

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Trabajo Final Integrado

**Análisis descriptivo de una terapia
de pareja desde el modelo sistémico-estratégico**

Fernando Folgueiro

Tutora: Dra. Nora Gelassen

Buenos Aires, abril de 2019

INDICE

1. Introducción	4
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. Marco Teórico	5
3.1 Antecedentes del modelo del Mental Research Institute y sus influencias clínicas....	5
3.1.1 Teoría General de los Sistemas.....	6
3.1.2 Teoría de la Cibernética.....	7
3.1.3 Pragmática de la comunicación humana.....	7
3.1.4 Modelo Estructural.....	8
3.2 Modelo de terapia del Mental Research Institute de Palo Alto.....	9
3.2.1 Fases dentro del proceso terapéutico.....	11
3.2.2 Posibles intervenciones.....	13
3.3 La relación de pareja.....	15
3.3.1 El divorcio.....	16

3.4 Terapia de pareja dentro del modelo del Mental Research Institute (MRI).....	18
3.4.1 Fases en la terapia de pareja.....	21
4. Metodología.....	22
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Participantes.....	22
4.3 Instrumentos.....	23
4.4 Procedimiento.....	23
5. Desarrollo.....	23
5.1 Presentación del caso.....	24
5.2 Descripción de la problemática conyugal en torno a la comunicación al momento de la consulta.....	25
5.3 Descripción las intervenciones aplicadas a resolver los problemas de comunicación desde el abordaje sistémico de terapia de pareja basado en el modelo estratégico de terapia breve.....	28
5.4 Análisis cómo resuelve su problemática conyugal en relación al divorcio al finalizar la terapia.....	32
6. Conclusiones.....	34
7. Referencias bibliográficas.....	37

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se deriva de la práctica de habilitación profesional realizada en un Centro privado dedicado a la psicoterapia. Dicha institución, ubicada en el barrio de Belgrano, se encuentra destinada tanto a la formación de profesionales de la salud mental como al tratamiento psicoterapéutico de pacientes. El abordaje teórico principal que toma el Centro se da dentro del modelo sistémico de psicoterapia, específicamente el desarrollado por el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, el cual se basa en una terapia centrada en el problema.

La práctica tuvo una duración de 280 horas, divididas en un promedio de 20 horas semanales. Tres cuartos de las horas semanales se destinaron a tareas dentro de la institución, las cuales incluían asistencias a casos en cámara Gesell, reuniones de supervisión de terapeutas y cursos de formación sobre distintas temáticas que ofrece el Centro. Las restantes horas se completaron, de forma remota, con asignaciones de investigación sobre recursos para pacientes con distintas patologías.

Dentro de los distintos grupos de trabajo con los que cuenta la institución, se encuentra uno destinado específicamente a la terapia de pareja. Este equipo cuenta con reuniones de supervisión semanales, así como con la posibilidad de llevar pacientes a la cámara Gesell. Durante la práctica se tuvo la posibilidad de asistir forma regular a las reuniones de supervisión y a la observación de casos en cámara Gesell, lo cual permitió adentrarse dentro del modelo terapéutico aplicado a parejas dentro del Centro. Asimismo, el hecho de que el centro cuente con la digitalización de todos los casos (incluyendo historia clínica, admisión y todas las sesiones, algunas de las cuales se encuentran filmadas), permitió seleccionar un caso de terapia de pareja ya finalizado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Analizar el abordaje sistémico de terapia de pareja desde el modelo del Mental Research Institute (MRI) en una pareja con problemas de comunicación y en riesgo de divorcio.

2.2 Objetivos específicos

- Describir la problemática conyugal en torno a la comunicación al momento de la consulta.
- Describir las intervenciones aplicadas a resolver los problemas de comunicación desde el abordaje sistémico de terapia de pareja basado en el modelo estratégico de terapia breve.
- Analizar cómo resuelve su problemática conyugal en relación al divorcio al finalizar la terapia.

3. MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes del modelo terapéutico del Mental Research Institute y sus influencias clínicas

El abordaje del modelo sistémico de terapia vio la luz a partir de la conjunción de distintos desarrollos teóricos previos al mismo. Tal como explica Camacho (2006) es dificultoso trazar los límites de qué queda dentro del modelo sistémico debido a la proliferación de las distintas escuelas sistémicas, todas ellas con distinto énfasis en diferentes conceptos teóricos y clínicos. Resulta también especialmente complejo establecer cuáles fueron los antecedentes directos del modelo terapéutico del *Mental Research Institute* (M.R.I.), ya que éstos fueron múltiples y variados, y a la vez distribuidos a lo largo del tiempo y los lugares.

De todas formas, teniendo en cuenta esta aclaración, se puede repasar algunas de

las teorías que vieron la luz a principios del siglo XX y marcaron un cambio de rumbo en el paradigma científico contemporáneo, y a su vez influyeron en el moldeamiento de un nuevo modelo teórico y clínico de psicoterapia.

3.1.1 Teoría General de los Sistemas

Una primera aproximación, se puede ubicar en la teoría general de los sistemas. Esta fue desarrollada por Ludwing Von Bertalanffy y ayudó a sentar las bases para empezar a referirse a un sistema como un todo, diferente a la suma de sus partes, con límites determinados, con particularidades e intencionalidad propia (Fernández Moya, 2010). La teoría general de los sistemas sirvió para inaugurar una nueva perspectiva dentro de la ciencia, más holística e integradora, estimulando el trabajo transdisciplinario y la comunicación fluida entre diferentes especialistas y especialidades (Arnold & Osorio, 1998).

Este desarrollo teórico vio su influencia en la práctica clínica psicológica de distintas maneras. En un abordaje más tradicional de lo que implica un sistema, se toma a los individuos como unidades fundamentales y a la familia o pareja como el sistema en sí. Esto luego derivó en otras concepciones alrededor de lo que significa un sistema en la práctica terapéutica siendo que la conjunción entre cliente y terapeuta representan un sistema, o inclusive un solo individuo y sus acciones y los significados que éste atribuye son un sistema en sí mismo (Beyerach & Rodríguez Morrejón, 1994). En esta línea, Wainstein (2006) advierte que al intervenir sobre un sistema, el terapeuta pasa a formar parte de él.

En este sentido, tal como explican Espinal, Gimeno y González (2006) el enfoque sistémico no se da a partir de las distintas personalidades de sus miembros sino a partir de ver el sistema como algo con identidad propia y donde se entrelazan las distintas relaciones de los individuos que lo conforman. La familia es, entonces, una Gestalt, una totalidad más allá de la suma de sus partes.

Por otra parte, otra implicancia clínica de analizar los individuos en función de

sistemas es el conceptualizar las interrelaciones de los distintos elementos del sistema bajo la causalidad circular. Esto hace referencia a que cualquier variación en una de las unidades básicas del sistema, termina por afectar al resto. Luego, por el mecanismo de retroalimentación, las unidades ahora modificadas vuelven a afectar al primer elemento. Será suficiente entonces, un pequeño cambio en alguno de los componentes del sistema, para que una vez advertido este, transforme a los demás y esta transformación vuelva a afectar al componente que inició el cambio y, de esta forma, al sistema en su totalidad. Esto hace que pierda sentido la visión tradicional de causa y efecto, en pos de una interacción de carácter circular entre los distintos elementos y subsistemas dentro del sistema global (Beyerach & Rodríguez Morrejón, 1994).

3.1.2 Teoría de la Cibernética

Relacionada con esta última característica de los sistemas, se encuentra otra teoría que ejerció una gran influencia sobre el abordaje sistémico de terapia, esto es la teoría de la cibernética. Esta teoría, cuyo nacimiento se puede situar a mediados del siglo pasado, estudió diferentes mecanismos relativos a los sistemas. Entre los más relevantes, se encuentra el concepto de retroalimentación (Camacho, 2006).

Esta retroalimentación o feedback puede ser negativa, relacionado con lo que se conoce como el cambio de primer orden, lo cual mantiene la estabilidad del sistema; o positiva, relacionada con el cambio de segundo orden, el cual habilita el cambio. En este marco, el terapeuta ya no es alguien que actúa por fuera del sistema, sino que forma parte del mismo, siendo partícipe de la homeostásis o induciendo el cambio (Wainstein, 2002).

3.1.3 Pragmática de la comunicación humana

La pragmática de la comunicación humana o también conocida como teoría de la comunicación humana, también influyó en gran medida en el desarrollo del modelo sistémico. Ésta hace referencia a cómo la comunicación afecta a la conducta humana. Es así que el estudio de la pragmática de la comunicación se centró en los diferentes

circuitos de comunicación y en las pautas que se desarrollan al comunicarse, así como también en los efectos que la comunicación tiene sobre los distintos sistemas. El aporte más importante de esta teoría es la convicción de que la conducta humana es en su naturaleza comunicacional, de manera que esta no se presenta a partir de cómo está constituida la persona aisladamente sino según su interacción con el resto de individuos (Bertrando & Toffanetti, 2004).

