necesitabas. Vos (mirando al señor) estás enojado porque ella te investiga y en un punto tenes razón, para pedir confianza debes darla, y quizás esto hoy no está sucediendo del todo. Será importante ponerse de acuerdo en lo que cada uno necesita para recuperar esa confianza que alguna vez se tuvieron”.

En esta reformulación la terapeuta intentó remarcar que las reglas respecto de cómo recomponer la confianza entre ambos, aún no habían sido puestas a consideración y que ese debía ser el paso siguiente. Cerró la sesión en ese momento, para retomar esta idea en el siguiente encuentro.

Cuando se retomó la idea de las necesidades de cada uno para volver a sentirse confiado en el otro y poder superar el enojo, la señora explicó que ella no entendía mucho del mundo de internet y que por eso, en ese momento, necesitaba que su marido no tuviera perfil de *Facebook*, que lo que él había hecho le había dolido mucho. El señor respondió que la entendía perfectamente, que él en su lugar sentiría lo mismo. Para él era importante que ella se sintiera mejor, prometiendo desactivar su perfil hasta que esto sucediera. A la vez, el señor le pidió más atención por parte de la señora y cuando fue interrogado por la terapeuta respecto de qué significaba en conductas concretas, el señor respondió, que necesitaba espacios donde ambos disfruten, salir a cenar, encuentros sexuales, que ella se arregle como lo hacía antes. En tal sentido, como sostiene Kopec (2007), es importante no hablar de aspectos abstractos, sino conductas

que sean observables y puedan verificarse en la realidad. La señora y el señor expresaron su acuerdo respecto de este nuevo pacto.

Con el pasar de las sesiones los pacientes comenzaron a expresar que ya no estaban necesitando hablar por tiempos y un día en especial, porque a veces les pasaba que no tenían tema sobre qué discutir. Aquí se puso de manifiesto la paradoja escondida en esta tarea según Beyebach y Herrero de Vega (2010), ya que ambos estaban de alguna manera saturados de hablar siempre del mismo tema, la infidelidad.

Más adelante en el tratamiento, la terapeuta indicó la tarea de realizar cada uno una lista con los aspectos positivos que cada uno iba viendo del otro, con la condición de charlarlo la vez siguiente. Cuando fue el momento de hablar sobre cada una de sus listas, ambos pacientes expresaron que encontraron más aspectos positivos de los que esperaban y que dicha tarea les había hecho sentir bien respecto del otro, porque desde que habían tenido la primera discusión por la infidelidad, ninguno de los dos había podido enfocarse en dichos aspectos. Beyebach y Herrero de Vega (2010) destacan la utilidad de esta tarea para reestablecer la valoración y el aprecio entre los cónyuges.

Luego de cuatro sesiones, donde ambos pacientes relataron situaciones agradables vividas juntos y el cambio en la conducta pareció haberse instalado, la terapeuta decidió hacer la siguiente intervención: “Ambos se aman mucho, se expresan cariño. Han pasado por una crisis muy difícil y la han podido superar juntos, con trabajo, esfuerzo y el amor que se tienen. Deben tener en cuenta que esto no es un libro que tienen que cerrar y guardar en la biblioteca, porque ya lo leyeron, sino que es un libro de consulta, es para tener disponible, porque las sensaciones de malestar pueden volver. Pero ambos tienen las herramientas para volver a sentirse mejor.”

En la intervención anterior, la terapeuta apuntó a ir cerrando el tratamiento, haciendo una recapitulación de lo que han logrado en el tiempo del tratamiento, el sentimiento que comparten, alertando de posibles recaídas en la sintomatología. Utilizó la metáfora de un libro, al estilo de manual, al que pueden consultar cada vez que necesiten, como si fuera parte de un entrenamiento diario, el recordar lo que han logrado y cómo lo han hecho, para poder repetirlo.

Luego tanto la señora como el señor estuvieron de acuerdo en volver a ir a terapia en un mes, a modo de mantenimiento, porque se sentían mejor y necesitaban confirmar que podían hacerlo solos. Después de ese encuentro pactado a los 30 días, no volvieron a pedir un turno.

