

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en psicología

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Proceso de terapia estratégica en una pareja
con desajustes de expectativas y roles

Alumno: Fernández, Norberto Javier

Legajo: 57792

Tutora: Dra. Wittner, Valeria

Fecha de entrega: 18 de septiembre de 2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	
2.1. Objetivo general.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO	
3.1. El cambio de paradigma en psicoterapia.....	4
3.2. Los aportes teóricos que abrieron el camino hacia el modelo sistémico.....	5
3.3. El modelo estratégico del Mental Research Institute: hacia una nueva conceptualización del cambio.....	7
3.4. El proceso terapéutico desde el enfoque estratégico.....	9
3.4.1. Primera entrevista: inicio de la relación terapéutica y co-construcción del motivo de consulta.....	9
3.4.2. Precisar el problema, generar alternativas y fijar metas.....	11
3.4.3. Intervenciones estratégicas: los procedimientos directivos.....	13
3.4.4. Consolidación de resultados mediante prescripciones directas y conclusión del tratamiento.....	17
3.5. La relación de pareja.....	17
3.5.1. Definición de pareja.....	17
3.5.2. La evolución de la idea de pareja en las últimas décadas.....	18
3.5.3. El amor de pareja como expresión y el mito de su incondicionalidad.....	19
3.5.4. El desafío del "ménage à trois".....	20
3.5.5. El afrontamiento de estresores en la pareja.....	20
3.5.6. La comunicación en la pareja y sus posibles efectos sobre la salud.....	21
3.6. Terapia de pareja.....	22
3.6.1. De la crisis a la consulta.....	22
3.6.2. Psicoterapia de pareja bajo el modelo estratégico.....	23
3.6.2.1. El sistema terapéutico triádico. Niveles de análisis y componentes.....	23
3.6.2.2. Organización del material clínico en primera entrevista con parejas.....	24
3.6.2.3. Intervenciones y precauciones en psicoterapia estratégica con parejas.....	28
4. METODOLOGÍA.....	30

4.1. Tipo de Estudio.....	30
4.2. Participantes.....	30
4.3. Instrumentos.....	30
4.4. Procedimiento.....	31
5. DESARROLLO.....	31
5.1. La co-construcción del motivo de consulta.....	31
5.2. La estrategia terapéutica desarrollada.....	38
5.3. Las intervenciones llevadas a cabo.....	39
5.4. Los cambios producidos en la relación de pareja.....	44
6. CONCLUSIONES.....	46
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

1. INTRODUCCION

La Práctica y Habilitación Profesional se realizó en una reconocida fundación de psicoterapia sistémica ubicada en la Ciudad de Buenos Aires. Esta institución sin fines de lucro se orienta a la investigación y a la formación y capacitación de graduados y profesionales en el campo de las prácticas de la orientación psicológica desde la tradición del Modelo Sistémico y la Teoría de la Comunicación, para la resolución de problemas relacionales de individuos, parejas, familias y organizaciones.

Las actividades de la práctica se realizaron como parte del proceso de habilitación profesional de la Facultad de Psicología de la Universidad de Palermo durante el primer cuatrimestre de 2015. Esto incluyó espacios de formación teórica, observación no participante de entrevistas de admisión en Cámara Gessell -supervisadas por psicólogos de la fundación-, observación no participante en espacios de supervisión a terapeutas miembros de la institución, simulación de admisiones y participación en diversos proyectos de investigación. Adicionalmente, los días miércoles se cursó la materia electiva Técnicas Activas, Psicodrama y Gestalt en la Universidad de Palermo, y los días sábado se participó en espacios de co-terapia en un Centro de Salud de la localidad de San Miguel, Provincia de Buenos Aires.

De la interacción con los miembros de la fundación acerca de los proyectos en curso, del interés personal y de la disponibilidad de información sobre casos concretos, surgió el tema del que trata el presente Trabajo Final Integrador, para el cual se tomó un caso clínico de pareja cuyo proceso conduce una terapeuta sistémica que supervisa sus procesos en la institución. En tanto el interés se focalizó sobre la comprensión y aplicación del dispositivo de terapia breve estratégica a consultas de parejas, se procederá a describir las características del modelo estratégico y se articularán estos conceptos con el material sobre el tratamiento del caso específico.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir el proceso terapéutico, desde el modelo sistémico de terapia breve estratégica, para una relación de pareja joven que consulta por desajustes en expectativas y roles.

2.2. Objetivos específicos

- Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta por parte del sistema terapéutico (pareja y terapeuta) durante las sesiones iniciales.
- Describir la estrategia terapéutica desarrollada por la terapeuta a efectos de orientarse hacia la solución del problema.
- Describir las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta durante el transcurso del tratamiento y los efectos detectados en la relación.
- Analizar los cambios producidos en la relación de pareja a lo largo del proceso terapéutico.

3. MARCO TEORICO

3.1. El cambio de paradigma en psicoterapia.

Desde sus inicios, la investigación psicológica y el ejercicio de la psicoterapia intentaron entender la patología emocional y conductual de los seres humanos. A principios del Siglo XX, el psicoanálisis tomaba al individuo como unidad de análisis mediante el método de la introspección, para buscar en los procesos inconscientes aquellas determinaciones estructurales intrapsíquicas configuradas en la infancia del paciente que explicasen los síntomas actuales, destacando el papel de la toma de conciencia del paciente para que -gracias a ese darse cuenta- se produjera luego el cambio (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990). Por otro lado, desde una mirada prácticamente opuesta, el conductismo dejaba de lado la introspección para buscar el control y la predicción de la conducta observable, como entidad mediadora en la interacción de un organismo plástico con el medio ambiente, al que responde condicionado por sus estímulos (Wainstein, 2006a). Estas formas de conceptualizar la psicología fueron coherentes con la mirada de la ciencia de la época, e implicaron pensar al observador desinvolucrado del campo de observación, postergando la relevancia del contexto en las interacciones. Trasladada al ámbito clínico, esta postura implicó una relación terapéutica unidireccional, en la que el terapeuta traducía sus hipótesis en intervenciones esperando eludir la previsible resistencia al cambio del paciente (Rodríguez Ceberio, 1998). Sin embargo, tener una buena explicación sobre la mecánica, naturaleza u origen de un problema, o hasta predecir un comportamiento individual, no necesariamente conduce a soluciones concretas. Por eso, a mediados del Siglo XX comenzó a emerger una nueva tendencia general en psicoterapia, que desplazaría

el eje desde las explicaciones sobre el pasado para comprender la patología y los déficits individuales, hacia el fortalecimiento de las capacidades y recursos actuales y potenciales de las personas que funcionan en interacción social, resituando el foco de las intervenciones sobre el cambio para impulsar soluciones efectivas a situaciones disfuncionales en personas, parejas y familias que acuden aquí y ahora a consulta con la necesidad de mejorar de manera concreta sus vidas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

El quiebre de paradigma comenzó a gestarse en los años cuarenta, a partir de que ciertos esquemas de pensamiento aplicados a las máquinas empezaron a trasladarse a las ciencias humanas. Así se inauguró un debate interdisciplinario en que los mecanismos de retroalimentación y la causalidad circular pasaron a ser materia de observación, tanto en sistemas biológicos como sociales. De ese modo, apoyada en los nuevos aportes de campos científicos diversos, comenzó la construcción de un modelo circular del conocimiento en el que se manifiestan retroacciones recíprocas entre las variables, confrontando las certezas de la modernidad con una dosis de incertidumbre que movilizaría al mundo de la psicología hacia nuevos abordajes, dando paso a la noción de totalidad como una organización de múltiples niveles simultáneamente autónomos e interrelacionados: emergía entonces el modelo sistémico (Rodríguez Ceberio, 1998).

3.2. Los aportes teóricos que abrieron el camino hacia el modelo sistémico.

La Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Von Bertalanffy en 1937, aportó la noción de sistema como un todo compuesto por elementos en interacción, cuyo comportamiento responde a la manera en que sus elementos se relacionan entre sí, dando lugar a la emergencia de ciertas propiedades del todo que no son atribuibles a ninguno de sus elementos por separado. Aplicada al comportamiento humano, esta noción de sistema tomó en consideración el todo para comprender las partes, y las propiedades emergentes para analizar las relaciones que se producen entre los elementos, es decir los patrones de interacción. Al mismo tiempo, implicó reconocer que nada ni nadie controla totalmente un sistema y que, al intervenir sobre él, pasamos a formar parte del mismo (Wainstein, 2006b).

Goldenberg y Goldenberg (2013) sitúan la aparición de la cibernética en el estudio de los mecanismos de control y retroalimentación de la información en sistemas artificiales complejos hacia 1948 gracias a los aportes del matemático Wiener, para aparecer con posterioridad, gracias a las investigaciones de Bateson, como posibilidad de comprensión

de los sistemas sociales centrada en la noción de causalidad circular, dejando de lado el determinismo lineal causa-efecto para pasar a una idea de proceso y complejidad, que incluye las nociones de retroalimentación positiva y negativa, y la co-determinación recíproca entre todas las variables intervinientes en un sistema comunicacional humano.

La pragmática de la comunicación humana fue un conjunto de desarrollos clave para el modelo sistémico, postulando que el comportamiento de las personas y grupos es básicamente comunicacional, a partir de relaciones con otros en un contexto. Esto llevó a conceptualizar los síntomas psiquiátricos como conductas adaptadas a situaciones interaccionales dadas (por ejemplo, pensar la esquizofrenia como la única reacción posible frente a un contexto comunicacional absurdo e insostenible, reacción que entonces obedece y perpetúa las reglas de ese contexto). Paul Watzlawick (1985) fue uno de los autores fundamentales de este enfoque comunicacional, sintetizando en un conjunto de axiomas las propiedades de la interacción humana, para a partir de ello analizar la emergencia de patologías. En ellos incluyó la imposibilidad de no producir conducta, por ende que es imposible no comunicarse (refutando que el intercambio solo tenga lugar cuando éste es intencional); también postuló que toda comunicación, además de información o contenido, transmite algo sobre la relación entre los comunicantes, es decir sobre cómo debe entenderse el mensaje; el autor sintetizó las ideas de Bateson sobre cómo las personas puntúan las secuencias de comunicación, organizando los hechos de la conducta y estableciendo patrones de intercambio que condicionan los vínculos; discriminó también el uso humano de los niveles de comunicación digital y analógico (no verbal) que coexisten dentro de la dinámica interaccional, resaltando el esfuerzo que las personas deben hacer para traducir constantemente entre ambos niveles. Por último, puntualizó la diferencia entre interacciones simétricas y complementarias, estén basadas en la igualdad o en la diferencia, lo cual define las conductas entre uno y otro participante.

Esta confluencia de aportes interdisciplinarios conformó una nueva comprensión del comportamiento humano, el modelo sistémico, impulsando en psicoterapia el pasaje de lo intrapsíquico a lo relacional, y del análisis del pasado para responder al porqué al estudio de las reglas que gobiernan los fenómenos de interacción en el aquí y ahora para solucionar un problema actual, entendiendo la conducta patológica no ya como el conflicto intrapsíquico

de un individuo, sino como un esfuerzo fallido de adaptación a la realidad que vive cada sujeto en su particular contexto de relación con otros (Nardone & Watzlawick, 2007).

3.3. El modelo estratégico del Mental Research Institute: hacia una nueva conceptualización del cambio.

La terapia breve estratégica surgió bajo el influjo de varios grupos creativos fundamentales que venían investigando desde los años cincuenta a partir del modelo sistémico, impulsando el abordaje de problemas concretos para buscar su resolución eficaz a través de procesos de intervención de corta duración (De Shazer, 1985). Este enfoque buscaba conducir al consultante, por medio de diversas estratagemas y formas refinadas de sugestión, a experimentar percepciones alternativas sobre su realidad a fin de que la nueva forma de mirar las cosas le permitiera reestructurar sus percepciones y disposiciones disfuncionales previas en las esferas emocional, cognitiva y conductual, rompiendo así el circuito de retroacciones que sostenía la situación problemática y reforzando su autonomía personal al comprobar que poseía recursos propios para mejorar su vida (Nardone & Castelnuovo, 2007). El primero y más paradigmático de estos grupos surgió en el Mental Research Institute (M.R.I.), centro de terapia breve y familiar fundado en 1958 en Palo Alto, California, Estados Unidos, donde se gestó el modelo sistémico a partir de investigaciones lideradas por Bateson, Watzlawick, Haley, Weakland y otros, para luego expandirse a innumerables centros de asistencia en todo el mundo (Wainstein, 2006). En Europa, Selvini de Palazzoli y su equipo sistémico en la Escuela de Milán realizaron importantes aportes a la intervención con familias, ampliando el campo de observación al grupo y su historia, incorporando el trabajo con duplas de terapeutas para abordajes breves con un máximo de diez entrevistas. Al mismo tiempo, en Washington, Jay Haley fundaba el Instituto de Terapia Familiar especializado en terapia breve estratégica, y Steve de Shazer gestaba el Centro de Terapia Familiar Breve enfocado en las soluciones, en Milwaukee, Estados Unidos, aplicando intervenciones de fórmula dentro de una relación cooperativa entre un paciente que desea cambiar y un terapeuta que construye visiones de futuro más satisfactorias, pesquizando el pasado solo para rastrear los éxitos (De Shazer, 1985).

En lo que respecta a las estrategias clínicas y la duración de las intervenciones, los precursores del modelo estratégico estuvieron atravesados desde un principio por los aportes seminales de Milton Erickson y su singular enfoque estratégico de la terapia breve

(Haley & Richeport-Haley, 2003), una extensión de su reconocida técnica de hipnosis médica con fines terapéuticos en la que observaba los complejos modos de interacción de las personas, asimilando su idiosincrasia para adecuarse a ella y motivarlas por sugestión a que sigan directivas concretas mediante palabras, sonidos y movimientos del cuerpo para desestructurar las acciones que sostenían sus problemas, precipitando cambios y mejorando su autonomía de manera rápida. Erickson verificaba en la clínica que la conducta, la experiencia sensorial y la conciencia son modificables en un tiempo y espacio maleables, sin necesidad de develar al paciente las causas originales del problema (Haley, 1973).

La metáfora cibernética en la que se funda este modelo sistémico impulsado por el M.R.I. plantea que las personas, parejas y familias existen en contextos vitales y relacionales complejos, donde conforman sistemas que las contienen, las superan e impactan en una dinámica circular de influencias recíprocas a través de la comunicación, donde pueden quedar atrapadas en patrones disfuncionales de interacción que empeoran cuando sus miembros intentan soluciones que no resultan, dando lugar al padecimiento psíquico. De este modo, los síntomas individuales y los trastornos de la conducta humana quedan redefinidos como problemas relacionales en los patrones de comunicación interpersonal (Wainstein, 2006). Desde esta comprensión, si la esencia del comportamiento neurótico es continuar tercamente en conductas contraproducentes, la esencia de las terapias estratégicas es conseguir que la gente intente algo diferente, a la medida de cada caso particular y rescatando los recursos y la motivación actuales con los que cada sujeto o familia llega a terapia. Para lograrlo, el terapeuta estratégico incorpora un gran número de técnicas de intervención -algunas de ellas paradójicas- diseñadas para quebrar la homeostasis del sistema a fin de que las personas y las familias puedan continuar su desarrollo vital de manera más plena (Haley & Richeport-Haley, 2003).