La teoría de la comunicación humana se vale básicamente de cinco axiomas principales. El primero se refiere a la imposibilidad de no comunicar o no producir conductas, con lo cual se deja atrás la visión de que la comunicación sólo se da de forma intencionada. El segundo se refiere que toda comunicación contiene dos aspectos; por un lado el contenido en sí del mensaje y por otro el aspecto relacional de toda comunicación, o sea lo que transmite es la relación entre los individuos. Un tercer axioma se refiere a la puntuación, en el sentido de cómo se organizan los acontecimientos comunicativos y en la manera en que los diferentes patrones de comunicación afectan el vínculo comunicacional. Un cuarto axioma se refiere a los aspectos verbales y no-verbales de la comunicación, también clasificada como digital y analógica, siendo que ambos aspectos conviven en la interacción comunicacional. Por último, un quinto axioma se refiere a la simetría o complementariedad de toda comunicación, según se base en la igualdad o en la diferencia de los participantes, lo cual definirá las acciones de éstos mismos al momento de comunicar (Wainstein, 2002).

3.1.4 Modelo Estructural

Por último, el modelo estructural desarrollado por Salvador Minuchin en la década de 1970 fue el que terminó de asentar las bases del modelo sistémico. Este modelo, basado en la terapia familiar, se focalizó en el contexto y en la inclusión de los distintos miembros familiares. La familia, bajo esta mirada, es un ente dinámico sobre el cual, al operar una transformación, habilitará la posibilidad de cambio. En este sentido, el terapeuta se une a la familia para modificar su funcionamiento, el cual, en ausencia del terapeuta, será mantenido el cambio por los mecanismos de autorregulación (Minuchin, 1977). En este sentido, tal como explican Viaplana, Muñoz,

Compañ y Montesano (2016) bajo este modelo teórico se hace foco en la estructura familiar y la forma organizacional que esta adopta. Así, las interacciones que se suceden en esta estructura, se derivan de la misma, dando lugar a ciertos roles y éstos a la vez, influyendo en las conductas de los individuos.

3.2 Modelo de terapia del Mental Research Institute de Palo Alto

Como corolario de estos desarrollos teóricos, durante la segunda parte del siglo XX se dio lugar en el M.R.I. de Palo Alto, California, a un tipo de terapia breve basado en el modelo estratégico de psicoterapia. Tal como remarcan Casabianca y Hirsch (1992), este nuevo modelo terapéutico supo amoldar los desarrollos teóricos previamente mencionados, adaptándolos a la practica clínica. Reyes Martos (2006), por su parte, destaca el aporte hecho por la Teoría Sistémica, y en particular, rescata la rigurosidad científica y epistemológica en la que se formó el grupo de científicos del M.R.I.

Los primeros avances en el desarrollo de la practica clínica en relación a los antecedentes teóricos previamente descriptos fueron realizados por el llamado grupo de Palo Alto. Por un lado, Gregory Bateson trabajó en Palo Alto desde 1952 a 1962, centrando sus esfuerzos en la paradoja de la comunicación humana y trabajando con pacientes principalmente esquizofrénicos Además de Bateson, formaban el equipo nombres como Weakland, Fry, Haley y Jackson. Por su parte, al terminar el proyecto, Jackson fundó el M.R.I. en Palo Alto (Cibanal, 2013).

Los antecedentes teóricos sobre los que se monta el modelo sistémico, sirvieron para correr el foco anterior y dar lugar a un cambio de perspectiva que hizo mella de forma sustancial en la práctica clínica. El énfasis puesto anteriormente en el individuo y en su propio conocimiento, viró en torno al contexto que acompaña el individuo, entendiéndolo como parte de un sistema mayor que él mismo. Del mismo modo, se produce un desplazamiento del análisis del pasado hacia el aquí y ahora. Una visión más pragmática, entonces, llega con este cambio de paradigma teórico, dándole mayor importancia a la solución de la problemática que aqueja al consultante en lugar de

planteos y cuestionamientos acerca del por qué se dan estos problemas (García & Wittezaele, 1994).

El modelo del MRI contiene un abordaje sistémico en tanto respeta los siguientes principios: la conducta de un individuo altera el comportamiento de aquel con quien se relacione, la estabilidad de relación entre individuos es lo que hace que formen parte de un mismo sistema, las conductas son significadas por los miembros del sistema y se organizan en torno a la interdependencia y la jerarquía, y, por último, todo sistema se somete a fuerzas opuestas de cambio y estabilidad (Casabianca & Hirsch, 1992).

El tipo de terapia desarrollada en el MRI se denomina estratégica, al centrarse en el problema, y consiguientemente en su solución. A la vez, al ser focalizada y centrada en un tipo de problemática presentada, se procura la brevedad, con lo cual se apunta a reducir el síntoma y resolver el problema en pocas sesiones, marcando una gran diferencia con otros modelos psicoterapéuticos como el psicoanálisis (Watzlawick & Nardone, 1992).

El foco, bajo este modelo estratégico de terapia, está puesto en el momento presente, en la solución de los problemas actuales. El pasado, en este sentido, sirve para la reconstrucción de la historia clínica, y a su vez, para conocer soluciones previas intentadas a la problemática que se trae al proceso terapéutico. De esta forma se llega a un acuerdo común sobre el objetivo de la terapia (Watzlawick & Nardone, 1992). Pero el modelo estratégico es esencialmente pragmático: busca la solución al problema actual. Por eso se pone el foco siempre en el aquí y ahora. Esto no quiere decir abandonar cualquier interés por el pasado ya que este puede ser el determinante de varias de las conductas actuales. Pero justamente cobra interés frente a la problemática actual, la cual, de todas formas, resulta de un intento de adaptarse a la situación actual que se le presenta al individuo (Vargas Ávalos, 2004).

Este modelo de terapia centrada en la solución parte de la confianza en los recursos ya existentes de los consultantes. Así es que se asume que quienes empiecen

con el proceso terapéutico cuentan con capacidad suficiente para enfrentarse a sus problemas de manera exitosa. El terapeuta, entonces, debe ubicar estas capacidades, marcándoselas al consultante para que este haga uso de aquellas. En este sentido, se dice que este es un tipo de terapia que rechaza el normativismo, ya que no tiende a comparar al paciente con una norma o regla determinada. Por lo tanto, no juzga a partir de un modelo estandarizado de salud, sino que acepta a los consultantes tal cual son, limitándose a intentar que se produzca el cambio necesario para solucionar los problemas que los aquejan (Beyerach & Rodríguez Morrejón, 1994).

Por otra parte, los síntomas según el modelo estratégico del M.R.I son resultado de fallos en los intentos de cambio. Dentro de este modelo de terapia, los problemas son expresiones disfuncionales dentro del sistema. Los que primero hay que hacer entonces, es definir el problema, el cual surge de un consenso entre el terapeuta y el paciente. Luego de esto, se van fijando metas, teniendo en cuenta beneficios posibles y cambios mínimos que habiliten los objetivos (Fernández Maya Ed., 2010).

3.2.1 Fases dentro del proceso terapéutico del modelo del M.R.I

Tal como detalla Wainstein (2006) hay una serie de fases que se deben dar en todo proceso terapéutico. En primer lugar, y en relación al primer contacto que se tiene con el paciente, se enfatiza la necesidad de establecer un contacto positivo y de entender el lenguaje del paciente. En esta primera entrevista se debe registrar cierta información clave para empezar la terapia. Es importante que se registre la queja inicial y el por qué se consulta ahora. A la vez, se debe hacer un recorrido por las soluciones previas intentadas, y en caso de tratamientos anteriores obtener información sobre los mismos. En cuanto al motivo de consulta, Watzlawick y Nardone (1992) sostienen la importancia de la construcción conjunta del mismo, entre el paciente y el terapeuta, tratando de llegar a un acuerdo sobre el motivo específico y los objetivos y expectativas en relación a este. Vinculado con esto, Casabianca y Hirsch (1992) enfatizan la necesidad de registrar la motivación del paciente al momento de iniciar la consulta.

En cuanto específicamente a la definición del problema, el paciente trae una

queja inicial que luego es moldeada por la intervención del terapeuta hasta ir convirtiéndola, de forma conjunta, entre consultante y terapeuta, en un motivo de consulta específico. Este puede o no coincidir con la queja inicial traída por el paciente, en función de lo que el paciente considere más importante (Casabianca & Hirsch, 1992).