### **5.3 Describir el proceso de supervisión llevado a cabo por el terapeuta y cómo este proceso influyo en el tratamiento.**

Los terapeutas del Centro deben concurrir a un espacio de supervisión semanal llevado a cabo en la institución. La terapeuta a cargo del caso en cuestión realizó la primera supervisión luego de indicar la tarea de prescripción del síntoma que tuvo un resultado negativo, porque según sus dichos la interacción entre cónyuges era muy negativa y no había podido encontrar hasta el momento una manera de ayudarlos. Dicha supervisión se llevó a cabo con el equipo de parejas de forma tradicional, esto es, llevando las notas de la historia clínica y contando el caso al resto de los profesionales (Haley, 1980). En la entrevista realizada a la profesional a cargo, ella contó que el equipo le sugirió realizar la tarea de la discusión estructurada, que luego resultó exitosa. Así como también partió de ellos la idea de llevar a la pareja a sesión de supervisión en vivo más adelante.

La profesional, luego de algunas sesiones, les propuso a los pacientes participar de una sesión en Cámara Gesell, explicando que de esa manera, el resto del equipo de profesionales al que ella pertenece tendría de esa manera la posibilidad de evaluar y ayudarlos en el proceso terapéutico aportando una mirada diferente. También les explicó qué es una Cámara Gesell y la modalidad de participación del equipo a través del teléfono y la posible intervención en persona. Así como también les comentó la necesidad de firma por parte de ellos de la autorización para grabar y luego utilizar dicha grabación con fines educativos. Los pacientes estuvieron de acuerdo y acordaron una fecha para la sesión de supervisión.

Según lo informado por la terapeuta del caso, el grupo de supervisión se reunió media hora antes de la llegada de los pacientes para hablar del caso y ponerse de acuerdo en las reglas básicas, según especifica Haley (1980). Las mismas fueron, en primer lugar, que la terapeuta comenzara la sesión como si se encontrara en su consultorio, lo más normalmente posible, en segundo lugar, el supervisor llamaría e interrumpiría la menor cantidad de veces posibles con directivas claras y concisas y por último acordaron que en cuanto la profesional lo sintiera necesario podría avisarles a los consultantes que saldría un momento para conversar con el equipo.

En la entrevista en vivo, los pacientes fueron informados de cómo era el procedimiento nuevamente y de la necesidad de que lean y firmen el consentimiento de grabación de la sesión, así como lo indica Fernández Álvarez (2008) En dicha ocasión, la sesión se desarrolló con normalidad, como se pudo ver en la videograbación.

El supervisor del equipo de parejas llamó dos veces a la terapeuta. La primera vez fue para indicarle que intentara incluir en la conversación al marido de manera más activa, ya que la esposa estaba acaparando toda la conversación. En segundo lugar, para pedirle que, utilizando la metáfora del camino y kilómetros recorridos hacia el estar mejor, pudieran cada uno de ellos señalar en dónde, respecto de la mejoría, se encontraban (Wainstein, 2006).

Luego, la terapeuta del caso se retiró del consultorio y pasó al espacio detrás del espejo, donde el resto de los profesionales observaban la sesión. Por un espacio de más o menos 10 minutos, los profesionales expresaron sus diferentes opiniones y acordaron la entrada del supervisor varón con el objetivo de realizar la intervención de reformulación referida a que ambos pacientes están heridos y deben curar sus heridas, así como también trabajar ambos con mucho esfuerzo si es que desean recomponer la pareja. La elección de un profesional masculino para ingresar al consultorio y realizar la intervención final, según la explicación de la profesional, estuvo fundamentada en lograr mejor recepción de la intervención por parte del marido para evitar coaliciones no buscadas con la esposa (Haley, 1980).

Luego de dicha sesión en vivo, la terapeuta comentó el caso una vez más en el espacio del equipo de parejas, para explicarles cómo había resultado la intervención y la tarea asignada en dicha ocasión.

Según los dichos recabados en la entrevista a la profesional a cargo del caso, el espacio de supervisión fue fundamental para evaluar el desarrollo del tratamiento y aportar nuevas ideas desde una mirada diferente. Para ella fue importante el aporte realizado por el supervisor varón, dado que en las sesiones siguientes notó una mejor alianza terapéutica con el paciente masculino. Afirmó que en ese momento se sintió evaluada y con mucha ansiedad, así como también contenida y respaldada por el equipo. Como lo afirma Fernández Álvarez (2008), el profesional que lleva su paciente a la supervisión en vivo, suele sentirse observado, evaluado, ansioso y es tarea del supervisor disminuir estas sensaciones para que interfieran lo menos posible en el desarrollo de la sesión, así como también brindarle el respaldo necesario.