Estas formas de intervención implican una clara diferenciación respecto de la tradición psicodinámica, que evita la planificación e inicio de lo que ocurre en sesión: en terapia estratégica es el clínico quien activa y regula lo que sucede de manera directiva, reconociendo su participación e influencia directiva sobre el sistema consultante: identificando problemas solubles, fijando metas, administrando las intervenciones, examinando las respuestas para ajustar el enfoque y evaluar la eficacia del resultado (Haley & Richeport-Haley, 2003). Así, de modo inverso a otras psicoterapias -que se basan en una

continuidad gradual del cambio sostenido en la concientización sobre el origen del síntoma- la maniobra estratégica apuesta por la discontinuidad del cambio y apunta primero a modificar la realidad experimentada por el consultante, para recién después de que éste vivió la experiencia de cambio efectivo, proceder a su concientización (Nardone & Castelnuovo, 2006).

Pensada desde una visión panorámica, la tarea principal del procedimiento estratégico es alcanzar una reformulación; esto se opera influyendo sobre el sistema consultante (persona, familia, pareja u organización) para que consiga enfrentar su problema de manera diferente (Wainstein, 2006b). Tal forma de conceptualizar el cambio proviene de un supuesto fundamental: la realidad que percibimos y a la que nos atenemos, no es una realidad objetiva universal, sino que es fruto de la interacción entre el punto de vista que asumimos cada uno de nosotros, los instrumentos que utilizamos y el lenguaje que usamos para insertarnos en ella. De ese modo, cualquier situación vivenciada es resultado de una relación activa entre cada persona y lo vivido, entendiendo el síntoma como resultado de una modalidad particular de percepción y reacción singular ante una situación puntual, construida mediante disposiciones y acciones de los sujetos. Ante esto, la terapia estratégica plantea que si se consiguen modificar las modalidades perceptivas del consultante en la experiencia, cambian también sus reacciones. Por eso, se apunta a producir percepciones alternativas, experiencias emocionales correctivas que modifiquen las percepciones y disposiciones disfuncionales a nivel emotivo, cognitivo y conductual (Nardone & Castelnuovo, 2006).

3.4. El proceso terapéutico desde el enfoque estratégico.

3.4.1. Primera entrevista: inicio de la relación terapéutica y co-construcción del motivo de consulta.

Se denomina primera entrevista al periodo de tiempo -de una o varias sesiones, según el caso- que dedican consultor y consultante para establecer un vínculo que favorezca la tarea conjunta, y a definir si existe un problema y cuáles son sus características, con particular foco en cómo se sostiene a partir de las creencias y comportamientos del cliente, asumiendo que el éxito depende de la resolución concreta del motivo de consulta en un periodo limitado de tiempo (Wainstein, 2000).

Al comenzar el proceso se propicia una etapa social en que se busca constituir la relación terapéutica. Allí la maniobra fundamental del enfoque estratégico consiste en que el consultor observe, aprenda y hable el lenguaje del consultante; esto implica entrar en sintonía con sus modalidades de representación para adaptar el lenguaje y las acciones a las imágenes del mundo y el estilo comunicativo del paciente. Solo aceptando lo que el consultante ofrece y hablando su mismo lenguaje es viable establecer el clima de contacto interpersonal, confianza y sugestión positiva para circunvalar la resistencia al cambio, sin que para ello el paciente deba renunciar a sus convicciones o siquiera conocer la causa original de su problema, pero seguramente manipulando progresivamente sus acciones a fin de lograr los objetivos previstos. Esta operación de *calcado* del estilo comunicacional y de la idiosincrasia del paciente cumple desde el comienzo con un supuesto fundamental de la terapia estratégica respecto de que ésta debe adaptarse al paciente (y no el paciente a la terapia), y funciona como una intervención terapéutica en si misma produciendo mejoras sintomáticas a través de la generación de un vínculo interpersonal empático y de colaboración, que garantiza la capacidad de maniobra del terapeuta y sostiene la motivación del consultante. Esta operación exige plasticidad para adaptarse a las prerrogativas perceptivas y comunicativas del cliente, y perspicacia para sustituir rápidamente una estrategia cuando ésta no funciona (Nardone & Watzlawick, 2007).

Basado en la idea fundacional ya mencionada respecto de que los problemas surgen de la interacción comunicacional, Wainstein (2006b) resalta la importancia de que este proceso de primera entrevista cuente con la presencia de todas las personas que participan de la situación problemática, sobre todo en esta primera etapa social en la que el terapeuta observa las relaciones entre los miembros del sistema, es decir el modo de organización de los circuitos de comunicación, tanto en el registro digital como analógico.

El segundo paso del proceso de primera entrevista es realizar una indagación focalizada de la queja que el consultante trae a sesión, junto con el sistema interactivo disfuncional que lo sostiene, identificando las matrices pragmáticas del problema (Wainstein, 2006b). Traducido a palabras del paciente, consiste en determinar qué experiencias de su vida actual y de su pasado reciente le gustaría suprimir o reducir a partir de ahora y de cara al futuro, en términos de conducta real y a efectos de construcción de hipótesis de accionamiento sobre la pauta problemática (Wainstein, 2000). Para recortarlo,

Nardone y Watzlawick (2007) definen tres categorías de problemas humanos que interactúan entre sí en una influencia circular recíproca: a) la interacción del sujeto consigo mismo, b) la interacción del sujeto con los demás y c) la interacción del sujeto con el mundo (entendido como el ambiente social, de valores y normas que regulan su contexto vital). Circunscripta la dimensión del problema, se pesquisan las pautas de comportamiento habitual del paciente y la forma, contexto, frecuencia, intensidad y oportunidad en que se manifiesta el problema, las soluciones intentadas para resolverlo y la eventual función que éste podría estar cumpliendo en el sistema. Con todo esto, el terapeuta está en condiciones de programar y poner en práctica diversas estrategias orientadas a romper el círculo vicioso de acción y retroacción que sostiene el problema a fin de resolverlo (Nardone & Watzlawick, 2007).

Obtener una descripción previa y adecuada de estos circuitos comportamentales que sostienen el problema -y dentro de ello las soluciones intentadas- es el principal reductor de complejidad del modelo estratégico, porque permite diseñar estrategias e intervenciones para que el consultante reestructure su modo de percibir el problema y con ello se interrumpa en algún punto el circuito autopropagante, provocando el cambio (Wainstein, 2000). Cuando una solución fallida se repite, ésta pasa a ser parte del problema e incluso puede generalizarse a otras esferas empeorando la situación. Identificar e intervenir directamente sobre esta pauta disfuncional, valorando incluso las interacciones sociales que influyen en los ensayos de solución, es la piedra angular para gestionar el cambio. Ya en términos de eficacia, es preciso definir si conviene alterar el sistema perceptivo-reactivo del sujeto o bien intervenir sobre todo su sistema relacional interpersonal; el objetivo final es producir una experiencia concreta de cambio, y para ello hay que dar con las palancas más ventajosas programando intervenciones a medida (Nardone & Watzlawick, 2007).

3.4.2. Precisar el problema, generar alternativas y fijar metas.

De Shazer (1985) plantea ocho supuestos claves, que pueden ser tomados como reglas generales para relevar en mapas toda queja y construir el problema, facilitando la generación de cursos de solución alternativos: 1) las quejas involucran conducta generada por la visión del mundo que tiene el cliente, lo cual impacta en su atribución causal y en el modo en que la queja se encuadra; 2) las quejas se mantienen porque el cliente supone que la decisión ya tomada para encarar el problema es la única correcta y posible,

comportándose como atrapado en más de lo mismo; 3) iniciar el proceso de solución de una queja solo requiere que se produzcan cambios mínimos, porque una vez que el cambio arrancó a partir de la intervención del terapeuta, el cliente generará cambios adicionales por un efecto de irradiación. En este plano, es notable el cambio que puede elicitar un simple replanteo de perspectiva, como el paso desde una construcción binaria disyuntiva del tipo "esto o aquello", al introducir la idea de un "esto y aquello también"; 4) suelen existir excepciones a la regla o pauta de ocurrencia del problema, que pasan inadvertidas a los actores por ser muy pequeñas. Estas excepciones son claves para que el terapeuta determine las oportunidades y recursos ya presentes en el sistema, y para estudiar la forma de expandirlos en tanto ya forman parte de la realidad del consultante y facilitan la cooperación, incrementando las posibilidades de solución; 5) la suposición sobre lo que hay que cambiar se basa en la visión de la realidad que se construye el cliente sobre cómo sería la situación si ya no existiera el problema; 6) dado que el punto de vista del cliente afecta sus expectativas y determina lo que éste puede ver y hacer repercutiendo en la conducta, sugerir encuadres nuevos o poner en duda el encuadre vigente puede promover una conducta alternativa por medio de la cual el cliente encuentre por sí solo la solución al problema, conozca o no la causa originaria del mismo; 7) partiendo del concepto sistémico de totalismo -por el que un cambio en un elemento del sistema o en una relación entre ciertos elementos afecta a todos los demás elementos y relaciones que lo componen-, se asume que para quebrar un hábito colectivo basta con que una persona se comporte de modo diferente en algo; 8) la construcción de un futuro diferente funciona como una llave maestra para abrir la puerta a una solución: las expectativas de cambio que se generan en sesión influyen sobre la conducta y le dan sentido; el cliente elige un nuevo curso de acción determinado por las cosas que desea que sean diferentes cuando su queja se haya resuelto.

Recortado el problema y los espacios de oportunidad, definir los objetivos de la terapia pasa a ser una exigencia pragmática que funciona como guía metodológica para el terapeuta hacia una orientación precisa, que permite graduar los esfuerzos y controlar la gestión del cambio sin que se suscite una sensación de apremio. Pero al mismo tiempo representa una sugestión positiva para el paciente, ya que implica un contrato o acuerdo entre consultante y consultor respecto de la duración y los fines del proceso, que ubican al

paciente como parte activa del proyecto de cambio y amplían su percepción de control del trabajo y de sus propios recursos (Nardone & Watzlawick, 2007).

3.4.3. Intervenciones estratégicas: los procedimientos directivos.

Wainstein (2006b) sostiene que, dado que el terapeuta recibe, codifica y emite información, pensando y organizando sus observaciones, toma decisiones y actúa en respuesta a ciertas señales de manera selectiva. Por ese motivo, y basado en las premisas sistémicas de que es imposible no comunicar y de que toda comunicación es conducta, se considera todo lo que el consultor hace -o no hace- como una intervención en sí misma. Así, puede pensarse entonces que toda la terapia es una intervención de reformulación o reencuadre que apunta al cambio en todas sus facetas. Por sobre esa base, se aplican los denominados "procedimientos directivos" como intervenciones ad hoc en el contexto de la entrevista: procesos comunicacionales deliberados mediante los cuales se seleccionan datos para intentar producir una influencia sobre el consultante en cierta dirección, facilitando la creación de una realidad particular. Wainstein (2000) marca así la diferencia fundamental entre las intervenciones directivas del enfoque estratégico -que asumen una posición activa, pidiendo a alguien que haga algo a fin de que adquiera una experiencia emocional correctiva- y las intervenciones de tipo normativo -que implican dar consejo, impartiendo una valoración parcial sobre lo que al consultante le conviene y suponiendo erróneamente que éste tiene un control racional sobre todos sus actos-.

Nardone y Watzlawick (2007) confirman lo antedicho definiendo dos categorías de orientación en la intervención: por un lado las acciones y comunicación terapéuticas (que incluyen todas las maniobras terapéuticas y de comunicación con el paciente durante la sesión) y las prescripciones de conducta, que pueden ser directas o indirectas.

Las acciones y comunicación en terapia incluyen: a) aprender y usar el lenguaje del consultante, procedimiento inspirado en el comportamiento hipnoterapéutico de Milton Erickson, que buscaba generar comodidad y un campo común para asumir el poder de influir sugestivamente sobre los pacientes; b) la reestructuración o reencuadre como forma de persuasión verbal o conductual del terapeuta, que apunta a codificar de nuevo la percepción de la realidad del consultante, modificando su estructura pero sin cambiar el significado, a través de armas retóricas y técnicas de sugestión que promuevan dudas sobre las ideas rígidas acerca de lo que sucede, para poder asumir perspectivas nuevas en las que

el problema adquiriera un valor distinto. Estas maniobras deben formularse por medio de la gratificación, e impartiendo órdenes orientadas a la modificación de la conducta pero sin realizar juicios de valor, ya que utilizar enunciados negativos de crítica o negación acerca de las ideas o la conducta del paciente lleva a culpabilizarlo, produciendo resistencia y rigidez; c) las paradojas, que son trampas lógicas eficaces para sacar de quicio los círculos viciosos de soluciones fallidas cuando éstas ya están rigidizadas obsesivamente bajo esquemas dicotómicos del tipo parejas de opuestos: en este caso lo que se busca es poner en crisis el sistema preexistente de percepciones sobre la realidad y las conductas asociadas a éste. Esto se realiza incentivando sorpresivamente la ocurrencia del problema en lugar de oponérsele, comunicado de un modo que no parezca ni verdadero ni falso, para generar una contradicción que trastorne lo previsible de la situación, produciendo sorpresa y reacción en el consultante con la intención de que consiga un salto de nivel lógico. d) el uso de la resistencia, intentando crear un desacuerdo con el terapeuta a fin de que el paciente reaccione oponiéndose y de ese modo avance en la terapia: se aprovecha la fuerza de la resistencia para promover el cambio, de modo inverso a como la conceptualiza el psicoanálisis, que sugiere combatirla; e) el uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico, empleando las formas indirectas de proyección e identificación para minimizar la resistencia: al llegar esta forma indirecta, la persona no se siente sometida a opiniones ni exigencias directas sobre su modo de pensar y actuar, pero permite al terapeuta expandir sugerencias que vulneren las percepciones rígidas (Nardone & Watzlawick, 2007).