Una vez definido el motivo de consulta, se debe llegar a un acuerdo sobre los objetivos de la terapia. En este sentido, Wainstein (2006) define a este acuerdo como una suerte de contrato entre ambas partes, paciente y terapeuta, el cual sirve para organizar el proceso terapéutico, evitando la ramificación en objetivos múltiples y dispersos, así como la sensación de agotamiento que puede devenir de no tener límites precisos y alcanzables y así ver a la mejora como algo que nunca se termina ni alcanza. Del mismo modo, la fijación de objetivos en la terapia, además de servir como guía, tanto para el consultante como para el terapeuta, sirve para bajar las expectativas del paciente en relación a la terapia. Watzlawick y Nardone (1992) sugieren además, que el hecho de contar con objetivos precisos, permiten la posibilidad de ir controlando la progresión durante el proceso, revisando los avances efectuados durante el mismo. Esto, a su vez, sugiere positivamente al consultante, al aumentar su confianza en la terapia, y devolviéndole un rol activo en el proceso terapéutico.

Beyerach y Rodríguez Morejón (1993), por su parte, establecen una serie de características que deben cumplir los objetivos. Entre ellas señalan que, en primer lugar, deben ser relevantes para los consultantes. De la mano del rechazo al normativismo anteriormente señalado, surge la idea de que no es el terapeuta quien se encarga de fijar un modelo de persona o familia funcional, sino que es el propio cliente quien fija sus objetivos en base a lo que él considera importante. Por otra parte, los objetivos deben ser lo más concretos posibles. Esto es, cuanto más trasladables sean a conductas específicas, mejor. Es por eso que es conveniente evitar metas abstractas como “ser feliz”. Relacionado a esto, una tercera característica que se propone es la de fijar objetivos alcanzables. El terapeuta sigue sin entrometerse en el contenido del objetivo, pero sí en que tan realizable es, desalentando así objetivos poco realistas. Una cuarta característica se refiere a la conveniencia de formular los objetivos en positivo. Dejar de hacer determinada conducta no es tan buena idea para ponerse como meta en vez de

proponerse empezar a hacer otra conducta en detrimento de la que se quiere modificar. Por último, es importante que se describan los objetivos interaccionalmente. Esto se refiere a que no queden como una enumeración de objetivos aislados, sino que se piense cómo van a afectar al sistema en su conjunto y la posible red de reacciones alrededor del cumplimiento de cada objetivo.

En una etapa subsiguiente, dentro del modelo estratégico, el terapeuta debe observar sobre qué se monta la problemática presentada. Siguiendo esta línea, Watzlawick y Nardone (1992) señalan que el terapeuta deberá evaluar sobre cuál área conviene intervenir principalmente: sobre la interacción entre el sujeto y sí mismo, la interacción entre el sujeto y los demás o la interacción entre el sujeto y el mundo (o ambiente social). Dentro del modelo sistémico en cuestión no se trata de aislar una de las tres áreas y hacer foco exclusivo sobre ella. Más bien todo lo contrario: cualquier tipo de disfuncionalidad operando en una de estas áreas va a provocar que las otras dejen de funcionar óptimamente. En este sentido, las tres áreas son interdependientes y se influyen de forma recíproca. Lo que sí es válido dentro de este modelo terapéutico focal, es hacer un diagnóstico sobre cómo funciona esta reciprocidad, e intervenir primero sobre aquella área que afecte más directamente al paciente, ya que de esta forma, y mediante esta misma circularidad, se terminará afectando al resto de las dimensiones.

3.2.2 Posibles intervenciones

Dentro del ámbito de la psicoterapia, se denominan intervenciones a aquellas formulaciones por parte del profesional en cuestión, aplicando principios y técnicas psicológicas, con el fin de ayudar a los pacientes con sus problemas. Así, también se suele referir como intervenciones a aquellos enunciados mediante los cuales el terapeuta facilita el cambio en las conductas, creencias, formas de interactuar y relatos a través de los cuales organizan la realidad los pacientes (Wainstein, 2006).

En cuanto a las intervenciones en sí hechas por el terapeuta durante las distintas sesiones, pueden ser varias y de distinta naturaleza. Siempre se apuntará a producir

cambios concretos en la problemática presentada, pero esta inducción al cambio puede presentarse de distintas formas. El terapeuta puede evaluar oportuno intervenir de manera más directiva, o al revés, optar por intervenir paradójicamente. En cualquier caso, se busca romper con el ciclo que cristaliza la problemática en cuestión, orientando al paciente hacia cambios mínimos en la dirección de vencer sus resistencias (Watzlawick & Nardone, 1992).

Un tipo de intervención muy común en el modelo estratégico del MRI son las reformulaciones. Este recurso usado por el terapeuta consiste en darle nuevos sentidos e interpretaciones a las diferentes visiones que tiene el paciente en relación a determinadas situaciones. Así, el terapeuta busca cambiar el marco bajo el cual el paciente interpreta su situación concreta, por otro que se adapte mejor a su realidad. En este sentido, no se busca cambiar el acontecimiento en cuestión, sino lo que se pretende es alterar el significado de ese acontecimiento en pos de uno más funcional. Por lo general, lo que se busca es una redefinición positiva de determinado síntoma o connotar positivamente un determinado problema (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Un segundo tipo de intervenciones ampliamente utilizadas en este modelo terapéutico son las sugerencias. Estas actúan no como una prescripción directa u orden por parte del terapeuta, sino más bien como una opción a considerar. Lo importante de esta intervención, y que se diferencia de otras más directivas, es que le otorga un margen de decisión al paciente, siendo que si este decide no llevar a cabo la sugerencia, no va a ser enmarcado como una desobediencia al terapeuta sino como una elección por parte del consultante (Casabianca & Hirsch, 1992).

Otro tipo de intervención que se suele utilizar en el modelo sistémico son las intervenciones directas. En este tipo de formulaciones, el terapeuta adquiere un rol activo, prescribiendo de manera directa la realización de ciertas conductas o acciones por parte del paciente. Estas suelen ser indicaciones explícitas, y muchas veces adoptan la forma de tareas o consignas a realizarse entre la sesión en cuestión y la próxima sesión. Es recomendable este tipo de intervenciones para pacientes colaboradores y con poca resistencia al cambio (Wainstein, 2006).

Diferentes en su naturaleza a las anteriores, se encuentran las intervenciones paradójales. Básicamente, y de forma contraria a las intervenciones directas, en este tipo de intervención lo que se hace es solicitarle algo al paciente con la intención de que haga lo contrario. Estas intervenciones suelen ser utilizadas en pacientes con mucha resistencia al cambio y poco colaboradores, donde el terapeuta lo que hace es aceptar esta resistencia y usarla a su favor, en lugar de luchar contra ella. Así, una típica intervención paradójal es la prescripción del síntoma, donde se le sugiere que siga con el comportamiento que se considera problemático. De esta forma, el paciente desafiante puede optar por seguir resistiéndose a la prescripción y así cambiar el comportamiento o síntoma en cuestión, o acatar la sugerencia del terapeuta, corriéndose momentáneamente del lugar de resistencia permanente (Wainstein, 2006).

Por último, otra intervención común en este modelo es el de formular preguntas circulares. Estas preguntas se diferencian de las preguntas lineales, donde lo que se busca es establecer una relación de causa y efecto lineal. En contraposición al carácter lineal, lo circular hacer referencia a lo recíproco y complejo, a una red de efectos que se desenvuelven dentro de cada sistema. En este sentido, las preguntas circulares son coherentes con el marco sistémico sobre el que se monta el modelo de terapia estratégico del MRI. Hay muchos tipos de preguntas circulares e infinitos ejemplos particulares de estos, pero generalmente se tratan de preguntas de una naturaleza triádica, esto es, un miembro de la familia es puesto a responder sobre la relación entre otros dos miembros, o sobre la relación de un miembro ante determinado problema (Feixas, 2013).

3.3 La relación de pareja

En el marco de la psicoterapia, es importante distinguir las posibles partes de la relación terapéutica. En este sentido, no es lo mismo cuando el paciente identificado es un solo individuo que cuando se acerca a consultar una pareja. Una primera aproximación a la definición de pareja es aquella que hace referencia a una relación basada en el consenso, significativa para ambos integrantes y con algún tipo de

estabilidad y perdurabilidad en el tiempo. Luego, se suceden varios matices entre las diferencias de una pareja a otra, respondiendo muchas veces a cambios culturales y personales. En este sentido, no existe una definición simple de pareja (De la Espriella Guerrero, 2008).

Más allá que cuando convencionalmente se hace referencia a la pareja es a la unión de dos personas, lo cual podría considerarse una estructura simple, tal como explica De la Espriella (2008) esto no se presenta así en la práctica. Al contrario, la pareja suele ser una estructura llena de contrastes e inestabilidades, sumamente compleja y distinta a los individuos que la integran; diferente a la suma de sus partes.