#### **5.4 Describir los cambios producidos en la pareja a lo largo del tratamiento.**

Como resultado de las intervenciones aplicadas por la profesional, se ha podido bloquear el circuito autoperpetuante de la conducta-problema explicado en el apartado 5.1. Pudiendo llevar adelante un cambio del tipo 2, es decir, aquel cambio que realiza algún movimiento en la estructura del consultante, que le resulta extraño y desconcertante (Wainstein, 1997). De forma que se acentuó el foco en los efectos del cambio y no así en las causas del mismo (Watzlawick, 1974).

Retomando las diferentes posibilidades hacia el cambio, mencionados por Hirsch y Casabianca (1992), en este caso se ha hecho hincapié en alentar a los consultantes a realizar conductas diferentes a través de las tareas prescriptas y al mismo tiempo se intervino desde la reformulación del problema traído por los pacientes, aportando una mirada diferente para percibir dicha situación y así incentivar el cambio.

Fue fundamental en el proceso de cambio la aceptación de responsabilidad de ambos respecto del problema que definieron como de pareja, de manera que la posibilidad de cambio también se encontraba a disposición de ellos.

Según la historia clínica de los pacientes y lo expresado por la terapeuta en la entrevista se han podido verificar los siguientes cambios en la pareja.

Al comenzar el tratamiento, la señora se encontraba muy enojada y angustiada, según lo desarrollado en el apartado 5.1., que como afirman De Estefano y Oala (2013), son sentimientos normales en una situación de infidelidad descubierta.

La profesional a cargo del caso relata que en las primeras sesiones, la esposa llegaba a la sesión con una expresión en su rostro de tristeza y enojo, además cuenta que su vestimenta era casual y no llevaba nunca maquillaje, así como tampoco lucía su pelo arreglado. Con el pasar de las sesiones, dichos sentimientos, fueron bajando su intensidad y la señora ha podido comenzar a vestirse, según los dichos de la terapeuta, más sexy, comenzó a maquillarse y su pelo se veía mucho más prolijo. En este caso el malestar lo expresaron ambos miembros del sistema, la señora con su enojo y tristeza y el señor que se quejaba de que ella ya no se arreglaba para él, es decir, ambos estaban motivados por la sensación de desazón que provoca un desequilibrio en una situación que no es satisfactoria, como lo afirman Hirsch y Casabianca (1992), ambos tienen la capacidad de influir en el cambio de esa realidad que no les satisface.

Por otro lado la pareja trajo al tratamiento su imposibilidad de comunicarse, ya que lo único que lograban hacer era pelear y discutir, sin entenderse. El señor explicó que una de sus quejas inicialmente, fue que la señora sólo hacía preguntas reiteradas sobre su infidelidad y él se enojaba porque no tenía nada más para contar. Luego de promediado el tratamiento y con el entrenamiento de la discusión estructurada, las peleas ya no fueron tan seguidas y comenzaron a sentir que ya no eran tan necesarias

para poder saber que pensaba el otro. La capacidad de poder hablar entre ellos siempre había estado presente, pero por la irrupción de este nuevo evento en sus realidades, la infidelidad, debía ser aceptada, procesada y, además, incorporada a su nueva realidad compartida. De manera tal que ambos, con el pasar del tiempo y las intervenciones terapéuticas, pudieron cambiar la forma de interactuar negativa (Gottman, 2006), producto de un tema en el cual no lograban ponerse de acuerdo por los sentimientos fuertes que éste generaba. Según la historia clínica, el balance de su interacción, que en los inicios de la terapia era negativo, pasó a ser positivo, pudiendo así entenderse, valorarse y escucharse mutuamente.

Desde la teoría sistémica, se trata de poner el acento en la interacción de las partes del sistema y se afirma que con un cambio en alguna de las partes, el resto se verán afectadas también (Hirsch & Casabianca, 1992). El cambio en la interacción, incorporó una sensación de bienestar en los pacientes, de manera que comenzaron a sentir ganas de salir juntos en programas de pareja nuevamente, las relaciones sexuales empezaron a ser periódicas, lo que a ambos les resultó gratificante como parte de la comunicación del matrimonio.