El segundo grupo de intervenciones son las *prescripciones de comportamiento*, pensadas para que el paciente las concrete de manera activa fuera del espacio de sesión y le permitan vivir experiencias alternativas de cambio exitoso en su vida cotidiana, viendo que éstas se encuentran bajo su propio control. Estas prescripciones se clasifican en directas, indirectas y paradójicas (Nardone & Watzlawick, 2007). Las prescripciones directas se usan cuando el consultante es colaborador y tiene escasa resistencia al cambio, en cuyo caso se puede solicitar taxativamente que éste haga o deje de hacer algo, porque esto claramente introducirá una diferencia en el patrón, conduciendo al cumplimiento de un objetivo parcial o global del tratamiento de manera conciente (Wainstein, 2006b). Otra forma directiva es también el llamado *modelado de la conducta* durante la sesión. En este caso el terapeuta, mediante un cambio de rol transitorio, se comporta del modo concreto en

que pretende que alguien lo haga fuera de sesión, a fin de que el consultante aprenda un patrón alternativo y lo aplique después (Wainstein, 2000). Las *prescripciones indirectas*, en cambio, enmascaran su verdadero objetivo, desplazando la atención desde el síntoma hacia la tarea, para atraer al consultante a otra cuestión problemática que le quite el foco del motivo de consulta original, evadiendo la resistencia y demostrando que en realidad éste puede controlar y anular por sí mismo los síntomas (Nardone & Watzlawick, 2007).

Las *prescripciones paradójicas* resultan efectivas cuando un problema se presenta como irrefrenable y espontáneo en situaciones rígidas y obsesionantes, porque ponen en crisis la percepción de la realidad y la forma en que el consultante reacciona habitualmente frente a ella. La intervención paradójica clásica consiste en *prescribir el síntoma*, pidiendo al consultante que haga algo con el propósito de que no lo cumpla, sea porque le resulta imposible aun siendo obediente, o bien que se rebele porque hacerlo voluntariamente implicaría sostener o incluso empeorar el síntoma y ello ya le resulta intolerable. Frente a un dilema de este tipo, el paciente suele convertir su síntoma en voluntario, consiguiendo que pierda su carácter de ingobernable y por ende de síntoma. Sin embargo, dado lo difícil que resulta que los clientes ejecuten este tipo de prescripciones, éstas deben hacerse sobre el final de la sesión y bajo un clima de influencia adecuado. Dentro del abordaje paradójico se utiliza también una maniobra llamada *restricción del cambio*, que hace uso de la resistencia del paciente. Por medio de ella, cuando el paciente manifiesta entusiasmo por un logro se desalienta la posibilidad de más cambio o se anticipan recaídas, para que el consultante no dé el cambio por hecho e insista en profundizarlo (Wainstein, 2006b).

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) mencionan otras formas de intervención clásica, como el *accionar sobre los patrones habituales de comportamiento que definen la ocurrencia del problema*, introduciendo pequeños cambios: esto se moviliza cambiando la frecuencia, duración, ubicación, intensidad o incluso el momento del día en que ocurre el síntoma, pudiendo también alterar su secuencia en algo, hacer que descarrile, agregarle o sacarle un elemento, hacer que se despliegue el síntoma sin su pauta o bien la pauta sin el síntoma, invertir la pauta o relacionar el síntoma a una pauta diferente de la habitual. A esto se suma un grupo de intervenciones que se sitúan bajo el llamado *enfoque centrado en las soluciones*, es decir ya no en la categorización de los problemas sino en un futuro exitoso: se trata de mostrar que existen excepciones al problema en la conducta del cliente y que

reforzar esas excepciones es una vía regia hacia la solución. Una de ellas es *la pregunta del milagro*, encaminada a que el cliente consiga describir una conducta clara y específica como respuesta a la pregunta sobre cómo serían las cosas si ocurriera un milagro y el problema desapareciera, es decir qué cosas serían distintas, cómo podría saberse, qué notarían los demás, etc. Una variante es *la bola de cristal* creada por Erickson en 1954, con la que el cliente se proyecta hacia un futuro exitoso, a partir de lo cual diseña por si mismo una alternativa de solución que pasa a ser la guía de la tarea (De Shazer, 1985). Otra fórmula de este enfoque es la *ubicación en una escala*, que permite contrastar la actualidad problemática con lo que podría ser la situación cuando el problema ya no exista, o también ir anotando la evolución a lo largo de las sesiones. Las *tareas arbitrarias*, por último, ponen en marcha recursos del cliente para que algo se modifique y el sistema se ponga en marcha, sin que medie para ello una comprensión causal del problema o que las tareas tengan un sentido específico. Un ejemplo de ellas se llama *escribir, leer y quemar*, ritual muy usado frente a quejas de pensamientos negativos u obsesivos: primero se *normaliza* el hecho de pensar recurrentemente en el problema como manera de procesar el padecimiento, y luego se pretenden estructurar los momentos del día en los que la persona focaliza sobre sus pensamientos negativos, a fin de darles cauce concreto y luego desecharlos (De Shazer, 1985). *La pelea estructurada*, inspirada en técnicas utilizadas por Erickson (Haley, 1973), se usa frecuentemente en problemas de pareja, produciendo un encuadre rígido y competitivo para la discusión, a fin de exacerbar su sinsentido y que esto genere un impacto emocional distinto al habitual. *Haga usted algo diferente* es un recurso clásico frente a soluciones fallidas, y consiste simplemente en probar otra reacción, sin importar demasiado cuál sea -incluso aunque fuere absurda (Haley, 1973)- en tanto no sea la misma de siempre. Al finalizar la primera entrevista es posible prescribir una tarea formal para cambiar el foco de atención del cliente sobre su pasado, promoviendo implícitamente expectativas de cambio mediante la refocalización en el presente y el futuro. Esto puede hacerse pidiendo, por ejemplo, que hasta la siguiente sesión anote qué cosas le gustaría que sigan ocurriendo, de modo de construir de modo indirecto una profecía autocumplidora (De Shazer, 1985).

3.4.4. Consolidación de resultados mediante prescripciones directas y conclusión del tratamiento.

En la medida en que se producen los primeros cambios se entra en una fase de redefinición, mediante prescripciones cada vez menos sugestivas, a fin de facilitar una adquisición indirecta de autonomía en el consultante. Se construye así un nuevo equilibrio sin padecimiento, donde las percepciones alternativas de la realidad y las nuevas reacciones ante ella se fundan en los recursos personales del paciente (Nardone & Castelnuovo, 2007).

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) plantean que cuando se alcanzan los objetivos del tratamiento en general los consultantes están de acuerdo en que es el momento apropiado para terminar, pero surjan nuevos temas para recontractar el proceso o no, en cualquier caso resulta crucial subrayar la idea de que se ha completado algo que se habían propuesto conseguir, a fin de consolidar la idea de que había un problema concreto y que este era resoluble, por más que siempre surgen nuevas dificultades en el camino vital.

Cuando finalmente se decide concluir el tratamiento, la última entrevista en terapia estratégica es clave, ya que debe cumplir con el objetivo de definir el nuevo equilibrio construido y clausurar el proceso terapéutico, consolidando la autonomía personal del consultante. Se recapitula sobre todo el proceso realizado y se explican las estrategias utilizadas como parte de un procedimiento científico, poniendo en valor, mediante sugestión positiva, la capacidad y recursos demostrados por el sujeto para encarar la solución al problema. Esto le servirá a partir de ahora para superar otras dificultades por sí mismo, responsablemente (Nardone & Watzlawick, 2007).

3.5. La relación de pareja.

3.5.1. Definición de pareja.

Guevara (2007) plantea la relación de a dos como la unidad última de lo humano, y al diálogo entre dos personas como lo ya indivisible, como la unidad mínima de lo mental, es decir de lo social como experiencia en contexto, formando parte de redes sociales. Desde esa conceptualización sistémica visualiza la construcción del yo realizándose en fuerte referencia a la construcción de las parejas de las que forma parte, y por ello constituye a la pareja amorosa en un componente crítico de la calidad de vida, ya que muchos de los fenómenos que se experimentan en ella resultan prototípicos de las relaciones diádicas entre

pares. Es dentro de esas díadas donde se calibra constantemente el eje satisfacción / insatisfacción del sujeto a partir de las cercanías y alejamientos con el otro.

Wainstein y Wittner (2003) definen la pareja como una entidad social acotada basada en la relación entre dos personas, que se comporta como una unidad o sistema y es reconocida como tal por su contexto, donde se establece una relación diádica particular de intercambio cognitivo, afectivo, corporal y económico en la que se instalan relaciones de poder, ideas acerca de la realidad, del amor, la comunicación interpersonal y la capacidad para resolver problemas como salida a los conflictos inevitables de la convivencia. En esta misma línea, Biscotti (2006) se refiere a la pareja como una construcción relacional, un espacio virtual de relación estable y prolongado en el tiempo construido por la interacción entre los miembros, sus expectativas, y las de sus contextos de origen y actuales.

Considerando las tensiones posibles dentro del espacio relacional, Bernal Mata (2006) entiende la pareja como un espacio en el que permanentemente se juega el conflicto entre el encuentro y la soledad de cada miembro. Cuando en ese espacio se presenta un sufrimiento estable, su cronificación o la posibilidad de ruptura del vínculo (Wainstein & Wittner, 2003), la terapia de pareja aparece como una opción válida para buscar la estabilización del sistema (Rodríguez Ceberio, 2007).

3.5.2. La evolución de la idea de pareja en las últimas décadas.

La pareja experimentó cambios muy significativos durante el Siglo XX. En la primera mitad, el matrimonio era su forma más frecuente y la pareja finalizaba básicamente por la muerte de uno de los miembros de la díada. Ya en las últimas décadas del siglo, las uniones consensuales pasaron a ser mayoritarias, y la causa principal de finalización pasó a ser la separación. En paralelo con estos cambios correlaciona la creciente participación de las mujeres en el mundo laboral y político, sumado a la libertad de elección respecto de tener o no tener hijos, o de tenerlos sin atarse a una situación de pareja, o que ésta sea heterosexual. A su vez, la revolución de las comunicaciones mediatizadas complejiza las relaciones interpersonales en una danza en la que el derecho al placer sexual ya no aparece unido necesariamente a la idea de pareja (Guevara, 2007). Es por eso que a terapia llegan desde parejas tradicionales casadas y con hijos, hasta parejas ensambladas después de episodios anteriores, con o sin hijos compartidos, parejas de día afuera y cama adentro, parejas separadas que sostienen vínculos íntimos más o menos frecuentes, parejas gay,

parejas con un miembro heterosexual y otro homosexual, con o sin hijos, etc. (Casablanca, 2007). Así, la experiencia del amor se amplía, diversifica y enfrenta nuevos desafíos, generando motivos de consulta y problemáticas nuevas a los terapeutas (Guevara, 2007).

En este nuevo contexto, frente a las necesidades provenientes del mundo real, las relaciones de poder en las parejas adquieren una nueva complejidad, y dentro de esto el control de los recursos financieros pasa a ser un factor importante que puede reforzar o debilitar la estructura de la pareja ya que, si bien supone la intención de reunir los recursos necesarios para enfrentar juntos una vida mejor en común, también puede ser motivo de conflicto y hasta de separación (o de evitación de la misma). Al participar de todos los momentos de la vida cotidiana, el dinero recibe atribuciones de significado diversas en cada persona, que proviniendo de sus propias experiencias y familias de origen, impactan sobre las relaciones de poder dentro la pareja y sobre la confiabilidad mutua (Centeno Hintz, 2007).

3.5.3. El amor de pareja como expresión y el mito de su incondicionalidad.

En tanto que aparece como conducta relacional, el amor en la pareja es una expresión, un verbo, una acción que toma forma tanto en el plano verbal como en el analógico. Dado que cada persona define si lo que siente -y lo que el otro le ofrece- es amor desde sus propias creencias y necesidades, el amor de pareja es finalmente un acuerdo en el lenguaje a partir de expectativas de uno y otro miembro de la díada. De este modo, la forma en que ese amor se expresa produce retroalimentaciones permanentes, confirmaciones y desconfirmaciones que determinan el nivel de satisfacción de la relación. Cuando una pareja entra en crisis es porque algo de este acuerdo se alteró, aumentando la proporción de desconfirmaciones y produciendo un sufrimiento que toma forma expresiva a través de discusiones, silencios, evitación o apatía sexual, desarrollando atribuciones negativas que si no se consiguen modificar pueden llevar al fin del amor y de la relación (Biscotti, 2007).

Es en este punto de quiebre donde Rodríguez Ceberio (2007) plantea que, toda vez que los amantes buscan en la conquista encontrar una seguridad sobre el amor del otro, se enfrentan en realidad a una falacia que se consolida finalmente en el juramento de amor eterno del matrimonio. El autor asume que el único amor incondicional que existe es el de los padres hacia los hijos, y que suponer la incondicionalidad del amor de pareja conlleva desproteger la relación por cuanto abre paso a los abusos, las descargas agresivas y el mal

control de los impulsos, dejando de lado las acciones que complazcan al otro por creer que jamás se irá de nuestro lado. La multiplicación de separaciones rompe la creencia en la incondicionalidad, dejando expuesta la contraposición entre una forma neurótica que descuida al que se ama porque se lo tiene seguro, y el reconocer que el vínculo de pareja debe ser construido y estimulado de modo cotidiano mediante un esfuerzo mutuo y constante de ajuste de expectativas, deseos y apoyos, que solo puede ejercerse desde la comunicación interpersonal.

3.5.4. El desafío del *ménage à trois*.

Existe un momento o etapa clave en el devenir del ciclo vital de toda pareja, que es el pasaje desde la fase de fusión inicial o enamoramiento entre ambos miembros a una fase de intercambio más rico, que en general es fruto de un trabajo relacional voluntario nutrido del deseo de construir y gozar en común, donde aparece la posibilidad de diferenciarse, confrontar y seguir adelante o no. Se trata del momento donde surge la relación triangular, donde a los dos miembros individuales se les suma un tercero virtual: la relación que ambos construyen y eligen en un contexto y circunstancias determinados, un territorio de intersección entre dos mundos que es co-responsabilidad recíproca en acto. Así surge el *ménage à trois*, cuando ambos miembros de la pareja incorporan la idea de que existe algo por encima de ellos, un sistema que es la relación. En psicoterapia, discriminar este tercero es funcional a efectos descriptivos, pero también a fines operativos, ya que *externalizar* la situación de interacción y evitar que se fusione con la individualidad de cada uno permite trabajar con los miembros de la pareja sobre una entidad autónoma responsabilidad de ambos: el proyecto en común (Des Champs, 2007).