Esta complejidad se ve reflejada en la cantidad de aspectos tanto sociales, económicos, legales y políticos que atraviesan la pareja, tal como describe Reich (1993). La definición de pareja se superpone muchas veces con la de matrimonio, y en este sentido, para acotar la concepción de pareja se pueden establecer ciertas características comunes tales como la cohabitación en una misma casa, el reconocimiento social, algún tipo de ceremonia de establecimiento y alguna extensión en el tiempo. Otras características que se pueden agregar, a los fines de estrechar aún más la definición de pareja es que haya una relación de amor, la existencia de hijos y el carácter monógamo de la relación. Incluyendo estas últimas características a la definición de pareja, se ve cómo esta aparece inmersa como un subsistema dentro de un sistema más amplio que es la familia (De la Espriella Guerrero, 2008).

Guevara (2007), por su parte, analiza la relación de pareja como la relación social más fundamental, el prototipo de interacción social entre dos personas. Partiendo desde una visión sistémica, cada individuo se construye en función a las interacciones con su contexto y, en ese sentido, la pareja emerge como la referencia más significativa para la construcción personal de cada uno.

3.3.1 El divorcio

El divorcio, como punto final a la relación de pareja se ha normalizado y

extendido en las últimas décadas en la mayoría de las sociedades occidentales. Más allá de la indeseabilidad de este desenlace por parte de los miembros de la pareja, en muchos casos termina resultando lo más adecuado y sano para la pareja y los hijos si los hubiere (Vallejo Orellana, Sánchez-Barranco Vallejo & Sánchez-Barranco Vallejo, 2004).

Gottman (1994) llevó a cabo un seguimiento de cientos de parejas, constituyendo una de las evidencias empíricas más robustas alrededor de la temática del divorcio. En base a estas observaciones concluyó en una serie de factores que facilitan la estabilidad de la pareja, mientras que otros operan a favor del divorcio de la misma.

En primer lugar, y en relación a las conductas de interacción entre los miembros de la pareja, se encontró que entre los factores que inducen al divorcio se encuentran un mayor número de intercambios negativos que positivos, la capacidad de inducir emociones negativas en el otro, el inicio violento de las discusiones, negarle la influencia en la toma de decisiones de la pareja a la esposa, y la no aceptación de los intentos de reparación. En relación a las conductas interactivas, también se incluye como factores aparte, la presencia de los que se denominan como los “Cuatro Jinetes del Apocalipsis” debido a su gran peso predictivo de separación. El primero de estos es el criticismo, el cual alude a la crítica que descalifica al otro como persona y no a una determinada conducta. En segundo lugar, se encuentra la defensividad, la cual consiste en adoptar una postura de víctima y recriminar al otro. Un tercer Jinete es el desprecio, lo cual denota una actitud de poca valoración de su pareja. Y por último, se encuentra la indiferencia, la cual se traduce en una situación de huida enmascarada frente a la discusión o crítica (Gottman, 1994).

Además de las conductas interactivas, se encuentra la percepción, individual y del otro, lo cual incluye el contexto y todo aquello que la pareja siente y piensa pero no dice. Como predictores del divorcio en relación a la percepción, Gottman (1994) incluye una percepción negativa del subtexto, esto es, la sensación que más allá de la literalidad de la frase dicha hay un dejo de negatividad en el interlocutor y su mensaje. Además de esto, se consideran factores que atentan contra la estabilidad de la pareja la dificultad en observar la positividad, las atribuciones negativas respecto de la personalidad del otro,

visiones negativas sobre la historia conyugal y el sentirse solo y distante.

Por último, en relación a factores fisiológicos, Gottman (1994) establece una serie de predictores de divorcio entre los cuales destaca una activación de la fisiología de forma difusa y con carácter crónico, cierta incapacidad para tranquilizarse o tranquilizar a la pareja y, por último, la presencia de una inmunosupresión crónica.

Otro factor interesante y llamativo que agrega Gottman (2000) como posible causa de insatisfacción causante de divorcio es la llegada de los hijos. Este acontecimiento tan importante en la vida de una pareja es, a su vez, causante de una gran fuente de conflictos, donde más de dos tercios de las parejas reportan una baja en la satisfacción alrededor de la pareja. Esto se debe a distintos motivos, desde el trabajo extra que implica criar a un hijo nuevo con las peleas resultantes debido a la división de tareas como también a la pérdida de intimidad que conlleva la llegada de un nuevo miembro en la familia.

3.4 Terapia de pareja dentro del modelo del Mental Research Institute (MRI)

En cuanto a la terapia de pareja desarrollada al amparo de este marco teórico se guía bajo los lineamientos estratégicos y la brevedad característica del modelo del M.R.I. En este caso el Paciente Identificado (P.I.) deja de ser una sola persona y pasa a ser la pareja en sí, lo cual tiene sus propias particularidades. En este sentido, los objetivos son diferentes al caso de un P.I. individual. Tal como propone Biscotti (2006), el dispositivo terapéutico, en la medida de lo posible, debe buscar disolver el problema que la pareja presenta, generando mayor funcionalidad en la interacción. Para esto se buscará hacer redefiniciones sobre la pareja, promoviendo la escucha entre los miembros, destacando recursos existentes y buscando reconocer la responsabilidad que ambos tienen en la estructura conyugal. De esta forma se buscará un cambio efectivo y una salida realizable del problema.

La pareja, entendida como sistema en sí misma, actúa como una unidad. En este sentido, opta por una conducta determinada al momento de tomar una decisión, la cual

deriva de ciertos objetivos, pensamientos y necesidades que tienen en común ambos miembros. Las intervenciones del terapeuta estarán destinadas a aumentar el intercambio positivo de conductas entre los integrantes. De esta forma, se buscará modificar interpretaciones y atribuciones disfuncionales, en pos de mejorar la comunicación entre los cónyuges (Wainstein & Wittner, 2004).

El modelo sistémico del M.R.I. sitúa a las parejas en contextos determinados, lo cual va conformando un sistema complejo que a su vez impacta sobre la pareja. Es aquí que la pareja, como subsistema, puede quedar inmersa en patrones de interacción disfuncionales. En este sentido, la problemática de pareja se redefine como problemas en las relaciones sobre patrones interaccionales de comunicación fallidos (Wainstein, 2002).

Los objetivos de cada proceso terapéutico varían según cada caso y la problemática que se presente. De todas formas se pueden enumerar ciertos objetivos básicos de la terapia de pareja bajo el modelo sistémico. En primer lugar, y en relación al motivo de consulta, es importante tener en cuenta la queja inicial, la cual dada la complejidad de cada pareja suele requerir una indagación más profunda que cuando el paciente identificado es individual. Además, se procura promover un cambio en sintonía con los valores y creencias de los integrantes de la pareja, lo cual reviste una complejidad mayor al tratarse de dos personas diferentes. Otro objetivo a tener en cuenta al tratarse de una terapia de pareja, es la de evitar la rigidez en las interacciones. Por último, un objetivo general, presente en cualquier terapia de pareja, es que en caso de no mantener la unión de la pareja, procurar una separación lo menos traumática posible (De la Espriella Guerrero, 2008).

De todas formas, y dada la insistencia en la complejidad que reviste el proceso terapéutico que involucra a una pareja, hay que respetar siempre la originalidad que reviste cada caso. Esto vuelve recomendable no quedar encorsetado en esquemas prefabricados, sino que es aconsejable tener maniobrabilidad para adaptarse a cada caso particular. De este modo, cualquier esquema debe ser tomado solamente como un punto de apoyo sobre el cual desenvolverse (De la Espriella Guerrero, 2008).

Haley (2002) por su parte, advierte que la forma adecuada de tratar a pareja en la terapia es como una tríada mas que como una díada. Frente a la competición que se da entre ambos integrantes de la pareja y a eventuales provocaciones, hace falta un tercero que estabilice la díada. Este tercer componente debe estar cubierto por el terapeuta, quien deberá luego salir de ese lugar sin romper el equilibrio de la pareja ni tampoco introducir a los hijos como reemplazo en la tríada. Mientras ocupe ese lugar, debe pensar siempre en función de la tríada, cuidándose de generar coaliciones con una parte ya que la otra reaccionará ante esto. En este sentido, el terapeuta actúa mas bien como un negociador, ya que si forma alianza con alguna de las partes pasas a ser parte del problema y no de la solución.

En cuanto a la problemática que suele aquejar a una pareja, varía enormemente según cada caso. De todas formas, se pueden esbozar cuatro formas principales a través de las cuales llega una pareja a requerir ayuda de un terapeuta. Estas son por algún síntoma individual de alguno de los integrantes, por el hijo en común, por una crisis en la familia o para pedir consejos sobre la vida en matrimonio (Haley, 2002).