Como afirma Kopec (2007), desde el modelo de resolución de problemas, se pone el foco en la persona como capaz de resolver sus propias situaciones problemáticas, y éste fue el foco del tratamiento que se llevó a cabo, de manera que se le proveyó a los pacientes de nuevas herramientas para enfrentar un evento nuevo en su realidad compartida, recursos que luego ellos pudieran aplicar cuando lo consideren necesario.

## 6. Conclusiones

El objetivo principal del presente TFI fue analizar la problemática y el abordaje terapéutico en un caso de infidelidad de una pareja de adultos a partir del modelo resolución de problemas de palo alto. Dicho modelo pone su foco en la construcción conjunta de problema por parte del terapeuta y el consultante, de modo de identificar cuáles fueron las soluciones intentadas fallidas y exitosas, siempre resaltando la capacidad potencial de los pacientes de resolver sus problemas y con la intervención de un profesional directivo. El abordaje del modelo describe estrategias y técnicas que facilitan el cambio y, por ende, el proceso de resolución de los problemas (Hirsch & Casabianca, 1992; Wainstein, 2006).

Se analizó el caso de una pareja de adultos, de 59 y 65 años, donde uno de ellos había violado un acuerdo previo de fidelidad sexual. Llegaron a la consulta en un Centro indicando como queja inicial la imposibilidad de comunicarse sin desatar una pelea desde que la esposa se enteró de la infidelidad del marido.

El tratamiento de pareja es un encuadre especial que posee sus lineamientos específicos donde los terapeutas deben tener en cuenta, como lo describe Haley (1980), diferentes reglas de lo que se debe y no hacer, poniendo énfasis en la forma de relacionarse y de interacción del matrimonio (Gottman, 2006).

Fueron desarrollados en el apartado teórico las propiedades especiales del abordaje de un caso de infidelidad en el tratamiento de una pareja, donde siempre el foco está puesto en la honestidad de los consultantes en el espacio terapéutico, la motivación de ambos y la comunicación (Pittman, 1994).

En la admisión y en las primeras sesiones de terapia, la pareja y el consultor a cargo lograron construir un motivo de consulta dirigido a solucionar este problema de comunicación entre ambos. De manera tal que se trabajó en aliviar la sintomatología presentada en las primeras sesiones. El caso de la esposa los síntomas eran, principalmente, de enojo y angustia. El esposo se sentía enojado por las recurrentes preguntas de su mujer respecto del episodio de infidelidad, alegando que no tenía más nada para contar al respecto.

Ambos estaban de acuerdo en querer continuar con la pareja y percibían el problema presentado como responsabilidad de la misma. Así como también, explicaron que no eran capaces de ponerse de acuerdo en cómo superar dicha crisis. Conformando así, un problema de pareja, que es el requisito fundamental para comenzar un tratamiento en dicho encuadre (Hirsch & Rosarios, 1987).

A partir de los relatos de los pacientes, la terapeuta realizó un diagnóstico de circuito en el cual las preguntas recurrentes y la desconfianza de la señora, enojaban al esposo, lo que implicaba su alejamiento y esto alimentaba más preguntas de parte de la esposa. Como sostiene Kopec (2007), el circuito debe contener conductas observables, de manera que los cambios y la evaluación del tratamiento, también se puedan observar.

No hay evidencia en la historia clínica, que dicho circuito de conducta haya sido conversado con los pacientes. Podría haber sido de utilidad explicar y psicoeducar sobre el funcionamiento de la pareja como sistema, es decir, cómo cuando un miembro de la pareja realiza una conducta, ésta repercute en el otro y lo modifica. Y cómo el circuito descrito por la profesional, explicaba la sintomatología evidenciada por los pacientes.

Pittman (1994) afirma que ante la sospecha de ocultamiento de información por parte de alguno de los dos miembros de la pareja, es conveniente citarlos por separado para tener una sesión individual y de esta manera obtener más información. En este caso la terapeuta a cargo no decidió ver a los pacientes en sesiones individuales, aunque quizás, siguiendo la teoría y ante los sentimientos de desconfianza de la señora, hubiera podido ser una fuente de datos que sirvieran al proceso del tratamiento.