3.5.5. El afrontamiento de estresores en la pareja.

En los últimos años, los desarrollos sobre estrés y afrontamiento han avanzado hacia la idea de que el afrontamiento no es un proceso individual sino que acontece en un contexto sociohistórico, y de modo muy importante dentro de las relaciones de pareja en un interjuego de habilidades, recursos e influencias recíprocas donde cada uno es afectado y reacciona a las señales de estrés del otro. Por eso, a efectos de una lectura sistémica del fenómeno relacional de la pareja actual, es preciso comprender el contexto de sus interacciones cotidianas, incluyendo todos los desafíos que enfrenta cada miembro de la

dada en las diferentes esferas vitales y en cada etapa de su propio ciclo vital, sabiendo que algunos aspectos y eventos se constituirán dentro de la pareja en un estresor más proximal que distal, más o menos controlable que otro, bien situacional o crónico, impactando de modo diverso en el estado de la relación de acuerdo también a los recursos de cada integrante (Karney, Story & Bradbury, 2005). En línea con estos desarrollos, Cutrona, Russell y Gardner (2005) proponen un modelo del soporte social para el mejoramiento de las relaciones, en el que las conductas de sostén de un compañero íntimo durante momentos de coacción ponen en movimiento toda una serie de eventos cognitivos y emocionales que fortalecen la relación previniendo conflictos y su disolución, ya que no solo impactan en lo inmediato sino también en las emociones, actitudes y comportamientos durante toda la relación. Detectar esos momentos claves y amplificar las conductas constructivas hacia el otro son una herramienta que fortalece el afrontamiento mutuo y construye el vínculo.

3.5.6. La comunicación en la pareja y sus posibles efectos sobre la salud.

Finchman y Beach (1999) resaltan el profundo impacto e implicación de los conflictos de pareja sobre el bienestar individual, señalando diversas investigaciones que dan cuenta sobre su correlación con estados depresivos, desórdenes de alimentación, abuso físico y psicológico, trastornos de ansiedad, alcoholismo y dependencia de sustancias. En términos de su influencia sobre la salud física, mencionan estudios en los que emergen correlaciones significativas entre comportamientos hostiles durante conflictos de pareja y dolor crónico, cardiopatías o incluso cáncer. En el plano de la salud familiar, surge una asociación significativa con problemas de parentalidad, desajuste y apego problemático en los hijos, mayor potencial de conflictos en la relación entre padres e hijos y entre hermanos. O'Leary y Smith (1991; citado en Finchman & Beach, 1999) puntualizan que las parejas angustiadas emiten más declaraciones negativas y menos de las positivas, mostrando mayor reciprocidad de comportamientos negativos durante las interacciones destinadas a la resolución de problemas. La clave para encontrar una manera adaptativa y salugénica de salir de estos círculos viciosos de intercambio negativo pasa por diseñar respuestas pensadas para reparar la interacción, que incluyen la metacomunicación -hablar acerca de cómo nos comunicamos- en las típicas situaciones donde se genera irritación o tristeza. De este modo, las interacciones pueden hacerse más estructuradas y previsibles (Weiss & Heyman, 1997; citado en Finchman & Beach, 1999).

3.6. Terapia de pareja.

3.6.1. De la crisis a la consulta.

Las personas suelen entrar en crisis en distintas circunstancias vitales, y esto también sucede en organizaciones como las relaciones de pareja. En tales circunstancias, la confusión y contraposición de sentimientos de los integrantes del sistema impulsan a éstos a llevar adelante acciones contradictorias o ambivalentes, reforzando intercambios disfuncionales entre ellos y con terceros del contexto cercano. Así, las ideas y acciones terminan creando o promoviendo sentimientos y emociones que deterioran el vínculo, yendo desde la bronca hasta el odio, el rencor, la angustia, la tristeza, la indiferencia, la desconfianza o la desilusión. Cuando los consultantes llegan a sesión, esa carga emocional se evidencia ante el terapeuta en el decir de sus historias, que por más que para cada uno tienen el valor de verdad se presentan como relatos subjetivos cargados de sentimientos. Esto puede aparecer de diversas formas: en el plano verbal, en el registro analógico -gestos, posturas, miradas, silencios y movimientos- o incluso de manera implícita en el diálogo de la sesión. La emoción define la forma en que percibimos al otro, y ante semejante carga emocional se dificulta la posibilidad de diálogos más creativos, de ponerse en el lugar del otro y entender su punto de vista, produciendo un círculo vicioso de malos entendidos y distancia. Esto sucede porque las personas funcionan en tres dimensiones estrechamente ligadas que se retroalimentan en una influencia circular: el orden del pensar, del sentir y del actuar. En tanto lo que pensamos, sentimos y hacemos dentro de la relación satisface nuestras expectativas, la relación puede fluir y crecer; entonces el vínculo se mantiene y se disfruta del intercambio. Cuando esas expectativas no son satisfechas, las tres dimensiones se retroalimentan negativamente produciendo padecimiento (Biscotti, 2007).

Rodríguez Ceberio (2007) explica que cuando una pareja llega finalmente a consulta es porque ha dejado de funcionar como pareja para constituirse en una des-pareja, transformando sus complementariedades en antagonismos, dejando que las partes del otro que amaban pierdan relevancia y que las negativas cobren una vigencia abrumadora, cerrándose así las vías del aprendizaje. Bernales (2012) sostiene que en tal estado de cosas la clave para salir del desencuentro es el diálogo, que implica algún tipo de experiencia compartida. Allí es donde está la oportunidad de la terapia de pareja.

3.6.2. Psicoterapia de pareja bajo el modelo estratégico.

La psicoterapia sistémica busca cambios consensuados con los consultantes para promover nuevas y mejores interacciones, además de modificaciones en las creencias que subyacen a esas interacciones. Cuando una pareja llega a terapia es porque hay dos personas que tienen áreas de interacción disfuncional que los hacen sufrir, surgido generalmente desde creencias de uno, del otro y de cómo es y ha sido la relación, que en vez de generar el cambio que cada uno manifiesta necesitan obtener nuevas negociaciones y posibilidades. Es entonces función del terapeuta ayudarla a posibilitarse una lectura diferente, una reformulación que introduzca una diferencia emocional y conductual en el sistema, un aprendizaje que resignifique el vínculo y le dé sentido (Biscotti, 2006).

3.6.2.1. El sistema terapéutico triádico. Niveles de análisis y componentes.

Para abordar a una pareja, el terapeuta sistémico discrimina dos niveles; el intrapersonal -que compete a cada miembro de la díada- y el interpersonal -que pertenece al territorio de la relación-, dos niveles que se entrecruzan y sinergizan haciendo de la pareja un fenómeno de alta complejidad donde juegan los ciclos vitales individuales y también los de la relación (Rodríguez Ceberio, 2007), relación que se constituye como una pequeña comunidad de habla, que se da forma y se mantiene a sí misma lingüísticamente mediante un estilo conversacional único (Fucks, 2007). La pareja es ese subsistema consultante que acude a terapia, y se acopla en sesión a un sistema relacional mayor, que es la particular tríada que conforma junto al terapeuta convocado: el sistema terapéutico, que es de carácter temporal y se define en torno al objetivo de resolución de un problema. Ese sistema terapéutico es donde se busca construir alianzas flexibles con la misión de resolver el motivo de consulta (Des Champs, 2007). Además de participar de estos diálogos, el terapeuta es responsable de mantener vigentes las condiciones de posibilidad para que esos diálogos sean sustentables y permitan la emergencia de cualidades nuevas o latentes, que los consultantes podrán amplificar después fuera de consulta (Guevara, 2007).

Biscotti (2007) reconoce que el terapeuta de pareja, como parte activa del sistema terapéutico, está implicado en el drama de la pareja que consulta; lo presencia y a la vez actúa dentro de él sabiendo que es una ficción, un relato subjetivo que lo emociona, lo conmueve a partir de cómo en la interacción con el sistema consultante otorga definiciones sobre uno, otro y la relación. Al mismo tiempo, el terapeuta posee sus propias historias de

pareja: la que tiene hoy, la que tuvo, la que vio, la que le prescribieron y de la que huyó, la que espera tener, etc. Y en simultáneo a todo esto se le presenta la historia de la pareja que tiene delante, la que consulta, y hasta su propia construcción sobre el rol que le cabe como terapeuta de pareja, su bagaje teórico, sus temores. Todo esto le provoca emociones y sentimientos que se hacen presentes en su mente durante la sesión. Una situación que no se puede ignorar, y que forma parte del encuadre terapéutico estratégico: el terapeuta involucrándose, formando parte con su mundo del sentir en el intercambio con la pareja, para que ello sirva como guía de curiosidad, para explorar nuevos ángulos en la relación, evaluando la oportunidad de compartir alguno de esos sentimientos con la pareja, para verificar si ese sentir también está presente en alguno de ellos y así expandir la reflexión y creatividad. Para ello es clave que el terapeuta realice un trabajo constante en relación a sí mismo, identificando situaciones que lo angustien o molesten y que tal vez conectan con su propia historia personal, en cuyo caso es vital el apoyo de colegas mediante la supervisión.

El objetivo central del terapeuta estratégico de pareja es contribuir a que cada pareja consiga intercambios más provechosos, menos dramáticos, y que posibiliten su avance en el ciclo vital de la relación. Cuando esto no se logra se producen sentimientos y emociones que reciclan la disfuncionalidad y la pareja se estanca de un modo que no siempre es explícito, pero que está allí en todo momento generando espirales irreversibles de deterioro de las que es muy difícil salir. En ese sentido, explicitar y trabajar el mundo emocional de la pareja como construcción interactiva es el mayor desafío para la intervención sistémica de pareja, ya que incluye al terapeuta mismo pensando, sintiendo y actuando en el contexto del sistema terapéutico compartido con los consultantes (Biscotti, 2007).

3.6.2.2. Organización del material clínico en primera entrevista con parejas.

Dada la complejidad del sistema consultante pareja, pueden presentarse dificultades en el trabajo clínico, tanto para evaluar su funcionamiento como para acordar los objetivos del proceso terapéutico. Frente a esto, Wainstein y Wittner (2013) proponen sistematizar el trabajo mediante una serie de organizadores del material clínico a ser desplegados durante las sesiones de primera entrevista, como proceso de definición del problema y de fijación de metas (Wainstein, 2006). La primera entrevista comienza antes de la sesión presencial con la pareja, en ocasión del llamado telefónico, donde se recogen los primeros datos formales sobre los consultantes, se pregunta por la fuente de derivación y se evalúa la

motivación al cambio. Para Tapia Villanueva, Bernal, Campos, Erazo, Fuentes y Sánchez (s.f.), el objetivo básico de estas primeras sesiones es empezar a crear una alianza terapéutica, delinear hipótesis de trabajo y organizar formalmente el proceso terapéutico, considerando que lograrlo lleva en general de tres a cinco encuentros. En esta etapa inicial, que denominan de Antecedentes y motivo de consulta, se captura información básica sobre la edad, profesión y estilo de vida de los consultantes, la historia de la relación y de las familias de origen, y se pesquisa cómo se construyó la consulta en términos del curso de acción que los llevó a terapia. También se busca saber cómo se ubican cada uno y la pareja en términos del ciclo vital y si hubo sucesos que hayan podido provocar situaciones de crisis, como hijos, duelos, mudanzas, pérdida de empleo, etc. Estas preguntas dejan entrever expectativas, distinciones y significaciones de ambos consultantes, ilustran al terapeuta sobre la pauta relacional y el clima emocional que surge de la interacción (quién toma la iniciativa, cuáles son las señales corporales que acompañan el intercambio, etc.) y le permiten organizar aspectos iniciales del encuadre para evitar complicaciones y malos entendidos (Tapia Villanueva et al., s.f.). En esta fase inicial, Wainstein y Wittner (2013) otorgan un papel clave al establecimiento de un buen contacto socio-emocional con los miembros de la pareja, evitando la construcción de alianzas con uno u otro.

En esta etapa diagnóstica acerca de las interacciones resulta operativo utilizar instrumentos de evaluación que permitan conocer cómo se percibe cada miembro de la pareja en las distintas áreas de funcionamiento de la relación (Tapia Villanueva et al., s.f.). Para esto, Wainstein y Wittner (2013) sugieren administrar la Escala de Ajuste Marital de Locke y Wallace (1959; citado en Korcoran & Fischer, 1994), adaptada al español por Carroles (1980), que es una escala autoadministrable de 15 ítems organizados en tres partes: 1) evaluación subjetiva de la Felicidad; 2) evaluación del grado de acuerdos percibidos respecto de distintas áreas relacionadas con la vida en pareja, como el manejo de finanzas, filosofía de vida, amistades, demostraciones de afecto, relaciones sexuales, formas de tratar con la familia del otro, etc.; y 3) preguntas referidas a situaciones globales. La evaluación de los resultados permite al terapeuta buscar puntos de concordancia y de diferencia, enfatizando particularmente en las áreas de acuerdos percibidos para definir con la pareja cuáles evidencian mayores desaveniencias a efectos de focalizar de forma conjunta en ellas como primer orientador del proceso de solución de problemas.

Campo (2007) recomienda trabajar en esta etapa con intervenciones orientadas a la clarificación de acuerdos y expectativas acerca de la relación, focalizando sobre tres pilares básicos de toda pareja: el vínculo amoroso, la jerarquía interna respecto del manejo del poder, y los proyectos que se esperan realizar en el presente y en el futuro. Esto adquiere un carácter diferente cuando la pareja llega a consulta porque ha decidido separarse. En ese caso el objetivo de la terapia pasa por ayudar a los miembros a mantener una adecuada distancia emocional, disolviendo su vínculo afectivo como pareja pero asumiendo la unión parental y su responsabilidad ante los hijos en caso de tenerlos (Bikel & Zanuso, 2007).

La segunda fase de la primera entrevista está destinada a definir el problema del modo más focalizado, concreto y simple posible, y a que se desplieguen los recursos disponibles en la pareja (Tapia Villanueva et al., s.f.). Es el momento de atender con precisión a las definiciones que cada uno trae sobre el motivo de consulta y a generar preguntas que permitan capturar las secuencias interactivas que sostienen el problema (Wainstein & Wittner, 2013), que son en realidad el aspecto central a pesquisar desde una perspectiva de proceso, anteponiendo esto al foco sobre los contenidos de las discusiones (la trampa que en general domina las conversaciones en otros contextos y que no conducen a la solución). Para esa comprensión procesal sobre cómo se construyó el conflicto se utilizan dos recursos clásicos: las preguntas circulares a cada miembro de la pareja acerca de la pauta de interacción (qué hace uno y el otro cuando ocurre el problema); y las preguntas por las emociones que emergen a posteriori de los contenidos y las pautas, es decir sobre el orden del sentir de uno a partir de lo que actúa el otro. Se trata de un momento clave, porque si la conversación logra rotar hacia una forma de comprensión centrada en el proceso de interacción, donde se registran las emociones propias y las del otro, puede comenzar una escucha activa y un silencio reflexivo donde se despliega el problema y comienza el proceso terapéutico. Sin embargo, la posibilidad de un despliegue precoz de esta comprensión depende del estado y predisposición con que llega la pareja a terapia, y en la detección y modulación que de ese clima emocional realice el terapeuta, ya que un apresuramiento puede poner en peligro la co-construcción de la alianza terapéutica con uno o ambos miembros de la pareja (Tapia Villanueva et al., s.f.). Recortado el problema, es el momento para identificar recursos, los puntos fuertes de la relación, es decir las áreas que la pareja considera de mayor acuerdo o directamente libres de problemas

(Wainstein & Wittner, 2013). Esto se puede rescatar con preguntas relacionadas con lo que más le gustó a cada uno del otro cuando se conocieron, lo que más valora sobre la relación, y los motivos que los han mantenido unidos a pesar de las dificultades. En ese registro no solo importa lo que se verbalice, sino también la conducta no verbal que refleje el cuidado, respeto y consideración de la pareja al hablar y escucharse (Tapia Villanueva et al., s.f.).