Dentro de esta concepción terapéutica, donde el profesional le suma una arista más a la pareja, convirtiéndose en una tríada, el terapeuta debe cuidarse de no cometer una serie de errores que pueden romper el equilibrio de la estructura terapéutica. En este sentido, debe cuidarse de no restar importancia a los problemas que traiga cualquiera de los cónyuges, ya que esta maniobra puede ser interpretada como una desacreditación frente al otro miembro de la pareja. Relacionado a esto, y de suma importancia tratándose de terapia de pareja, deberá evitar aliarse con alguno de los integrantes de la pareja, siendo que esto rompería el equilibrio de la tríada y podría provocar un menoscabo en la confianza de una de las partes hacia el terapeuta. Otra maniobra que debe evitar es entrar en abstracciones, siendo que conviene, en cambio, adentrarse en las situaciones concretas que se consideren problemáticas para el funcionamiento de la pareja. Del mismo modo, conviene eludir discusiones filosóficas, siguiendo la tónica de mantenerse al margen de debates demasiado abstractos. Vale la pena recordar que el foco está puesto en el presente bajo el modelo sistémico estratégico del MRI y, en ese

sentido, es sabio por parte del profesional evitar referirse demasiado al pasado. Tampoco es conveniente trasladar situaciones de otras parejas a la pareja en cuestión, ya que inevitablemente cada pareja es distinta, y el comparar puede llegar a nublar el diagnóstico. Tampoco es necesariamente trasladable la experiencia personal del profesional, con lo cual un terapeuta que carezca de pareja, por ejemplo por su juventud, no debe simular experiencia en el tema, simplemente ofrecer su escucha atenta e interés. Por otra parte, se debe evitar mirar los conflictos conyugales como una lucha de poder, ya que esto puede derivar en un juego de suma cero donde mientras uno gana el otro necesariamente pierde. También es recomendable para el profesional evitar instrucciones directivas alrededor de que los integrantes se pidan determinadas conductas entre sí, ya que esto puede provocar un rechazo de la otra parte y, consiguientemente, un estancamiento en la terapia. Otra forma de evitar estancarse en el proceso terapéutico es procurando formular objetivos claros, así se marca un rumbo hacia donde ir. Y por último, el terapeuta debe evitar posiciones irreductibles, y en cambio promulgar posturas más flexibles que den mayor margen de maniobra para ir modificándose en el transcurso del proceso (Haley, 2002).

3.4.1 Fases en la terapia de pareja

En cuanto a las fases de la terapia de pareja, De la Espriella Guerrero (2008) las resume en tres: evaluación, intervención y seguimiento. En relación a la evaluación se incluyen distintos pasos comunes a cualquier terapia sistémica como la definición del motivo de consulta, los intentos previos, la creación del vínculo terapeuta-consultante y el exponer las expectativas concretas que se tienen sobre la terapia. En consideración a este último punto, en el caso de una pareja se incluye las expectativas que se tiene sobre seguir o no con la unión. Es importante en esta etapa recopilar la historia de la relación, repasando el ciclo vital personal y los diferentes sucesos que marcaron la relación, desde que se conocieron, pasando por el noviazgo, hasta la llegada de los hijos.

En cuanto a la etapa de la intervención, se incluyen todas las técnicas que el profesional considere necesarias. El foco en la terapia de pareja está puesto en las características de la comunicación que tienen ambos cónyuges, procurando modificar

aquellos patrones rígidos y disfuncionales de comunicación. De la misma forma, se busca aumentar aquellas interacciones gratificantes y evitar las interacciones negativas (De la Espriella Guerrero, 2008).

Por último, tal como describe De la Espriella Guerrero (2008), se encuentra la etapa de seguimiento. En esta fase se revisan las tareas otorgadas, se evalúan los cambios realizados, y, de ser necesario, se introducen nuevas estrategias y se refuerza el compromiso por el cambio. Es de uso corriente en la terapia sistémica el espaciar las sesiones, permitiendo así que el cambio se evidencie y la pareja emplee estrategias propias que le sean útiles.

Pinto Tapia (2000) por su parte, aclara que el propósito de la terapia de pareja no es el divorcio en sí, más allá de que este sea un desenlace posible y eventualmente deseable. El foco, en cambio, al menos en un primer momento, está puesto en la resolución de problemas.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo – caso único.

4.2 Participantes

Un hombre de 40 años de edad, dueño de una fábrica, y su esposa de 42 años de edad, ingeniera química. Ambos cónyuges residen juntos en un departamento en Palermo, Capital Federal. Se encuentran en pareja hace 8 años y tienen dos hijas, una de 1 año y la otra de 5 años. Quien realizó la consulta fue el esposo, alegando problemas de comunicación en la pareja lo cual podría derivar en un eventual divorcio. Luego de una admisión individual con el esposo, se lo derivó a terapia de pareja con una terapeuta del Centro Privado de Psicoterapia. La terapeuta de 42 años de edad hace 14 años se

encuentra trabajando en el Centro y sigue la orientación sistémica en psicoterapia, bajo el modelo de terapia breve y focalizada del M.R.I.

4.3 Instrumentos

Para el presente caso se tuvo en cuenta la historia clínica de la terapia, la cual se encuentra digitalizada en el sistema de Intranet del propio Centro Privado de Psicoterapia. La misma se nutre de 5 sesiones en pareja, todas ellas con una psicoterapeuta del Centro, bajo el modelo de terapia breve y focalizada en el problema.

Por otra parte, se contó con una observación no participante, a través de los videos de las filmaciones de la sesión de admisión y de las dos primeras sesiones de pareja.

Por último, se administró una entrevista semi-estructurada a la terapeuta que llevó a cabo el caso. Los ejes temáticos que se abordaron fueron el tipo de intervenciones utilizadas y el por qué de su elección, las respuestas de los pacientes a las intervenciones, la diferencia del trabajo en pareja sobre las sesiones individuales llevadas a cabo y un pronóstico sobre la evolución de ambos miembros de la pareja.

4.4 Procedimiento

La obtención de datos se dio a partir de la observación no participante, dada a través de la lectura de la historia clínica del tratamiento, tanto de la admisión como del resto de las sesiones. Sumado a esto, se accedió a la filmación de tres sesiones, donde se observó de forma directa a los pacientes y a la terapeuta. Para completar la obtención de datos se tuvo contacto directo y personal con la terapeuta en una entrevista de aproximadamente 20 minutos.

5. DESARROLLO

5.1 Presentación del caso

El presente caso trata sobre la pareja de J y A, quienes se conocieron hace más de 8 años, y formalizaron matrimonio hace 6 años. Fruto de esta relación, tuvieron dos hijas mujeres, B de 1 año y L de 5 años.

J, el marido, tiene 40 años, se dedica al comercio y es dueño de una fábrica. Nació en Capital Federal, y se crió en una familia compuesta por dos hermanos y sus padres. Comenzó sus estudios en Administración de empresas pero tuvo que abandonar la carrera en tercer año debido a la demanda que le generaba el trabajo. J mantuvo siempre su mismo trabajo en una fábrica textil, que luego heredó de su padre.

A, por su parte, es dos años mayor que él, tiene 42 años y se recibió de ingeniera química. Nació en Pergamino, en una familia de padres separados y tiene una hermana dos años menor que ella. En cuanto a su ocupación al momento de iniciar la terapia, se encuentra trabajando en una empresa de construcción y hasta los 38 años ejerció la docencia en la facultad de ingeniería.

Ambos coinciden que alrededor de hace 4 años, a los pocos meses de nacer su segunda hija, comenzaron con discusiones y problemas conyugales de forma más sostenida y habitual de lo solían tener con anterioridad. A raíz de esto fue que decidieron comenzar dos veces con terapia de pareja pero ninguna funcionó. En este sentido, los dos admiten que fue A quien más reticente se encontraba a comenzar con la terapia y fue, también, quien quiso dar por finalizados ambos tratamientos ya que sentía que no los ayudaba a resolver sus problemas.

En cuanto a la problemática en sí, esta se encuentra centrada principalmente en la comunicación, con discusiones constantes y diferentes miradas sobre temáticas centrales a la pareja como el significado de la familia y qué representa la pareja. El hecho de discutir constantemente los llevó a plantearse la separación varias veces, y siendo que la duda alrededor del divorcio todavía seguía vigente decidieron empezar con el tratamiento psicoterapéutico intentando resolver la problemática que los aqueja y

dilucidar la conveniencia de seguir como pareja.

Quien ejerce el primer contacto con el Centro Privado de Psicoterapia es el esposo a través de una llamada telefónica a mediados del 2014. Posterior a esta llamada, se le asigna una terapeuta del Centro, y comienzan con su primera sesión de admisión a los pocos días del llamado.

5.2 Descripción de la problemática conyugal en torno a la comunicación al momento de la consulta.

Del primer intercambio entre ambos miembros de la pareja y la terapeuta, luego de una breve presentación inicial por parte de la profesional, emergió una cuestión muy clara que los aqueja como pareja que es el hecho de “discutir permanentemente”, tal como relata textualmente el marido. En ese sentido, la terapeuta logró captar con cierta facilidad la queja inicial de ambos como pareja, siendo un paso fundamental para el inicio de cualquier psicoterapia (Wainstein, 2006).