La terapeuta realizó diferentes intervenciones dirigidas a bloquear el circuito que perpetuaba la conducta. Se utilizaron reformulaciones, prescripciones y tareas diferentes, todas apuntando a la resolución del problema presentado. Una de las tareas prescritas con la idea de bloquear las peleas constantes, fue la discusión estructurada. Como afirman Beyebach y Herrero de Vega (2010) es importante observar a la pareja antes de prescribir una tarea como esta, puesto que si existe la posibilidad de producir el efecto contrario que se espera, el resultado puede ser nocivo, sobre todo en parejas donde existen situaciones de violencia. En este caso en particular, quizás aún no se contaba con datos suficientes para intervenir de ésta manera, ya que la tarea tuvo como resultado que los pacientes pelearon mucho más intensamente aumentando la sintomatología de angustia y enojo. Una alternativa podría haber sido intentar la tarea en el ámbito de la sesión terapéutica. De forma que la profesional hubiera podido intervenir y mediar si la pelea aumentaba la intensidad, así como también obtener datos sobre las características particulares de las discusiones de los pacientes, como el tono de voz, lenguaje oral y gestual. Con dichos datos se podría predecir conductas fuera de la sesión.

En el caso analizado, hubiera sido de utilidad realizar una sesión de psicoeducación respecto de lo que suelen sentir y hacer las parejas que pasan por un problema de infidelidad, explicando que las sensaciones de cada uno son las esperables.

Se podría informar que casi un tercio de la población consulta a un psicólogo por esta problemática (Whisman, Dixon, & Johnson, 1997), por lo cual se podría intentar normalizar la temática y la sintomatología que expresaban los pacientes.

Utilizar una tarea donde se trabaje el tema del perdón en la pareja, podría ayudar a curar las heridas mencionadas por el supervisor de Cámara Gesell en la reformulación final. Como sostienen Burnett y Youngberg (2004), los pacientes podrían haber confeccionado una lista de situaciones donde necesitaban ser perdonados, trabajando el contenido de la lista en la próxima sesión de pareja.

La supervisión es uno de los pilares fundamentales de funcionamiento del Centro, cada terapeuta del centro está obligado a participar de un espacio destinado a la supervisión con frecuencia semanal, así como también existen equipos especiales dedicados a diferentes temáticas, como por ejemplo el equipo de parejas, donde los participantes son terapeutas con formación particular para abordar dichos tratamientos.

La terapeuta supervisó el caso de forma tradicional, es decir leyendo la historia clínica y relatando las sesiones al equipo de supervisión de parejas. Los profesionales sugirieron intervenciones y tareas, así como también la necesidad de invitar a la pareja a una sesión en Cámara Gesell. La supervisión en vivo que se realizó en el Centro con la participación de los especialistas en el tema, fue importantísima en el desarrollo del tratamiento, dándole lineamientos a la terapeuta y realizando intervenciones directamente con los pacientes, así como también la participación activa de uno de los supervisores realizando una reformulación al final de la sesión. Aquí es donde puede evidenciarse el trabajo colaborativo que se desarrolla en el Centro siempre priorizando a los pacientes y la formación de sus terapeutas.

El modelo de resolución de problemas de palo alto apoya su eficacia en los beneficios de la supervisión, en especial, aquella que se realiza en la Cámara Gesell (Haley, 1980). Hubiera sido conveniente para el tratamiento del caso en cuestión, solicitar a los pacientes concurrir nuevamente a una sesión en vivo, con el objetivo de evaluar el avance del tratamiento y sintomatología expresada, así como también la pericia de la terapeuta a cargo, pudiendo realizar de esta manera un seguimiento exhaustivo de la pareja.

El matrimonio analizado evidenció cambios importantes al finalizar el tratamiento. La sintomatología ansiosa y la desconfianza de la señora habían mermado, así como los momentos de enojo expresados por el señor. Por otro lado lograron entenderse y acordar nuevamente, implementando nuevas herramientas para comunicarse y sosteniéndolas en el tiempo. En las primeras entrevistas, el señor traía a

sesión como queja que su mujer ya no se vestía arreglada, como si lo había hecho antes, y que la frecuencia de las relaciones sexuales era muy baja. Con el trascurso del tratamiento y como consecuencia de sentirse mejor el uno con el otro, comenzaron a realizar planes juntos, salidas a cenar y los encuentros íntimos fueron más frecuentes.