Wainstein y Wittner (2013) aportan tres organizadores clínicos adicionales para este momento inicial de consulta. Uno de ellos es el del ciclo vital, conceptualizado como un conjunto de etapas normativas más o menos universales de transición y cambio que -más allá de diferencias culturales, sociales o económicas- se constituyen en un reloj biológico con expectativas sociales similares. Al pensar la vida en pareja, estos autores diagraman el ciclo vital en tres fases: la de constitución de la pareja (desde su elección hasta la relación estable, sin hijos), la de expansión (que implica el pasaje del estado de pareja a familia con hijos) y la de reducción (donde los hijos se emancipan y aparece el nido vacío hasta el estado de retiro). Estas etapas normativas permiten ubicar a la pareja sobre un telón de fondo que facilita identificar dificultades habituales en función del momento vital en que se encuentren, a lo que se superponen sucesos no esperables pero que pueden producir un impacto significativo (enfermedades, accidentes, muertes, pérdida de empleo, etc.). Un segundo organizador es la evaluación relacional, visualizando los patrones de conducta actuales que sostienen el problema, enfocando más en cómo suceden las cosas en términos de interacción en la díada que en su contenido o su causa. El tercer organizador propuesto implica pesquisar tres aspectos: 1) los patrones usuales de resolución de problemas y sus resultados (no solo la forma en que cada uno reconoce, clasifica y atribuye causalidad sobre el problema, sino también la autoevaluación acerca de cuánto afecta su bienestar y qué tan controlable le resulta); 2) la motivación al cambio como compromiso con la terapia y también con el otro miembro de la pareja; 3) el estilo comunicacional, discriminando entre intercambios positivos y negativos, a fin de neutralizar lo más rápido posible los negativos e incrementar los positivos (Gottman, 2000; citado en Wainstein & Wittner, 2013).

La última etapa de la primera entrevista implica algún nivel de devolución a la pareja, realizar un cierre y organizar el proceso terapéutico. Esto incluye proponer la apertura a nuevas posibilidades de significados a fin de que se abra una brecha de esperanza y alivio acerca del futuro, y por otro lado formular objetivos terapéuticos que contemplen

metas mínimas de cambio, que sean sencillas, concretas y alcanzables para los miembros de la pareja. El proceso finaliza con la elaboración conjunta de un contrato terapéutico, que consensúa la forma que tomará el proceso clínico, tanto en aspectos formales como su frecuencia, honorarios y horarios, como de metas y foco (Tapia Villanueva et al., s.f.).

3.6.2.3. Intervenciones y precauciones en psicoterapia estratégica con parejas.

Rodríguez Ceberio (2007) plantea una serie de precauciones, que incluyen formular claramente los objetivos del tratamiento, jamás minimizar los problemas ni atribuirles un sentido característico de la propia idiosincrasia del terapeuta, circunscribirse a problemas específicos que se traduzcan en acciones para el cambio, enseñar a los miembros de la pareja a pensar de manera circular, reduciendo la complejidad y los rótulos diagnósticos, evitar intervenciones interpretativas o eruditas, pivotear en las alianzas con uno y otro miembro en una coreografía flexible que incluya desafíos creadores de entropía como vía hacia el cambio, poner en juego recursos corporales para que la intensidad emocional facilite la reformulación, buscar la recontratación del vínculo connotando positivamente acerca de los recursos del sistema y generar conciencia de equipo (tríada) para la resolución de problemas. Des Champs (2007) pone en valor la necesidad de observar en todo momento el lenguaje corporal, el registro analógico de los consultantes: las miradas, gestos y tonos de voz de cada uno en relación al otro y en relación al terapeuta; pesquisar en silencio, con mirada activa entre uno y otro para registrar la escena en su totalidad, de modo de poder determinar la valoración latente sobre el discurso verbal a base de muecas, silencios, risas, posturas corporales, inquirir con la mirada al terapeuta, esquivar la mirada a la pareja, etc. Estar atento a estas señales posibilita intervenir para interrogar sobre ellas, permitiendo o hasta provocando la respuesta del que calla, y buscando la réplica que facilite obtener información sobre cómo se negocian las escaladas simétricas. Sin embargo, el autor señala que no se trata solo de buscar los patrones de interacción cuando la pareja discute o pelea, sino también de revisar la rutina relacional cotidiana más allá de esos momentos ásperos y de desencuentro, lo que Des Champs denomina las *reglas de higiene interaccional de la ecología relacional de la pareja*, es decir cómo se desenvuelven cuando no discuten y consiguen armonizar de manera inteligente la intensidad y forma adecuados para que la interacción resulte constructiva: los recursos. Esto se pesquisa tanto en tiempo real durante la sesión como a través del relato de los consultantes acerca de su interacción

en la vida cotidiana, contemplando desde cómo funcionan los rituales del levantarse y desayunar, hasta entender si existen gestos de cariño o consideración hacia el otro.

Guevara (2007) plantea que la terapia de pareja no siempre es el camino más indicado a seguir, ya que algunos padecimientos que se manifiestan en la relación ameritan un proceso de terapia individual de alguno de los miembros. Revisando casuística, concluye que muchas terapias planteadas como individuales deberían ser terapias de pareja, o incluso terapias de familia, por lo cual pone en responsabilidad del terapeuta el seleccionar el tipo de terapia más conveniente para el perfil de consultante y el problema planteado. Cuando el abordaje de pareja resulta indicado, el autor ofrece una serie de precauciones adicionales: ayudar a la toma de decisiones del consultante sin reemplazarla, acompañando a cada miembro de la pareja a mejorar su vida y no a tratar de cambiarlo; no pensar en términos de resistencia sino de los recursos y capacidades ya existentes para expandirlos, considerando las excepciones, los problemas ya resueltos, las áreas en las que la pareja ya es exitosa y todo aquello que los une, orientándose hacia el futuro con foco en las soluciones; monitorear junto con la pareja la marcha del proceso, responsabilizándose de las entrevistas y de su diseño tecnológico pero no del cambio, buscando una descripción del problema que sea refrendada por la pareja y que los oriente en caminos propios de acción; desarrollar una ecología de la escucha y de la respuesta, proponiendo la coexistencia de distintas versiones para posibilitar una conceptualización de mayor complejidad de los fenómenos.

Wainstein y Wittner (2003) sostienen que, dado que la pareja es un sistema social de actuación unificada, es preciso que como tal decida una conducta única para afrontar las situaciones que atraviesa; esto se sustenta en una comunicación que permita reconocer y evaluar de manera conjunta los objetivos, pensamientos y necesidades de cada miembro. Para optimizar este proceso, la psicoterapia sistémica incorpora el entrenamiento en diferentes competencias de la pareja, necesarias tanto para la toma de decisiones como para desarrollar la intimidad: el entrenamiento en habilidades de comunicación, herramientas para el afrontamiento y resolución de problemas y el reconocimiento de las emociones propias y del otro como elemento clave para la resolución de los conflictos. Estos entrenamientos se concretan mediante el despliegue de una combinación cuidadosa de intervenciones y prescripciones de conducta, tanto en sesión como fuera de ella.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudio:

Descriptivo de caso único.

4.2. Participantes:

Sistema consultante constituido por la relación de pareja entre Sergio, diseñador gráfico de 33 años y Marina, masajista de 32 años, pareja adulta joven conviviente sin hijos, ambos profesionales independientes. Consulta -al año y tres meses de comenzada la convivencia en el departamento propiedad de Sergio- por desajustes en expectativas y roles, que generan conflictos de comunicación poniendo en riesgo el vínculo. Derivados desde una institución de terapia sistémica, adonde llegaron por recomendación de la terapeuta de Sergio, conforman el sistema terapéutico junto a la psicoterapeuta sistémica de orientación estratégica (psicóloga recibida en 2006, de unos 36 años de edad, con postgrados y especializaciones en temas de pareja y sexología). El informante del caso fue la psicoterapeuta, y complementariamente los admisores y supervisores del caso en la fundación, donde la terapeuta atiende pacientes y realiza supervisión desde hace 9 años.

4.3. Instrumentos:

Análisis de la Ficha de admisión y de la Historia Clínica del caso, donde figura información clave acerca de los consultantes, de la relación, genograma, fuente de derivación, el seguimiento y evolución del proceso terapéutico realizado, motivo de consulta, problema identificado, estrategia e intervenciones realizadas.

Entrevista individual semiestructurada con la terapeuta del caso, que aporta información y comprensión acerca de diferentes áreas de interés sobre el mismo: perspectiva teórica asumida por la terapeuta, motivo de consulta, idiosincrasia de la relación, áreas de conflicto, estrategia desarrollada, intervenciones realizadas, efectos reportados, setting, vínculo y alianza terapéutica, cambios producidos en la relación, etc.

Observación no participante de una sesión de supervisión, en presencia de la terapeuta a cargo del caso, la terapeuta que coordina la supervisión y otros terapeutas que participan como co-supervisores, aportando una valoración crítica de lo actuado a la fecha, desarrollando hipótesis acerca del problema y considerando los pasos estratégicos más productivos a seguir en las sesiones subsiguientes.

4.4 - Procedimiento:

Se accedió a la lectura de la historia clínica del caso y a la ficha de admisión inicial a efectos de obtener datos personales y genograma del consultante, motivo de consulta y momento y oportunidad de ejecución de las intervenciones, además del seguimiento de los progresos acontecidos a lo largo del tratamiento puntualizados por la terapeuta.

Se realizó una entrevista individual semiestructurada con la terapeuta en su consultorio, a lo largo de dos sesiones presenciales, recopilando información acerca de su formación y de su postura estratégica en relación al caso, precisando las intervenciones realizadas hasta ese momento y su impacto sobre el sistema consultante, preguntando sobre la co-definición del motivo de consulta y la evolución clínica del caso, profundizando sobre el manejo de la alianza terapéutica y su implicación personal en el sistema terapéutico.

Después de la sesión número 20 se asistió, como observador no participante, a una sesión de supervisión del caso, la cual se realiza periódicamente en la institución con la presencia de los supervisores de la fundación y otros terapeutas participantes para confrontar el curso del tratamiento y evaluar caminos estratégicos a seguir.

5. DESARROLLO

5.1. La co-construcción del motivo de consulta.

Del primer encuentro con la terapeuta a cargo del caso surge que los miembros de esta joven pareja se presentaron con alta motivación para encarar el proceso terapéutico. Siempre puntuales, nunca faltaron, llegaron juntos y participaron activamente de todas las sesiones con interés y autocrítica, alternando momentos de tensión con expresiones de buen humor, de proximidad y ternura recíprocas en el plano no verbal. Ambos llegaron con experiencia previa en psicoterapia individual y, a pesar de que llevaban poco tiempo juntos, decidieron no dilatar la consulta porque encontraron desajustes en su interacción que producían discusiones, rabietas, recriminaciones y situaciones de evitación, lo cual desestabilizaba la relación al punto, según ellos, de ponerla al borde de la ruptura. La terapeuta destaca que en procesos con parejas, tanto la motivación coincidente entre ambos miembros de la díada para con la terapia, como las expresiones de afecto visibles en el registro analógico, resultan ingredientes claves en lo que se busca como idea de cambio y en la cantidad de expectativa positiva sobre el uso del espacio terapéutico a efectos de

recuperar la relación, reconociendo que cuando estas señales no aparecen o son muy dispares, el pronóstico es pesimista. En este caso, la terapeuta observó esos indicios positivos en todo momento, resultando un elemento de cohesión crucial en un caso donde, si bien los problemas de comunicación aparecieron de modo muy precoz -en la fase del ciclo vital de la pareja que Wainstein y Wittner (2013) definen como de constitución de la relación-, su reacción también ha sido rápida para tratar de encararlos con ayuda externa.

La revisión de la ficha de admisión, de la historia clínica y de la entrevista en profundidad con la terapeuta arroja resultados coincidentes respecto de la descripción que hicieron ambos miembros de la pareja acerca de la queja inicial que los llevó a consulta, tanto desde el plano cognitivo -la explicitación de lo que hay que mejorar- como desde el plano afectivo -resaltado como malestar-, más una demanda específica sobre aquello que cada uno está dispuesto a hacer o recibir -aspecto conativo o de acción- (Casablanca & Hirsch, 2009). A su vez, de la misma información surge como, a partir de la evolución del proceso de primera entrevista, se fue fundando el sistema terapéutico que permitió co-construir el problema motivo de consulta junto a una terapeuta joven como ellos, con la que les resultó fácil compartir la informalidad de sus códigos interactivos cotidianos. Justamente, observando la forma de bromear y de proferir malas palabras de la pareja, la terapeuta hizo uso de la clásica operación estratégica de calcado de este estilo comunicacional informal a efectos de acelerar la construcción de la alianza terapéutica con la díada. Esta maniobra resulta un paso fundamental desde la perspectiva estratégica porque solo hablando el mismo lenguaje del consultante se logra establecer el clima de contacto interpersonal y de sugestión positiva que permite manipular sus acciones, propiciando la capacidad de maniobra del terapeuta y circunvalando la posible resistencia al cambio del consultante usándola como recurso (Nardone & Watzlawick, 2007).

Desde un inicio, ambos reconocieron dificultad para generar acuerdos y tolerar las divergencias. Sobre ello da cuenta en repetidas oportunidades la historia clínica del caso. Sergio apareció claramente como el más demandante en este aspecto y fue quien formuló inicialmente la queja: "Ella no me espera, hay cosas que me angustian, me siento solo. Yo voy buscando generar acuerdos, pero es difícil. Ella hace muchas cosas afuera y a mí no me queda completa una sensación de estar con ella, compartimos muy poco. Veo un problema de comunicación, de capacidad para ponernos de acuerdo y de entender cómo es el otro. Yo

trato de hablarlo pero las situaciones se repiten, entonces acumulo y me saturó, y ahí siento que la relación no da para más, que se está yendo todo al diablo". A continuación Marina explicó lo que sentía ella: "Yo le escapo a la pelea, soy complaciente, para mí el problema es que él sienta que yo no lo considero. Pero si empiezan las discusiones me aísló, me hace mal, me voy". Estos intercambios dieron cuenta rápidamente de la divergencia de estilos personales de los consultantes; sin embargo, cada uno consiguió recortar con claridad lo que deseaban de la relación, dando indicios a la terapeuta sobre los objetivos para la terapia: Marina dijo necesitar "reconectarse con lo lindo de la relación"; él expresó la expectativa de "poder convivir, sentirse bien aunque haya ideales o estilos diferentes, tener menos brecha entre los dos".