Siguiendo los pasos necesarios descriptos por Wainstein (2006), luego de que ambos miembros de la pareja expliciten la problemática que los aquejaba y los motivó a solicitar ayuda, la profesional les consulta por qué decidieron comenzar con la terapia ahora. A esto J explicó que desde hace mucho tiempo vienen discutiendo mucho, con peleas constantes y que por eso mismo ya intentaron con psicoterapia en otras dos oportunidades pero sin demasiado éxito. Frente al pedido de precisión de la terapeuta, el marido aclaró que las discusiones comenzaron con mayor frecuencia hace 4 años, e iniciaron terapia, por primera vez, hace 3 años. Luego de abandonar este primer proceso psicoterapéutico a las pocas sesiones, comenzaron nuevamente con otro profesional al año aproximadamente, y lo volvieron a abandonar luego de 2 meses.

Ambos coincidieron que los tratamientos anteriores no les sirvieron para manejar sus problemas en torno a la comunicación como pareja. J, por su parte, relató que A fue en ambos casos quien desistió primero de los tratamientos. En este sentido, también contó que A “nunca estuvo motivada para empezar terapia” y que “nunca creyó

en esas cosas”, haciendo referencia a que no creía que la psicoterapia pueda ayudar a cambiar a las personas. A no negó lo dicho por J, admitiendo que nunca estuvo convencida de empezar terapia pero que de todas formas hizo el esfuerzo para que funcionara.

En relación a las discusiones que se estaban suscitando al momento de empezar los diferentes tratamientos, ambos coincidieron que nunca llegaron a mermar por los mismos. “Siempre sentí que dábamos vueltas y vueltas sobre los mismos temas sin nunca llegar a solucionar nada”, relató A denotando su escepticismo alrededor de la terapia.

En cuanto al momento de comienzo de los problemas alrededor de la comunicación, ambos lo situaron hace aproximadamente 4 años. Si bien detallaron, ante la repregunta de la terapeuta, que desde el principio que fueron pareja tuvieron discusiones ocasionales y peleaban “como cualquier pareja”, según dijo A, fue luego de que naciera su segunda hija que estas discusiones comenzaron a incrementarse en frecuencia e intensidad.

Al ser consultados sobre qué factor atribuyen como causa de esta problemática en la comunicación, el marido, por su parte, en la primer sesión de admisión, explicó que se debió a miradas distintas sobre lo que representa la familia y la pareja, las cuales se vieron acentuadas luego del nacimiento de L. Esta cuestión fue retomado por la terapeuta en la segunda sesión de pareja, al comentarles que es lógico que la llegada de un nuevo hijo tenga efectos sobre la familia, y que estos efectos se pueden ver reflejados de distintas formas, entre ellas en la comunicación. Aquí se puede observar una recurrencia a la concepción sistémica de causalidad circular, mediante la cual se remarca la influencia que ejercen los distintos elementos del sistema entre sí, apelando a su vez al concepto de retroalimentación (Beyerach & Rodríguez Morrejón, 1994). En este caso, el nuevo elemento en el sistema es la llegada de la segunda hija, la cual por mecanismos que no siempre se alcanzan a dilucidar, afecta al resto de los integrantes.

J, además, alegó tener una mirada muy distinta sobre el rol de la madre en

particular alrededor de la crianza de los hijos, donde es sumamente importante que la madre se dedique de lleno a criarlos y estar con ellos en los primeros años. En este sentido, J dijo que tienen “diferentes conceptos de pareja y familia. Creo que la familia se hace de a dos, congeniando las diferencias”. A admitió tener estas diferencias con su marido, y que pudo haber sido motivo de ciertas discusiones “pero no de todas”.

Frente a esto, J, aclaró que no solo se debió a la crianza de las hijas, y que las distintas miradas sobre lo que representa la pareja y la familia nuclear, también generó impacto en la relación que ambos tuvieron con las familias extensas del otro miembro. El marido alegó, entonces, que A nunca fue familiar y que para ella la familia nunca fue importante. A, respondiendo a esta declaración, admitió que al ser de Interior del país y haber dejado su hogar para venirse a estudiar a los 18 años, siempre fue más desarraigada y desapegada que su marido. La familia de A, según relató ella misma, es “chiquita, a diferencia de la de él que es italiana”. De todas formas se encargó de dejar en claro que por más de tener distintas costumbres familiares y un apego distinto hacia la familia, sí consideró que la familia es importante.

Consultado por el terapeuta, dónde veía que este desacople en las miradas que cada uno tenía sobre la familia hayan afectado la comunicación dando lugar a más discusiones, J contó que fue en la relación que su mujer lo obligaba a tener con su familia extensa, por ejemplo acotando cada vez más la cantidad de contactos. A, frente a esto, dijo que “no era tan así”, ya que “él podía seguir viendo a su familia cuando quisiera”, pero que ella se casó con él y “no con todo el resto”.

La terapeuta, intentando acotar el eje de la problemática conyugal en torno a la comunicación, les preguntó si consideraban que había algo más, mas allá de las diferentes concepciones que tenían cada uno alrededor de la familia y la pareja lo que los llevó a empezar a pelear tanto. J consideró que sí, que seguramente haya habido más causas pero que no las podía precisar. “Hay veces que discutimos por todo, por cualquier cosa, por más mínima que sea, se vuelve una discusión interminable, así que sí, obviamente no responde solo a diferencias en las visiones sobre esos temas”, explicó J.

En la segunda sesión que asistieron como pareja, la terapeuta les pidió que describan qué características tenían las discusiones entre ambos. A comenzó explicando que variaban, que no siempre eran iguales y que dependían sobre que estaban discutiendo. J, en cambio, intentó encontrar un patrón en común diciendo que por lo general A era más evitativa y muchas veces abandonaba la discusión y se iba del lugar. A reconoció ser así, ya que alegó que cuando “veía que la discusión no iba a ningún lado, prefiero no seguir discutiendo”. La terapeuta, al oír esto, le remarcó que no encarar una discusión es una forma de discutir. Esto se relaciona con el primero de los axiomas de la pragmática de la comunicación, el cual hace referencia a la imposibilidad de no comunicar, aún en el caso de escapar de la discusión se está tomando una postura frente a la discusión y se comunica, obviamente afectando la comunicación y, por ende, al sistema y la relación (Wainstein, 2002).

5.3 Descripción de las intervenciones aplicadas a resolver los problemas de comunicación desde el abordaje sistémico de terapia de pareja basado en el modelo estratégico de terapia breve.

A lo largo de la terapia, la profesional intervino con distintas formulaciones verbales, basadas en los desarrollos teóricos del modelo estratégico de terapia breve. Como marco general a cualquier tipo de intervención hecha en la terapia de pareja, el profesional se tiene que cuidar de no romper el equilibrio de la tríada formada entre ambos miembros de la pareja y este. Así es que la profesional, al momento de intervenir, se cuidó de no formar alianzas ni coaliciones con ninguno de los dos miembros. De esta forma al formular determinada intervención procuró hacerlo para ambos miembros de la pareja en lugar de dirigirse desequilibradamente a uno de los miembros en particular (Haley, 2002).

Una primer característica de este modelo es la confianza en los recursos ya existentes que poseen la personas. El terapeuta, en este sentido, muchas veces funciona como alguien que señala estos recursos, haciéndole notar al consultante que los posee y la fuerza de cambio que lleva consigo (Beyerach & Rodríguez Morrejón, 1994).

Siguiendo esta línea teórica, la terapeuta, durante la primera sesión de admisión, les hizo notar que en todos estos años que estuvieron juntos, aún con las discusiones, con las diferentes opiniones y visiones sobre distintos temas, pudieron construir algo, una pareja y una familia, lo cual no es poca cosa. En este sentido, esta intervención opera también como una reformulación, ya que le da un nuevo sentido y otra interpretación a lo que venían viviendo como pareja, ya que en lugar de focalizarse en las discusiones y los problemas de comunicación, hace hincapié en lo construido (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

También, dentro del terreno de las reformulaciones, la terapeuta intentó rescatar el aspecto positivo de la problemática principal que los aquejaba. Así es que una característica que pareciera sumamente negativa en una pareja, como lo es encontrarse discutiendo muy frecuentemente y de forma intensa, la profesional analizó que probablemente esto se debe por lo mucho que se importan entre sí. De esa forma, remarcó, que al darle tal magnitud en tu vida a la otra persona y a sus opiniones es probable que la magnitud de las diferencias con la misma también te pesen más. En este sentido puntualizó que si en cambio, de pronto te encontrarás con que una persona que no te importa tiene distintas visiones que vos alrededor de cualquier temática seguís de largo, pero al ser está persona alguien a quien quieres tanto y con quien tenés tanto en juego es inevitable que surjan peleas (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

En relación a las intervenciones directas, las cuales muchas veces se presentan en forma de tarea o consigna, al finalizar la primera sesión, el terapeuta intervino con una indicación muy simple para la próxima sesión: “que cada uno piense, vea o haga algo que cada uno crea que aportaría algún cambio a la relación”. Frente a esta tarea, el marido la siguiente sesión trajo una serie de ideas alrededor de la consigna. Propuso generarse espacios acordados para hablar y consensuar tareas necesarias alrededor de las hijas y el hogar. Además, se propuso ser más consciente de las cosas que expresa al momento de discutir. La mujer, en cambio, dijo que no pudo encontrar algo concreto para cambiar, que hace mucho tiempo vienen con estos problemas y que ya trataron varias cosas pero nada funciona y se siguen peleando y discutiendo. Se puede observar como, en sintonía con lo que explica Wainstein (2006), este tipo de intervenciones

suelen ser más efectivas para pacientes colaboradores y predispuestos, como es el caso del marido, y no tanto para pacientes más hostiles al proceso terapéutico y mucha resistencia al cambio, como la mujer.