Aunque aún los pacientes no han vuelto a llamar requiriendo retomar el tratamiento, y esto sería una indicación de que no han surgido más problemas, sería importante, que en los próximos meses, se pudiera realizar contacto con la pareja y así evaluar si los cambios que se habían logrado en el tratamiento se siguen manteniendo, como parte de verificar la efectividad del mismo.

Los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, adquiridos en el marco de la práctica profesional en el Centro forjaron una base muy importante en la formación como terapeuta clínico, así también sembraron la inquietud de profundizar el estudio del modelo con el que trabajan en la institución. Una limitación de la experiencia, fue la imposibilidad de tener contacto directo con los pacientes, cuestión que no es excluyente de dicha institución y que responde a la necesidad legal de poseer el título habilitante para hacerlo. Sin embargo se puede afirmar que la interacción constante con numerosos profesionales, sumado a la participación de la supervisión en vivo, pudieron suplir en parte, dicha limitación.

## 7. Referencias bibliográficas

- Beach, S., & Fincham, F. (1999). Conflict in Marriage: implications for working with couples. *Annual review of Psychology, 50*, 47-77.
- Bernett, K., & Youngberg, C. (2004). Forgiveness as a ritual in couples therapy. *The family journal, 12*(1), 14-20.
- Beyenbach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estrategica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Christensen, A., & Heavey, C. (1999). Intervention for couples. *Annual review of Psychology, 50*, 165-190.
- De Estefano, J., & Oala, M. (2013). Extramarital Affairs: Basic Considerations and essential tasks in clinical work. *The Family Journal, 16*(1), 13-9.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.
- Duba, J., Kindsvatter, A., & Lara, T. (2008). Treating infidelity: considering narratives of attachment. *The Family Journal, 16*(4), 293-299.
- Fernández Álvarez, H. (1988). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental: el proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- García Leiva, P., Gómez, J., & Canto Ortiz, J. (2001). Reacción de celos ante una infidelidad: diferencias entre hombres y mujeres y características del rival. *Psicothema, 13*(4), 611-616.
- Gottman, J. (1994). Por qué fracasan los matrimonios. *Family networker, 18*(13), 41-48.

- Gottman, J. (1998). Psychology and the study of marital process. *Annual review of psychology*, 49, 169.
- Gottman, J. (1999). *The marriage clinic: A scientifically based marital therapy*. New York: Norton.
- Gottman, J., & Silver, N. (2006). *Siete reglas de oro para vivir en pareja*. Barcelona: Plaza y Janes editores.
- Gurman, A., & Lebow, J. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual review of psychology*, 46, 27.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1994). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hirsch, H., & Casabianca, R. (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Buenos Aires: Gabas editorial y asociados.
- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Linquist, L., & Negy, C. (2005). Maximizing the experiences of an extrarelational affair: An unconventional approach to common social convention. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 142-148.
- Nardone, G., & Castelnovo, G. (2007). *La terapia de pareja con el enfoque estratégico evolucionado*. Mejiro: Pax Mexico.
- O'Hanlon, W., & Weiner Davis, M. (1990). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Mejiro: Planeta Mexicana S.A.
- Pittman, F. (1991). Crisis familiares previsibles e imprevisibles. En C. Falicov, *Transiciones de la familia* (pp. 357-380). Buenos Aires: Amorrortu.
- Pittman, F. (1994). *Mentitas Privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Softas-Nall, B., Beadle, M., Newell, J., & Helm, H. (2008). Spousal disclosure of extramarital relationships: Attitudes of marriage and family therapists. *The Family Journal*, 16, 328-337.

- Universidad de Palermo & TNS Gallup. (2013). *Estudio sobre el amor: Las concepciones del amor*.
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación: un paradigma de la mente*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE ediciones.
- Wainstein, M., & Wittner, V. (2008). Enfoque psicosocial de la pareja. Aproximaciones desde la terapia de la comunicación y la terapia de solución de problemas. *Psicodebate*, 4.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Whisman, M., Dixon, A., & Johnson, B. (1997). Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *Journal of Family Psychology*, 11, 361-366.
- Wilkinson, T., Littlebear, S., & Reed, S. (2012). A Review of Treatment With Couples Post-Affair: An Emphasis on the Use of Disclosure. *The family journal*, 20(2), 140-146.