A través de la explicitación de la vida cotidiana también comenzaron a surgir en las sesiones los respectivos estilos interactivos y la forma de producir acuerdos, aspectos resaltados como claves en la entrevista a la terapeuta. En ese sentido, la presión que en el aspecto económico atraviesa a la joven pareja resulta ilustrativa del impacto potencial del contexto sobre la estabilidad de la estructura de la relación en esta etapa de su ciclo vital, exponiéndolos a la confrontación en la toma de decisiones de convivencia debido al control de los recursos financieros (Centeno Hintz, 2007). Al momento en que ella se mudó al departamento de Sergio, se había acordado que no trabajaría con sus pacientes en el domicilio (lo que sí hacía cuando alquilaba otro departamento con una amiga y sus cuatro gatos). Sin embargo, como las cuentas no cerraron para alquilar un consultorio externo, terminaron resolviendo que Marina trabaje en la casa, lo cual a ella no le molestaba pero según Sergio condicionó los movimientos hogareños de ambos, limitando la privacidad y generando rispideces que se tornaron recurrentes ya que en el plano práctico no tenían solución inmediata. Cuando a esto se sumó que, de los cuatro gatos mencionados, Marina llevó dos de ellos consigo al mudarse al departamento de Sergio, éste cuestionó tanto los llantos de los gatos como el hecho de que Marina no cierre la puerta del dormitorio para preservar la intimidad de la pareja frente a las mascotas. Todo esto dejó plasmado nuevamente el desajuste que implica la diferencia de estilos personales en la vida cotidiana, por cuanto mientras Marina considera a sus gatos casi como sus hijos, para Sergio preservar la intimidad de la pareja de todo elemento externo es un tema capital, y al colisionar los respectivos estilos no consiguen ponerse uno en el lugar del otro registrando sus

prioridades, lo que el otro necesita, para reajustar expectativas en un punto intermedio de aceptación de lo posible. Por el contrario, se desarrolla un patrón de intercambio que produce lo que Biscotti (2007) puntualiza como la *retroalimentación negativa* entre los órdenes del pensar, el sentir y el hacer, generando padecimiento: Sergio inicia reclamando y ella pendula entre aguantar o manifestar confrontando, instancia en la que se inicia una escalada simétrica que los enfrenta a sus diferencias de estilo y a sus limitaciones para negociarlas: la batalla por ganar la discusión neutraliza los afectos positivos y expone con crudeza que la relación no es incondicional, dejándolos angustiados ante el peligro de ruptura. Cuando esto sucede, él reconoce entrar en un circuito alternante entre reclamo y evitación que erosiona la confianza mutua.

La terapeuta relata un aspecto peculiar que los llevó a tomar conciencia del problema en la etapa de primera entrevista: toda vez que atestiguaron haber discutido mucho, terminaba importando muy poco el motivo inicial de la discusión y simplemente quedaban enroscados en la escalada de recriminaciones. En este sentido, fue recurrente la forma en que, frente a las ausencias y llegadas tarde de Marina durante la semana, Sergio reclamaba por el poco tiempo compartido, que no le alcanzaba, llevándolo a sentir que en este punto son diferentes y por ello la relación se tornaba asimétrica y de mal pronóstico porque temía "quedar excluido u ocupar un lugar poco importante en la vida de Marina". En esto Sergio se ponía inseguro y buscaba una solución reclamando demostraciones de interés que él suponía deberían ser espontáneas. Pero esto chocaba con lo que Marina reconoció como aprendizaje previo de su anterior pareja: "en mi relación anterior en un momento él no me prestó más atención, y para sobrevivirlo anímicamente empecé a llenarme de actividades. Yo cuando empiezo una relación doy un montón de cosas, pero una vez que la cosa se acomoda y me siento bien y estable me relajo, empiezo a centrarme más en mis cosas, como que ya está todo bien y no tengo que preocuparme de que el otro piense que no lo quiero. Es cierto: por ahí corro el riesgo de apachorrarme un poco, y entrar en la mía como hice en la relación anterior; no quiero fracasar de nuevo".

Casablanca y Hirsch (2009) plantean que el modelo del M.R.I. intenta modificar la secuencia específica de conductas que se refuerzan mutuamente al intentar solucionar el problema, no porque dicho circuito comportamental sea disfuncional o malo en si mismo, sino porque por algún motivo en el caso concreto contribuye a mantener el problema en vez

de solucionarlo. La terapeuta rescata que espontáneamente, con la riqueza de sus testimonios, la pareja facilitó la co-construcción del motivo de consulta. Describieron que en las situaciones que se tensaban al límite se asustaban y ahí retrocedían. Esto por un lado implica que las crisis los llevaban a reflexionar e intentar hacer algo distinto, pero también que como mecanismo resulta muy costoso tener que angustiarse y escalar tanto para recién en ese punto poder pensar, porque puede resentir el amor. Ambos llegaron a terapia en el preciso momento de pasaje entre el objeto ideal en donde solo se observan las virtudes -que uno atribuye, selecciona o construye en el otro-, hacia el status de objeto real donde también se observan los defectos y hace falta aceptar y negociar los aspectos que no se sienten como positivos en el otro (Rodríguez Ceberio, 2007). Buscaban un estilo común propio que los diferenciara de sus fracasos anteriores, sin elementos para comprender que las dificultades se configuran a partir de la interacción mutua mediante secuencias de comportamiento que producen circuitos autopetruantes, y que las soluciones que intentaban no solo no resultaban operativas para mejorar la situación, sino que pasaban a formar parte del problema, empeorándolo (Wainstein, 2006b) hasta el punto en que los asustó y los llevó a terapia. En esto los miembros de la pareja evidenciaron complementariedad: él se mostró demandante y posesivo, pretendiendo construir vínculo constantemente desde el registro verbal, pero como ella dice ser "cómoda" y evitativa de las confrontaciones, cuanto él más insistía ella más se aislaba, produciendo un circuito de malestar mutuo. Esta fórmula venía afectando la demostración del afecto en el día a día de manera progresiva, ya que en los pocos momentos que conseguían compartir luego de un día de trabajo intenso, lo pasaban mal. Así se resintió incluso la esfera sexual, donde la frecuencia -al momento de iniciar la terapia- se extendía (según consta en la historia clínica) a una vez cada quince días, algo poco usual en parejas tan jóvenes y de tan corta vida en común. El aspecto rescatable de la situación era que, a pesar de cómo se presentaba el fenómeno, ambos testificaban que se iban a dormir y al día siguiente en general no acusaban un deterioro significativo en el afecto hacia el otro.

En el curso de las sesiones la evidencia acumulada en la historia clínica confluyó en que los circuitos problemáticos mencionados eran gatillados básicamente por dos cuestiones que pasaron a constituir el motivo central de consulta: por un lado un desajuste de expectativas respecto del rol que cada uno espera del otro en una relación de pareja, que

se sustentaba en estilos personales diferentes y en función de lo aprendido de las respectivas experiencias previas; a esto se sumaban las formas que cada uno adoptaba para expresar/demostrar el amor a la pareja (conductas y gestos concretos que se ponen en juego para que el otro sepa que se lo ama y lo sienta), presuponiendo que su compañero decodifica esas señales de modo equivalente, en definitiva soslayando las diferencias de estilo y no logrando empatizar con los códigos del otro para adecuarse y encauzar su satisfacción. En esta etapa tan precoz de la pareja, cada uno hacía aquello que esperaba del otro, y ayudaba de la forma en que quería ser ayudado, pensando que así el otro obtendría satisfacción y lo retribuiría con un comportamiento similar. La terapeuta explica que la insistencia sobre esta concepción errónea de la empatía contribuía a la cristalización del problema: ambos asumían estar aplicando la mejor solución posible al conflicto, cuando en realidad lo reforzaban. Todo esto confirmó lo que Eguiluz (2007) plantea como una cierta incompatibilidad de las formas con las que cada uno va construyendo y reconstruyendo el mundo, impactando en la manera de decodificar la experiencia compartida.

En términos del ciclo vital de la relación, Marina y Sergio ya habían salido de la idealización y fusión inicial previa a la convivencia -donde según ellos los viajes de vacaciones eran perfectos y se divertían juntos todo el tiempo- para pasar al reto de construir la relación en el mundo real de la vida cotidiana en función de un perseverante trabajo conjunto en pos de un proyecto común, aquello que Des Champs (2007) define como la relación *triangular*, la presencia de un tercero virtual que es la relación en sí, el desafío del ménage a trois, que implica externalizar la situación para poder pensarla y cuidarla fuera de la subjetividad de cada integrante de la díada. En esto nuevamente el impacto del tema económico amplificaba el ruido potencial de expectativas y estilos, presentándose un tanto desparejos en términos del proyecto profesional individual; Sergio aparecía como muy organizado y seguro en este plano, ganando más dinero que ella, que como trabaja con el cuerpo si quedara embarazada perdería clientes poniendo en riesgo su construcción profesional e impulsándolos al mismo tiempo a un nivel de gastos que con un ingreso solo no podrían afrontar, y donde la propiedad actual no ofrecería lugar suficiente para un bebé. Todo esto contribuyó a que la discusión de un proyecto familiar quedara fuera de agenda como posible motivo de consulta inmediato, dando cuenta de cómo puede impactar el dinero sobre las relaciones de poder dentro cada pareja y sobre la confiabilidad

mutua o el proyecto familiar (Centeno Hintz, 2007). Sin embargo, la compatibilización de los proyectos profesionales se construyó en sesión como una esfera de oportunidad para apoyarse mutuamente y donde había cosas por hacer. La terapeuta informa que en ese plano el intercambio resultó promisorio; Marina dijo: "los problemas son difíciles de resolver y yo no tengo soluciones concretas. A él puedo darle apoyo emocional cuando viene con un problema, decirle que va a estar todo bien, pero no se me ocurren otras cosas". Sergio en cambio mostró un abordaje práctico y creativo en esta esfera, dándole contención y encuadre concreto al desborde de Marina. Sin embargo, la terapeuta considera que este balance todavía hoy resulta frágil y aún no consiguen verlo del todo como una fortaleza del vínculo, ya que para Marina "Sergio podría ponerse más del lado de la contención y no tanto desde el ta ta ta racional solamente", y Sergio acusa "el peso y responsabilidad de ser el cable a tierra de ella cada vez que se desborda".

Dentro del proceso de primera entrevista, al pesquisar las distintas esferas de la relación, el tema sexual emergió como un aspecto que producía ansiedad en Sergio y lo impulsaba a cierta evitación: la historia clínica da cuenta de que reportó episodios periódicos de eyaculación precoz más alguna situación esporádica de disfunción eréctil parcial, lo cual resultó coherente con un patrón más generalizado de ansiedad de rendimiento y de falta de deseo en general, que en el caso de Sergio se extendía a otras áreas personales que él se encontraba trabajando en terapia individual, como la esfera laboral, donde no terminaba de disfrutar los logros que conseguía por su estilo marcadamente perfeccionista. Esta explicación de Sergio permitió a la terapeuta desestimar que la falta de deseo pudiera deberse a un problema hormonal del joven, por lo cual se descartó la recomendación -habitual en personas de más edad- de visitar a un andrólogo. En tanto para Marina esto no aparecía como un problema -dijo que preferiría tener mayor frecuencia, pero refería pasarlo muy bien en sus encuentros sexuales y que solo le daba tristeza que a él esto lo ponga nervioso, lo cual ella maniobraba exitosamente para ambos restándole valor a la preocupación de Sergio-, y dado que la pareja llegaba a terapia en un momento muy agudo de tensión por dificultades en otras esferas, la terapeuta refiere haber optado por poner la dificultad sexual planteada por Sergio en un plano secundario dentro de la estrategia terapéutica hasta tanto mejorara la interacción cotidiana y que esto en todo caso tomara un lugar relevante desde la demanda del sistema consultante.

5.2. La estrategia terapéutica desarrollada.

La terapeuta informa que, construido el motivo de consulta y detectados los circuitos interaccionales que sostenían el problema, buscó capitalizar el alto compromiso y colaboración de la pareja con el proceso terapéutico planteando el trabajo como un proceso de mejora continua, centralizado en la unificación de conductas para la toma de decisiones y el desarrollo de la intimidad, aspectos para los que Wainstein y Wittner (2003) sugieren el entrenamiento en habilidades de comunicación, herramientas para el afrontamiento y resolución de problemas y el reconocimiento de las emociones propias y del otro como instrumento para la resolución de conflictos. Trabajaría sobre esto sin un plazo limitado en cantidad de sesiones, pero focalizándose en tres ejes:

- la construcción de formas concretas de acordar y acoplar expectativas para disminuir las oportunidades de confrontación que surgen ante las diferencias de estilo personal.
- el desarrollo de mecanismos de detección precoz de los roces a fin de interceptarlos e intentar algo distinto antes de entrar en una escalada simétrica, como manera de evitar que se resienta el amor y que el tiempo juntos resulte más gratificante.
- la expansión de las formas de expresar el amor, para que ambos perciban la cercanía del otro (más allá de la cantidad de tiempo compartido) y que esto siga funcionando como el motivo que los sostenga unidos más allá de las dificultades.

La terapeuta explica que estos tres ejes de trabajo persiguieron el objetivo central de buscar un punto medio alcanzable en términos de amalgama de los estilos personales, pero orientándose hacia una restricción del potencial del cambio en cuanto a obtener un balance perfecto de expectativas, toda vez que la demanda de tiempos y consensos al convivir y desarrollar proyectos en común se acentúa mucho y resulta de un carácter muy diferente al del noviazgo sin cohabitación. Esta conceptualización del límite del proceso resulta coherente con el planteo de O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) respecto de centrarse en lo que resulta susceptible de cambio, y no por ejemplo en características relativamente fijas de las personas, como en este caso el perfeccionismo e inseguridad personal de Sergio. La predisposición y compromiso evidenciado por esta pareja en las sesiones podía considerarse un *hándicap* para la terapeuta a efectos de intentar aplicar intervenciones directivas, prescribiendo comportamientos y tareas concretas con las que pudiera ir

construyéndose un modelo de interacción alternativo, un conjunto de patrones que la pareja se apropiara y desarrollara de modo autónomo fuera del contexto terapéutico.

Dado que en muchos aspectos los estilos personales de cada miembro de la pareja resultaban complementarios en un sentido positivo, parte de la estrategia terapéutica consistió en reformulaciones, buscando resignificar aspectos de la idiosincrasia del otro que enriquecen y completan la experiencia compartida, haciendo de la pareja un sistema funcional. En este sentido, se desarrolló la idea de que lo peligroso no es la diferencia sino la rigidez en el patrón de interacción que desplegaban, al no conseguir empatizar con su disparidad de estilos, encapsulándose en sí mismos y perdiendo comprensión de la relación como el tercero a construir en conjunto para entrar en una etapa más madura. Para ello, cobró relevancia subrayar las pequeñas cosas que unen a la pareja, junto a las habilidades y recursos que pueden detectar entre ambos para ponerlos en valor, resaltando también las excepciones, es decir las situaciones en que la interacción resulta positiva (Guevara, 2007).