En función de esta resistencia demostrada especialmente por la mujer es que la terapeuta relató la necesidad de intervenir de manera menos directa. Es así que optó por hacer uso de una intervención paradójal al prescribir el mismo síntoma que los aquejaba. Al finalizar la segunda sesión como pareja, les otorgó la tarea de obligarse a discutir todos los días. Por lo tanto, si pasaba un día sin discutir debían darse cuenta de esto, tomarse unos minutos a la noche y sentarse a discutir sobre algo que consideren como un posible motivo de discusión. La profesional relató que utilizó esta técnica de carácter paradójal al ordenar hacer lo que justamente los aqueja por dos razones. En primer lugar, para que noten la frecuencia con la que discutían y así si no se daba todos los días entre las dos semanas que separaban las sesiones, que fueran conscientes que también hay días que no discuten. Y por otro lado, para que lo vean como una tarea, algo que puede ser ordenado y controlado. Además, la mujer al mostrarse tan resistente a la terapia a lo mejor bajaba sus ánimos de discutir y pelear sólo con el fin de desobedecer (Wainstein, 2006).

De todas formas, en los resultados de la segunda sesión se vio que la intervención no cumplió todo el efecto esperado. Frente a la consulta de la terapeuta sobre cómo les había ido con la tarea, A contestó “que no hizo falta la consigna: peleamos igual aunque no nos los dijera”. J agregó que le hizo notar a la mujer a los pocos días de la sesión que nunca se habían dado el tiempo para cumplir con la consigna debido a la constancia de las discusiones.

Por otra parte, en relación a otro tipo de intervención, la profesional se encargó de utilizar preguntas circulares. Con el fin de correrse de la interacción diádica de la pareja, donde uno afecta al otro y viceversa, en este tipo de preguntas muchas veces se introduce a un tercero con el fin de analizar cómo afectaría determinada situación a todo el sistema (Feixas, 2013). En este caso, la profesional les preguntó a ambos cómo creerían que le afectaría a sus dos hijas el divorcio. Y en contraposición a esto le

preguntó cómo piensan que les afectaría crecer con unos padres que siguen juntos pero discutiendo tan seguido como ellos. Ambos miembros de la pareja coincidieron, ante la pregunta formulada por la terapeuta, que tanto B como L sufrirían menos con padres divorciados y con una relación cordial que en caso de seguir discutiendo como lo venían haciendo. Frente a esta respuesta, la terapeuta les consultó por el hecho de saber esto, y opinar que las hacen sufrir a sus hijas, no les es motivo suficiente a veces para dejar de discutir. “Obviamente ahora en frío te digo que sí, pero en el momento no es tan fácil, se te va de las manos”, contestó A. A lo que J agregó que “son demasiadas las cosas que pasan en una convivencia, y muchas veces te olvidas de la presencia de ellas”, haciendo referencia a sus hijas. Consultada sobre el porqué de esta intervención, la profesional alegó haber utilizado una pregunta circular para no quedarse encerrado en la lógica del subsistema conyugal de la discusión continua, del te amo-te odio y de esta forma ampliar la red de efectos al sistema familiar completo, y allí evaluar realmente que impacto les genera a ellos la presencia de los hijos en el esquema que estaban teniendo y cómo creen que les afectaría la posibilidad de un divorcio.

Finalmente, la terapeuta hizo uso en la cuarta sesión de la sugerencia como modo de intervención. Es así que, frente a la resistencia de la pareja a los tratamientos tanto pasados como el actual de mostrar algún signo de cambio, y debido a lo agotador y sofocante que les resultaba seguir en esa situación de discusiones continuas y una problemática comunicativa que pareciera no se fuera a resolver, les propuso evaluar un divorcio. Esta posibilidad ya había estado inserta en la intervención anteriormente descrita de la pregunta circular, pero allí revestía un carácter más hipotético. De todas formas, según relató luego en la entrevista la terapeuta, eso “ayudó a poner en el tapete el tema y que se empiece a considerar como una opción real con todas sus posibles implicancias en el sistema familiar”. Ambos ya habían relatado que la idea del divorcio siempre estuvo presente, “golpeando a la puerta todo el tiempo”. Esta nueva intervención entonces, al ser una sugerencia, actuó obviamente no como una orden sino como una opción para que consideren; algo que por más que ya habían tenido presente, al ser el terapeuta quien sugiere la opción, la reviste de otro carácter, dándole mayor entidad y preponderancia (Casabianca & Hirsch, 1992).

5.4 Análisis de cómo resuelve su problemática conyugal en relación al divorcio al finalizar la terapia.

El divorcio muchas veces aparece como el fracaso de una relación, pero la realidad marca que varias veces es la salida más saludable para todos los miembros del sistema familiar, y en cambio, la permanencia de la relación puede resultar en un fracaso mucho mayor, donde más gente sale lastimada. Es por eso que el terapeuta debe ser consciente de esto, y adecuándose a cada caso, tener la sabiduría suficiente para comprender, y hacerles comprender a los miembros de la pareja, cuando el divorcio es la mejor opción para todo el sistema familiar. Es tarea del psicólogo, también, velar por una separación que conlleve el menor trauma posible, tanto para los miembros de la pareja como para los hijos (De la Espriella Guerrero, 2008).

Es así que en este caso se pudo observar como la terapeuta, luego de intentar solucionar la problemática conyugal por distintos medios y utilizando distintas intervenciones llega a la conclusión que a lo mejor el divorcio era la mejor solución para esta pareja. Vale la pena tener en cuenta que es una pareja que venía de varios años peleando, lo cual denota cierta cronicidad en el problema y que ya habían intentado tratamientos anteriores sin ningún tipo de atisbo de éxito. Además, llegaron con la posibilidad del divorcio muy presente, siendo una opción ya explicitada entre ambos antes de comenzar la terapia. En este sentido, la terapeuta comentó que según su experiencia la mayoría de parejas que llegan con la idea del divorcio ya explicita entre ambos, muchas veces comienzan con la terapia solo con el fin de hacerlos dar el paso final y convencerlos cuando es lo correcto, “y en este caso lo fue”, sentenció la profesional.

Siguiendo los desarrollos e investigaciones de Gottman (1994) alrededor del divorcio, se puede observar cómo en esta pareja se daban la mayoría de los predictores de divorcio. Específicamente relacionado a las conductas de interacción de la pareja, y teniendo en cuenta lo relatado por ambos miembros, se transluce un mayor intercambio de conductas que calificarían de negativas que de positivas. En relación a esto, ambos miembros referían a las interminables discusiones que tenían de forma diaria, y cómo

muchas veces se evitaba para no verse y discutir. También ambos poseían una alta capacidad de inducir emociones negativas en el otro, siendo que relataban sentir ira y enojo cada vez que intentaban comunicarse, y frustración al momento de fracasar la comunicación. Otro predictor de divorcio que estaba presente en la pareja era el inicio violento de las peleas, ya que, según relataban ambos, estas no escalaban de a poco sino que lo habitual era que empezaran violentamente. En cuanto al criticismo, pareciera darse en mayor medida de la esposa hacia él, que viceversa, por ejemplo al referirse a J en relación a la crianza de sus hijas como “un boludo que no sabe poner límites”. En cambio en relación a la defensividad, fue J quien más adoptó esa posición de victimizarse, alegando que quien siempre se encuentra criticando es A y no él, a quien “nada le viene bien”. Nuevamente, en relación al desprecio, A parece tener una valoración mas bien baja de J, sin darse así al revés, al tratarlo de “blando” o “boludo”.

En relación a la percepción, y los predictores de divorcio que aquí aparecen, una primera característica presente en esta pareja es la percepción negativa del subtexto, donde todo lo dicho por el otro tendían a interpretarlo de forma negativa. Relacionado a esto aparece como otro predictor de ruptura en la pareja, la imposibilidad de observar la positividad. Al momento de preguntar por características positivas del otro a A sólo se le ocurrió el hecho de que lo considera buen padre, sin referirse a ningún rasgo positivo como hombre o esposo. La contracara de esto, es el atribuir rasgos negativos a la personalidad del otro, lo cual estuvo presente en ambos miembros durante toda la terapia. Por último, en relación a la percepción, ambos miembros dieron la sensación de sentirse solos y distantes con respecto a su pareja. J, por su parte, consideró que A “lo dejaba solo en esto” y “que sentía que estaba remando solo”. Y A, relató sentirse especialmente sola al momento de discutir y retirarse de la discusión, refugiándose en su soledad.