En términos de estrategia para la continuidad del proceso después de la sesión número 20, resalta lo debatido en supervisión respecto de que, a partir de la mejora espontánea que manifestaron los consultantes en la frecuencia de sus encuentros sexuales como parte del efecto secundario de la irradiación del cambio en sus interacciones cotidianas (De Shazer, 1985), y del éxito que se había obtenido en bajar la ansiedad de rendimiento de Sergio por medio de la subestimación del problema por parte de Marina, estaban ya dadas las condiciones para hablar del tema sexual y consolidar la mejora en esa esfera. Es por ello que la terapeuta informa en la entrevista que, al momento de realizar con la pareja el primer balance general del proceso, apuntó a incluir este aspecto dentro de la nueva agenda de trabajo, resaltando que junto con ello, y dada la magnitud de la diferencia de estilos personales, sería crucial que se continúe trabajando en esto último a fin de evitar recaídas (Wainstein, 2006b).

5.3. Las intervenciones llevadas a cabo.

En consonancia con Wainstein (2000), que postula la reformulación, reencadre o modificación de la visión del problema como el objetivo central y la intervención que define el campo de toda psicoterapia, la terapeuta del caso da cuenta en la historia clínica del uso de este recurso estratégico de manera constante a lo largo de las sesiones. Esto implicó no solo construir visiones panorámicas diferentes acerca de los problemas, sino

sobre todo producir experiencias emocionales correctivas a partir del ejercicio de conductas concretas y cotidianas por parte de los consultantes en torno a sus interacciones en el espacio relacional de la pareja, a fin de codificar de nuevo su percepción de la realidad, pero siempre desde una congruencia con sus estilos personales y expectativas.

En el caso de esta joven pareja, la mera oportunidad de acceder a un espacio para trabajar la relación resultó de por sí terapéutico, bajando la ansiedad en torno a las crisis y facilitando las tareas de reformulación. La terapeuta no encontró dificultades para sostener las reglas básicas del encuadre y el respeto mutuo y la cercanía afectiva que ambos miembros de la pareja se prodigaban hizo que no fuera necesario realizar entrevistas por separado, recurso que Biscotti (2006) sugiere utilizar cuando la sesión se constituye en un espacio más de confrontación. Inicialmente las sesiones fueron semanales, pero ante la dificultad económica que esto implicaba -por superponerse con el costo de las terapias individuales- el paso a una frecuencia quincenal produjo en el sistema consultante una manifestación de dificultad frente a las recaídas, motivo por el cual la terapeuta propició la construcción de un espacio de autonomía, prescribiendo la tarea directa de ejercitar una "sesión imaginaria" sugiriéndoles que, el día y hora que les tocara sesión en la semana libre de terapia, fueran a tomar un café afuera del departamento a fin de dialogar sobre la relación, tejiendo hipótesis conjuntas sobre qué devolución haría la terapeuta acerca de sus intercambios. En este caso, ante la aparición de dificultades, la *sesión imaginaria* podría funcionar de algún modo como una variante simplificada de la pelea estructurada, donde se ofrece encuadrar de manera alternativa el escenario de la confrontación a efectos de propiciar un resultado distinto (Wainstein, 2006b), pero al mismo tiempo les permitiría salir del ámbito sugestivo de la sesión para ir desarrollando autonomía en la pareja para la discusión de los problemas. La pareja tomó la sugerencia con humor demostrando su compromiso con el proceso, e hizo uso frecuente de este recurso con provecho inmediato, enriqueciendo además el balance quincenal que llevaban a sesión con la terapeuta.

Durante el proceso de primera entrevista, la co-construcción del motivo de consulta permitió pesquisar que en esta relación de tan corta vida en común ya se realizaban acuerdos, pero de manera tácita y presuponiendo la comprensión del otro sin tomar en cuenta sus respectivos esquemas personales. Es por ello que en la cuarta sesión la terapeuta prescribió la tarea individual de escribir cuál era el ideal de cada uno para llevarlo escrito a

la siguiente sesión, con el objetivo de aprender a negociar y llevar adelante acuerdos. En esa sesión de devolución, se sugirieron las primeras alternativas a los intentos de solución fallidos, indicando que cuando vieran que estaban escalando cualquiera de los dos frenara, buscaran regularse un poco y recién después volvieran a charlar al respecto. De este modo se buscó alterar la pauta habitual de comportamiento que definía la ocurrencia del problema, modificando su intensidad (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990). Un mecanismo recurrente en la relación entre Marina y Sergio dentro del proceso terapéutico fue que en sesión ambos comprendían la forma alternativa de encarar estas dificultades y se ponían en acción en la semana, pero que a los 10 días ya estaban en problemas nuevamente, debiendo reformular constantemente para no caer en roces y evitaciones, y reconociendo que les costaba acomodarse mutuamente. Ver esta dificultad permitió a la terapeuta poner en marcha intervenciones de restricción del cambio y de anticipación de recaídas, a fin de que ambos estuvieran muy atentos a la forma de expresar tanto el amor como los problemas. Este mecanismo de detección temprana fue adoptado por la pareja y comenzaron a interceptar las situaciones conflictivas para poner un freno, permitiéndoles pelear menos.

En el plano del fortalecimiento de las emociones positivas, se pesquisó qué de lo lindo que tuvieron al principio de la relación, que hacían antes, podía empezar a recuperarse a fin de generar empatía mutua. Al hablar de esto notaron que cada uno ayudaba en realidad de la forma en que pretendía ser ayudado, y que lo mismo sucedía con las cosas que a cada uno lo hacía sentirse querido y entendido. Como esto no venía generando los resultados que cada uno esperaba debido a que las diferencias de estilo impactan en la forma de expresar el amor, la terapeuta propuso realizar un ejercicio de Gottman y Silver (2001) que denominó *los mapas de construcción del amor*, cuya misión es ponerse en el lugar del otro y conocer mejor las formas peculiares en que éste espera que se exprese el amor, a fin de producir experiencias que a cada uno le den las señales que está esperando de la relación, disminuyendo las demandas y reclamos, e incrementando la satisfacción y la confianza mutua para poder enfrentarse a las dificultades y conflictos. La tarea consistió en que cada uno, para la siguiente sesión, anotara tres cosas con las que creía que expresaba amor a su pareja, y otras tres cosas que fueran formas en las que suponía que el otro sentía que recibía amor. Todo esto construido desde afirmaciones del tipo "yo hago tal cosa porque creo que le va a gustar, o espero tal cosa de él/ella porque aprendí eso en mi hogar de origen". A la

sesión siguiente Marina leyó sus notas: "yo siento amor cuando él me acepta como soy, cuando me contiene y cuando nos reímos. Y creo que Sergio siente amor cuando siente apoyo, escucha y contención, pero también cuando yo no le rompo las bolas". Sergio en cambio mencionó: "yo siento amor cuando siento su compañía, cuando veo que hay un proyecto en común y cuando estamos siendo cariñosos entre nosotros. Y creo que Marina siente amor cuando compartimos más tiempo juntos, cuando hablamos y cuando la tengo en cuenta". Al leer los tres en voz alta estas notas, ambos se sorprendieron y quedaron pensativos, pero Sergio percibió la diferencia de estilos y temió que siempre la estará esperando y que puede ocupar un lugar poco relevante en la vida de Marina, reflatando la demanda insatisfecha. Frente a esto la terapeuta aplicó una reformulación, proponiendo que cantidad de tiempo no es necesariamente tiempo de calidad, que la clave sería la calidad del tiempo que pasan juntos, que ese tiempo lo disfruten, los satisfaga; ambos acordaron 100% en esto. Al mismo tiempo, se realizó un inventario de las actividades de cada uno para encontrar oportunidades de pasar más tiempo juntos, buscando un punto intermedio de negociación entre el reclamo de Sergio y el estilo personal de Marina, que la pone en riesgo de desatender la relación si no consigue empatizar con esta necesidad de seguridad de él. Dentro de la misma línea, se prescribió sorprender al otro con dos o tres gestos lindos o amorosos, pero sin decirlo al compañero, para luego en sesión preguntar a cada uno en qué cosas creía que el otro buscó sorprenderlo y qué le pasó con eso. Esta intervención apuntó primero a provocar más experiencias de expresión del amor, un efecto emocional, sin buscar la comprensión racional del fenómeno que limitaba estas expresiones. O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), dentro del enfoque centrado en las soluciones, plantean que rara vez el saber por qué se come demasiado sirve para frenar el apetito o cambiar los hábitos, más allá de que lo característico del cambio es que éste es contagioso y suele multiplicarse en distintas partes del sistema. Realizar la actividad fue muy divertido para la pareja y permitió demostrar con acciones que importa mucho más la calidad del tiempo que comparten y los gestos de expresión emocional del amor que la cantidad de veces que se ven, bajando la ansiedad de Sergio sobre el compromiso de Marina. A partir de esto, Marina cambió algunos horarios y manifestó sentirse más conectada con Sergio y con la casa, informando que había comenzado a decorarla para ponerle su propia "onda". Ante todo esto Sergio expresó su alegría y la compartió en sesión.

La historia clínica da cuenta de que, promediando el proceso terapéutico, surgió un acontecimiento en el que quedó evidenciada la forma diversa en que ambos decodificaban ciertos temas y el desajuste de expectativas entre lo que Marina esperaba y lo que Sergio hacía en concreto. Uno de los dos gatos que Marina no mudó al departamento de Sergio tuvo que ser internado y finalmente murió. Ella esperaba que Sergio percibiera la crisis y el duelo que esto representaba para ella, pero él no la acompañó y solo consiguió dimensionarlo después de hablarlo mucho con Marina. Sergio finalmente realizó un mea culpa y se fortalecieron. La terapeuta reporta que, mediante una maniobra de psicoeducación, sugirió entonces no esperar a que el otro mágicamente decodifique la expectativa propia, y que cuando el otro no entra en sintonía con uno es preciso dar alguna señal más explícita porque no tiene manera de conocer todo lo que pasa dentro de nuestra cabeza. Luego se realizó un ejercicio de modelado durante la sesión acerca de la escucha del problema del otro para darle contención emocional, en un "como si" donde se pregunta "¿y vos qué harías en esta situación?", "y vos, ¿cómo te sentís cuándo él/ella hace eso de esa manera?", preguntando de qué otra manera podría encararse, ensayándolo la pareja en la sesión de manera directa y luego actuando un cambio de roles entre ambos -como técnica psicodramática que apunta a incrementar la intensidad emocional, amplificando la capacidad persuasiva de la intervención- para guiarlos a una experiencia de conducta alternativa frente a los problemas, que luego puedan aplicar a la vida cotidiana fuera de sesión y consigan reformular la experiencia conjunta (Wainstein, 2000).

En un caso como éste, la connotación positiva de los estilos de cada uno -y su complementación potencial con el otro- resultaba crucial para negociar acuerdos y fortalecer el sentido positivo de estar en una relación. Por ello, la terapeuta realizó lo que O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) definen como intervención de *normalización* y *despatologización* en cuanto a que es esperable que surjan diferencias entre dos personas adultas que provienen de mundos y experiencias distintas. Frente a una discusión muy fuerte durante la semana previa a una sesión, en plena época previa a las fiestas de fin de año, Sergio apareció describiendo la pelea como "muy fuerte y con amenazas de separación; para mí algo se rompió". Sin embargo hubo coincidencia entre los tres integrantes del sistema terapéutico respecto de que había mucho amor e intensidad pero que por factores externos que los sacan de quicio (problemas de dinero frente a las vacaciones,

básicamente) Sergio estaba "con la mecha corta" y se fastidiaba con facilidad. Para consolidar esta reformulación, la terapeuta prescribió una tarea inspirada en los ejercicios de Gottman y Silver (2001) de *acercamiento cotidiano* y *yo aprecio*, que consistió en que cada uno anotara adjetivos sobre su pareja y contara una situación común en la que cada uno de esas cualidades se viera reflejada. A la siguiente sesión, ella leyó sus resultados: "él es creativo, honesto e imaginativo" y él dijo que "ella es amorosa, alegre, confiable, vivaz y honesta". En este tipo de ejercicios en que cada uno cuenta los ejemplos, Des Champs (2007) destaca que es muy importante pesquisar cómo se despliega el lenguaje no verbal de la pareja: al realizar la devolución ambos se rieron mucho, estuvieron muy conectados y amorosos el uno con el otro. Sobre esta base emocional se reflató el tema económico de las vacaciones, preguntando qué características del otro lo complementa a cada uno. Sergio habló sobre la "simpatía, sociabilidad y positividad de Marina" y ella habló del "análisis global con creatividad de Sergio", que le da orden a su vida, que si fuera por ella "es muy desbolada". La reformulación pasó nuevamente por rescatar que lo peligroso no es ser diferentes sino el ser muy rígidos y no aprovechar las diferencias de estilo. En la siguiente sesión, ambos relataron que Sergio volcó cifras en una planilla de Excel anotando todos los gastos, y que esto les permitió renegociar sus vacaciones para ir al lugar donde habían soñado, charlando juntos y llegando a un nuevo acuerdo satisfactorio.

5.4. Los cambios producidos en la relación de pareja.

Durante la entrevista realizada, la terapeuta manifiesta que a lo largo del proceso, aún en curso, utilizó distintos momentos claves de la consulta para realizar un balance conjunto con el sistema consultante, a fin de recibir una devolución y ajustar la estrategia. La pareja reconoció en muchas ocasiones que, a partir de la detección precoz de los roces, habían podido regularse mejor en la interacción, y que haber especificado ciertas características del estilo personal y expectativas del otro los había ayudado a empatizar para ponerse en su lugar, de modo de intentar acomodarse mutuamente de un modo más satisfactorio. La normalización de los desajustes de estilo como algo comprensible permitió a la pareja desdramatizar rápidamente el problema y ponerse a trabajar en la construcción de acuerdos ya en las sesiones iniciales, beneficiándose de la psicoeducación para aprender a negociar y a apoyarse mutuamente de modos más empáticos y satisfactorios para el otro. Asimismo, la comprensión de las necesidades del compañero llevó a la modificación de

conductas concretas, organizando el espacio de la pareja de un modo más solidario y provocando más cantidad y calidad de encuentros, lo cual ratifica el carácter contagioso del cambio desde una esfera a otra del sistema relacional (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990). Por otro lado, dejando las cosas en claro Sergio pasó a reclamar menos, bajando su ansiedad, poniéndose menos intenso y consecuentemente predisponiendo mejor a Marina; eso mejoró la relación en general y permitió que el tiempo que pasaban juntos resultara mucho más disfrutable y sin peleas. Se concluyó que si consiguen sostener esto el pronóstico es bueno, pero que es clave aceptar que son dos personas que tienen estilos personales distintos, y que no llegar a un punto medio perfecto todo el tiempo no significa la ruptura de la pareja. La terapeuta puntualizó esto a ambos en función de construir un sistema colaborativo al respecto, sabiendo que cuando surgen discusiones la sensación de alarma es más potente para Sergio que para Marina, pero que ella también -luego del proceso realizado- tiene llaves maestras en su poder para desarmar el circuito.

De la historia clínica surge que las periódicas rispideces ante los estresores cotidianos, sobre todo en el plano económico y laboral, requirió de ajustes sucesivos, continuando actualmente las intervenciones de restricción del cambio y de anticipación de recaídas. La política de introducir cambios mínimos en la vida cotidiana -para buscar el deseado efecto de *espiral benevolente* u onda expansiva (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990)-, tuvo impacto inmediato, ya que comenzaron a llevar a sesión inquietudes para pasar más tiempo juntos desarrollando pequeños proyectos en común, como ir a jugar tenis o ir a jugar ping pong al SUM del edificio, que son actividades que hacían al principio de la relación, con las que refirieron divertirse mucho pero que habían dejado de realizar.

A pesar de que hasta la sesión número 20 (coincidente con supervisión) el tema sexual no había sido encarado en términos de intervención, en el balance de esa consulta ambos informaron una mejora sostenida al respecto, desde una frecuencia quincenal como máximo -o incluso de hasta de 1 vez al mes- a una vez por semana, indicando que lo disfrutaron más y que por momentos Sergio adquiere un mejor control de la eyaculación. Los dos mencionaron estar más relajados y Marina puntualizó estar donde quiere esta respecto de Sergio y de la relación. Si bien este efecto secundario del proceso permite verificar el aspecto de irradiación del cambio en psicoterapia (De Shazer, 1985), habiendo visto las dificultades de la pareja para acomodarse mutuamente en términos de estilo, la

terapeuta volvió a realizar una restricción del cambio para comprometer a Sergio y Marina con un trabajo sistemático de mantenimiento al respecto, tanto en sesión como fuera de ella, anticipando posibles recaídas a partir de las exigencias del contexto y de los futuros proyectos personales y en común, que los pueden dejar expuestos a sus diferencias idiosincráticas. En este sentido se sugirió a Marina no "apachorrarse" en términos de expresión del amor y de otras emociones positivas, no dejarse estar y fortalecer la confianza, y a Sergio realizar un esfuerzo especial para intentar reemplazar la objeción y la amplificación del desajuste respecto de sus altas expectativas por la idea de disfrutar el bienestar de base que estaban pudiendo construir juntos. De este modo se realizó el balance haciendo una comparación entre el circuito conductual con el que llegaron a terapia y el que consiguieron construir durante los meses de proceso conjunto, reconociendo la pareja un crecimiento mutuo y de la relación. En este sentido, desde el punto de vista didáctico, el proceso realizado por la terapeuta confirma la conclusión de Nardone y Watzlawick (2007) respecto de que es el obrar concreto y la experiencia emocional lo que produce el cambio, en una sucesión de movimientos que tienden a producir modificaciones específicas, que posteriormente se refuerzan y se vuelven concientes en la etapa de redefinición cognitiva.

Como corolario de este balance, y en concordancia con lo surgido de la sesión de supervisión del caso, la terapeuta confirma que surgió el consenso acerca de cómo ampliar el proceso a otras áreas, pero sin desproteger los aspectos fortalecidos por considerárselos fundacionales para sostener el clima relacional. Dejando de lado por el momento una idea de familia con hijos por considerarla inviable desde el punto de vista económico y de proyecto laboral de cada uno, los nuevos temas de trabajo serían la sexualidad por un lado - buscando la dimensión del disfrute, la relajación y la comprensión de las ganas de cada uno-, y los proyectos profesionales, donde todavía no se sienten consolidados y, donde si bien cada uno gestiona esto desde su terapia individual, en el caso de Marina ella puede beneficiarse de la capacidad de Sergio para organizarse, transformando esta característica de él en una oportunidad de apoyo y expresión del amor que fortalezca la relación.

6. CONCLUSIONES.

La elección del caso expuesto en este trabajo respondió a una intención didáctica dirigida a describir el abordaje implicado en el modelo estratégico de psicoterapia sistémica breve del Mental Research Institute, aplicado específicamente a procesos clínicos con

parejas. Esto se concretó mediante el seguimiento de un caso real, en el que se pudo visualizar la puesta en acto de un dispositivo orientado al cambio del comportamiento para solucionar un problema relacional, verificando las consecuencias de su aplicación.

Las características propias del caso y la riqueza de la documentación aportada por la terapeuta a cargo del mismo, permitieron ilustrar de manera fehaciente la forma en que el modelo estratégico aborda los problemas de interacción comunicacional en una díada a fin de facilitar la solución de los problemas co-construidos en el campo del sistema terapéutico, pudiendo cumplirse el total de los objetivos propuestos en el trabajo y con ello la finalidad didáctica del mismo. De este modo se consiguió ejemplificar con claridad la forma en que se va configurando una interacción disfuncional como problema de comunicación, hasta cristalizar un circuito autoperpetuante, incluyendo las soluciones intentadas por quienes participan del vínculo, para pasar luego a la forma en la que durante el proceso conjunto dentro del sistema terapéutico se co-construye el motivo de consulta para resolver aquello que constituye el problema desde la visión del consultante. La forma de trabajo de la terapeuta a cargo facilitó el recorte del planteo estratégico encarado, llegando con facilidad a la ilustración de muchas de las intervenciones descriptas previamente en el marco teórico. Esto fue encarado por la terapeuta sin acudir a sesiones individuales, en función del consenso percibido entre ambos participantes del sistema consultante respecto de la naturaleza del problema. El balance de gestión del cambio realizado entre la terapeuta y el cliente permitió evaluar los cambios acontecidos en el sistema consultante a partir de las intervenciones puestas en acto, posibilitando contrastar el antes y el después del proceso, y anticipando los riesgos de posibles recaídas sobre el circuito previo de cara a la continuidad de la terapia, que continúa en curso.

Respecto de posibles líneas de estudio futuras, se destaca que si bien fue posible ejemplificar muchas de las intervenciones propias del modelo estratégico, la particularidad del caso y su problemática -centrada en un desajuste de expectativas y roles dentro de una relación de relativamente corta duración, pero sin atravesamientos de sucesos vitales significativos-, no permitieron abordar ciertos aspectos importantes que acontecen dentro de la vida de otras parejas, sobre todo de aquellas que llevan más tiempo juntas y donde ya sea la aparición de hijos, duelos, enfermedades, infidelidad, pérdida del trabajo u otros acontecimientos significativos, producen un impacto relevante sobre la complejidad de la

relación, generando motivos de consulta diferentes a los que impulsaron el caso abordado en el presente trabajo.

A pesar de la amplia disponibilidad y riqueza de los testimonios surgidos de las entrevistas, de la historia clínica y de las sesiones de supervisión, el presente desarrollo se concretó a partir de las limitaciones que implican participar de una instancia de residencia sin contar con matrícula profesional y de la necesidad de garantizar la intimidad de los consultantes. El análisis habría adquirido mayor precisión de haberse observado de manera directa a la pareja en Cámara Gessell, o bien mediante grabaciones de las sesiones. Pero el acceso al caso fue posterior a la entrevista de admisión -que no había sido videograbada- y la derivación a la terapeuta fue hacia su consultorio particular, por lo que no fue posible ver a los consultantes en sesión. Observarlos habría enriquecido el aporte a la comprensión de las interacciones, sobre todo en el registro no verbal, donde se plasman de manera muy visible los aspectos emocionales del vínculo, además de permitir un contraste fehaciente entre lo reportado por la terapeuta en sus registros y lo que construía la pareja durante el hecho terapéutico, sobre todo la escena corporal, el meta-lenguaje analógico de sus miradas, gestos y tonos de voz (Des Champs, 2007).

Por último, y ya desde una perspectiva crítica sobre el proceso analizado, se considera que durante la etapa de primera entrevista podría haber resultado significativo que la terapeuta pesquisara con mayor profundidad los modelos de pareja y los patrones de interacción aprendidos tempranamente por ambos consultantes en sus respectivas familias de origen, a fin de enriquecer la comprensión de los estilos personales que cada integrante de la díada lleva a la relación actual (Biscotti, 2006), constituyendo su desajuste el motivo de consulta. Se asume que esta información podría haberse indagado en sesiones individuales, o incluso en el contexto de la sesión de pareja para continuar co-construyendo una narración conjunta.

El trabajo realizado armonizó de manera singular con las prácticas realizadas en la institución donde se cursó la residencia, desde donde se derivó y supervisó el caso abordado. Éstas agregaron una riqueza importante para la integración de los conceptos que configuran el modelo estratégico, no solo por el aporte conceptual y bibliográfico facilitado -tanto por la terapeuta como por los didactas de la institución-, sino también por la posibilidad de acceder al conocimiento y debate acerca de gran cantidad de casos concretos

que amplificaron la comprensión del trabajo terapéutico desde el enfoque sistémico, reflejando la complejidad de las interacciones humanas en sus contextos sociales y el aporte significativo que la psicoterapia puede realizar para que las mismas resulten más funcionales y ecológicas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bernales Matta, S. (2007). La pareja y el habla. En L. Eguiluz, (Comp.), *El baile de la pareja: trabajo terapéutico con parejas* (pp. 23-55). México: Pax.
- Bernales Matta, S. (2012). *Clínica de la pareja*. Recuperado de https://www.academia.edu/3605316/clinica_de_la_pareja_.pdf.
- Bikel, R. & Zanuso, L. (2007). Hasta que la muerte nos separe...Divorcio: duelo, reparación y correlaciones judiciales. *Sistemas familiares*, 23 (2), 59-69. Buenos Aires: ASIBA.
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de pareja: una mirada sistémica*. Buenos Aires: Lumen.
- Biscotti, O. (2007). Emociones y sentimientos en la terapia con parejas. *Sistemas familiares*, 23 (1), 75-83. Buenos Aires: ASIBA.
- Biscotti, O. (2007). Preguntas acerca del amor: límites en la terapia de parejas. *Sistemas familiares*, 23 (2), 139-143. Buenos Aires: ASIBA.
- Campo, C (2007). Infidelidad conyugal: dificultades de manejo en la terapia de pareja. Propuesta de un modelo de intervención. *Sistemas familiares*, 23 (2), 29-43. Buenos Aires: ASIBA.
- Casablanca, R. (2007). La terapia de pareja heterosexual en la cultura postmoderna y argentina de hoy: un desafío a la creatividad y ética de los terapeutas. *Sistemas familiares*, 23 (2), 19-28. Buenos Aires: ASIBA.
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Santa Fe: Centro de publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Centeno Hintz, H. (2007). Reflexiones sobre los aspectos afectivos y financieros en la relación matrimonial. *Sistemas familiares*, 23 (2), 70-78. Buenos Aires: ASIBA.

- Cutrona, C.; Russell, D. & Gardner, K. (2005). The relationship enhancement model of social support. En T. Revenson; K. Kayser & G. Bodenmann (Eds.). *Couples coping with stress: emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 73-95). Washington: APA.
- De Shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- Des Champs, C. (2007). Ménage à trois y otras variaciones relacionales de la psicoterapia de pareja. *Sistemas familiares*, 23 (2), 118-125. Buenos Aires: ASIBA.
- Des Champs, C. (2007). Psicoterapia de pareja: fe en el vínculo o el desafío del ménage à trois. En L. Eguiluz, (Comp.). *El baile de la pareja: trabajo terapéutico con parejas* (pp. 113-138). México: Pax.
- Eguiluz, L. (2007). Prólogo. En L. Eguiluz, (Comp.). *El baile de la pareja: trabajo terapéutico con parejas* (pp. ix-xvii). México: Pax.
- Fincham, F. & Beach, S. (1999). Conflict in marriage: implications for working with couples. *Annual Review of Psychology*. 50: 47-77. DOI: 10.1146/annurev.psych.50.1.47
- Fucks, S. (2007). La relación de pareja como organización social: desafíos y oportunidades. *Sistemas familiares*, 23 (1), 5-25. Buenos Aires: ASIBA.
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2013). *Family therapy: An overview*. California: Books/Cole. Recuperado de <http://www.nelsonbrain.com/content/9781133795070>. Pdf.
- Gottman, J. & Silver, N. (2001). *Siete reglas de oro para vivir en pareja. Un estudio exhaustivo sobre las relaciones y la convivencia*. España: De Bolsillo.

- Guevara, L. (2007). Consideraciones sobre la ayuda profesional a parejas humanas y la noción de diálogos sustentables. *Sistemas familiares*, 23 (2), 5-18. Buenos Aires: ASIBA.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. & Richeport-Haley, M. (2003). *The art of strategic therapy*. New York: Brunner Routledge.
- Karney, B.; Story, L. & Bradbury, T. (2005). Marriages in context: interactions between chronic and acute stress among newlyweds. En T. Revenson; K. Kayser & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 13-32). Washington: APA.
- Nardone, G. & Castelnuovo, G. (2007). La terapia de pareja con el enfoque estratégico breve evolucionado. En L. Eguiluz (Comp.). *El baile de la pareja: trabajo terapéutico con parejas* (pp. 1-21). México: Pax.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2007). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez Ceberio, M. (1998). *Epistemología y psicoterapia: Hacia la construcción de un nuevo paradigma*. Recuperado de <https://www.scribd.com/doc/83873401/01-Epistemologia-y-Psioterapia-Ceberio>.
- Rodríguez Ceberio, M. (2007). Relaciones de desparejas: observaciones de un equipo sistémico en el tratamiento de disfunciones de pareja. *Sistemas familiares*, 23 (1), 38-63. Buenos Aires: ASIBA.

- Rodríguez Ceberio, M. (2007). Se mata a quien se quiere. Los juegos del mal amor. En L. Eguiluz, (Comp.), *El baile de la pareja: trabajo terapéutico con parejas* (pp. 23-55). México: Pax.
- Tapia Villanueva, L., Bernal, S., Campos, S., Erazo, R., Fuentes, X. & Sánchez, S. (s.f.). *La primera entrevista en Terapia de Pareja*. Instituto Chileno de Terapia familiar. Recuperado de <http://www.terapiafamiliar.cl/web/UserFiles/File/PrimeraEntrevistadePareja.pdf>
- Wainstein, M. (2000). *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Buenos Aires: Eudeba.
- Wainstein, M. (2006a). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. & Wittner, V. (2003). Enfoque psicosocial de la pareja. *Psicodebate*, 4, 131-144.
- Wainstein, M. & Wittner, V. (2013). *Herramientas para la organización del material clínico en terapia de pareja*. Terapia de pareja, familia y redes sociales. Módulo 2. Cátedra de teoría y técnica de la clínica sistémica. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.