Por último, en relación a los factores fisiológicos que Gottman (1994) establece como predictores de divorcio se puede destacar únicamente la presencia de cierta incapacidad para tranquilizarse o tranquilizar a la pareja. Ambos relataron sentirse especialmente angustiados luego de cada discusión. A, por su parte, relató que cuando estas escalaban en violencia verbal se sentía especialmente alterada llegando a consumir

ansiolíticos que le había facilitado su hermana.

Un último factor que es interesante mencionar, es el hecho de que ambos ubicaron la fecha de comienzo de discusiones más intensas y frecuentes luego de la llegada de la segunda hija. Al respecto Gottman (2000) menciona que en varias parejas la llegada de un hijo puede ser causa de insatisfacción en la pareja, promoviendo los roces y las peleas en las mismas.

Frente a la presencia y proliferación de semejante cantidad de predictores de divorcio, no aparece como algo extraño la decisión de divorciarse. Según surge de la quinta y última sesión con la terapeuta, el paso final para tomar la decisión se dio luego de que la terapeuta abriera de forma explícita esa opción y los lleve a considerar el divorcio. Por más que esa siempre fue una opción que tuvieron presente, tanto de forma de amenazas de alguno de los dos en medio de una discusión como de forma más razonada como pareja en una conversación; según comentó J en la última sesión, el hecho de que la profesional sea quien los invite a reflexionar sobre esa opción le dio mayor legitimidad a algo que venían considerando seriamente en conjunto y por separado. A estuvo de acuerdo con lo expresado por J y agregó que por más que la decisión no estaba del todo tomada, pasó a ser una opción más visible y real. Seguido a esto A, y dándole las gracias a la profesional, expresó que creía que ya no había mucho más que hablar en terapia y que ahora dependía de ellos tomar la decisión ya que “las cartas ya están sobre la mesa”.

6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se buscó ejemplificar a través de un caso de terapia de pareja cómo funciona el abordaje sistémico del modelo de terapia del M.R.I. Para ello se establecieron una serie de objetivos en relación a este proceso terapéutico y su articulación con el modelo teórico elegido. En un primer lugar, se buscó describir la problemática conyugal en torno a la comunicación al momento de la consulta. En relación a esto, se observó cómo la diferencia de miradas en relación a distintas

temáticas centrales como son el rol de la familia y la pareja, terminan por hacer mella en la relación de pareja. Más allá de ser distintas concepciones ideológicas, también son formas de pararse y actuar, derivando en discusiones y peleas, las cuales, a su vez, terminan por afectar el sistema en su conjunto. Esto se relaciona, también con el concepto de causalidad circular donde todo lo que es introducido por un miembro del sistema (en este caso puede ser una idea o cierto comentario u opinión) termina afectando al resto de los miembros, lo que vuelve a afectar a quien lo introdujo en primera instancia (Beyerach & Rodríguez Morrejón, 1994).

En segundo lugar se procuró describir las intervenciones aplicadas a resolver los problemas de comunicación desde el abordaje sistémico de terapia de pareja basado en el modelo estratégico de terapia breve. En este sentido se repasaron las diferentes intervenciones propias del modelo sistémico desarrollado por el M.R.I. que fue realizando la terapeuta. Así es que utilizó reformulaciones, intervenciones directas en forma de tareas, sugerencias e intervenciones paradójales. Más allá de que basados en los resultados del caso las mismas no hayan podido resolver los problemas de comunicación de la pareja, las mismas sirvieron para conocer en mayor profundidad la naturaleza del problema conyugal y acercarse a soluciones más realistas.

Por último, se intentó analizar cómo resuelve su problemática conyugal la pareja en relación al divorcio al finalizar la terapia. En relación a este objetivo, se repasó todos aquellos predictores desarrollados por Gottman (1994) y se pudo observar el cumplimiento de la mayoría de ellos por parte de la pareja. Esto no significa el carácter inevitable del divorcio, pero sí funcionan como una serie de indicios acerca de qué es lo aconsejable y próxima una visión más realista sobre el futuro de la pareja. En este sentido, la resolución en divorcio, según lo relatado por los miembros de la pareja fue ayudado en gran parte por a terapeuta al legitimar una opción que venían considerando cada uno tanto de forma separada como de forma conjunta.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo se puede mencionar la acotada cantidad de sesiones llevadas a cabo. La pareja desistió de la terapia en la quinta sesión, con lo cual representa una limitación a lo que se podría haber hecho en caso de tener

mayor paciencia y darle lugar a un trabajo más prolongado por parte del terapeuta. Además, en este mismo sentido, tampoco se pudo observar un trabajo posterior a la toma de decisión alrededor del divorcio. Así, el caso aparece limitado en el seguimiento, etapa fundamental también de cualquier proceso terapéutico (De la Espriella Guerrero, 2008).

Hubiera sido interesante que la terapeuta al ver que el modelo específico del M.R.I. no estaba siendo del todo funcional para tratar los problemas conyugales presentados, se corriera algo de este abordaje específico, utilizando técnicas que no apuntaran tanto a la comunicación sino al desarrollo de los recursos ya presentes, y escaparle al normativismo de cómo debe ser una pareja, la cual puede ser funcional aún discutiendo de forma habitual (Beyerach & Rodríguez Morrejón, 1994).

En relación a nuevas líneas de investigación, sería interesante seguir trabajando con nuevos casos de terapia de pareja, incorporando nuevas técnicas y haciendo cruces teóricos. De esta forma, partiendo del modelo estratégico del M.R.I. se pueden agregar nuevos aporte e intervenciones de otros abordajes no específicos, evaluando la eficacia en el desenlace de unos y otros abordajes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arnold, M., & Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta Moebio*, 3, 40-49.
- Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Beyerach, M., & Rodríguez Morejón, A. (1993). El abordaje de la terapia de pareja desde el enfoque centrado en soluciones. En M. Garrido (Ed.), *Formaciones de pareja, ritos de casamiento y familia hoy* (pp. 300-353). Salamanca: UPS.
- Beyebach, M., & Rodríguez Morrejon, A. (1994). Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Valencia: Promolibro.
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de Pareja, una mirada sistémica*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Camacho, J. (2006). *Panorámica de la terapia sistémica*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.Pdf>.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (1992). *Como equivocarse menos en terapia: un registro para el modelo M.R.I. (2ª ed.)*. Buenos Aires: Gabas editorial y Asociados.
- Cibanal, L. (2013). *Introducción a la Sistémica y a la Terapia Familiar*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- De la Espriella Guerrero, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 175-186.

- Espinal, I. Gimeno, A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 14, 21-35.
- Fernández Moya, J. (Ed.). (2010). *En busca de resultados, una introducción a las terapias sistémicas*. Mendoza: Editorial de la Universidad de Aconcagua.
- Feixas, G. (2013). *El cuestionamiento circular*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- García, T., & Wittezaele, J. J. (1994). *La escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Guevara, L. (2007). Consideraciones sobre la ayuda profesional a parejas humanas y la noción de diálogos sustentables. *Sistemas familiares*, 23(2), 5-18.
- Gottman, J. (1994). *Qué predice divorcio: La relación entre los procesos maritales y los resultados maritales*. Nueva York: Lorenzo Earlbaum.
- Gottman, J. (2000). *Siete reglas de oro para vivir en pareja*. Barcelona: Plaza & Janés Editores S.A.
- Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Pinto Tapia, B. (2000). Terapia de pareja: una perspectiva cognitiva-sistémica. *Revista Ciencia y Cultura*, 8, 79-85.
- Reich W. (1993). *La revolución sexual: para una estructura de carácter autónoma del hombre*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Reyes Martos, J. (2006). Terapia breve centrada en soluciones. *Revista internacional*

de psicología clínica y de la salud, 15(3), 533-548.

Vargas Ávalos, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. L. Eguiluz (Ed.), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 1 – 27). México D.F: Paz México.

Wainstein, M. (2002). *Comunicación, un paradigma de la mente*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Buenos Aires.

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Wainstein, M., & Wittner, V. (2004). Enfoque psicosocial de la pareja. *Psicodebate*, 4, 131- 144.

Vallejo Orellana, R., Sánchez-Barranco Vallejo, F., & Sánchez-Barranco Vallejo, P. (2004). Separación o divorcio: Trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 91-110.

Viaplana, G., Muñoz, C. D., Compañ F. V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Watzlawick, P., & Nardone, G. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974) *Change; Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: Norton.