

ELECTIVA II - SEXUALIDAD Y PAREJA

Maryi Rincón

EJE 3

Pongamos en práctica



Introducción	3
Relación de pareja	4
Apego y alteraciones de la respuesta sexual	6
Estilos significativos en terapia de pareja	6
Áreas de dificultad frecuentes en la relación de pareja	8
Terapia de pareja	11
Modelo de terapia sistémica	12
Terapia cognitiva sistémica	13
Terapia cognitivo-conductual	13
Terapia centrada en emociones	14
Terapia sexual	15
Requisitos éticos básicos del psicólogo que realiza terapia de pareja	17
Bibliografía	22

Así como los modelos operativos internos se expresan en estilos de apego y estos son el resultado de seguridad, evitación y ambivalencia que, ante las interacciones personales funcionan como un filtro generando expectativas y modificando la percepción en relación a situaciones de proximidad, a su vez estas mismas situaciones de proximidad en algunos casos pueden generar altos niveles de ansiedad llegando a bloquear alguna fase de la respuesta sexual, es por esto, que las disfunciones sexuales son el concomitante fisiológico de la ansiedad (Kaplan, 1979) un ejemplo de ello puede ser la ansiedad que surge de la **hipervigilancia** producida por el miedo a la pérdida afectiva.

A ello se suma el comportamiento sexual, el cual está direccionado por los estilos de apego, que explican la manera de estar en las relaciones de proximidad y de intimidad. Por esto, al establecerse una relación de pareja, además de experimentar miedos, se evidencia una complejidad en las relaciones interpersonales ya que la interacción entre dos personas también es la interacción de los estilos de apego y consigo de sus comportamientos sexuales.

Esta complejidad de las interacciones hace posible el surgimiento, mantenimiento y en su defecto, la disolución de las relaciones de pareja, por esta razón, el presente módulo visibilizará los estilos de apego más representativos que acuden a la consulta, proporcionando el criterio que determina las dificultades sexuales y mostrando los diferentes modelos que se tienen en cuenta a la hora de intervenir, sumado a las consideraciones éticas que el psicólogo debe tener en el abordaje.



Hipervigilancia

Es el estado de mayor sensibilidad sensorial, al cual lo acompaña una excesiva intensidad de conductas, cuyo objetivo es identificar amenazas del ambiente, por tanto, la persona está en alerta constante.

Relación de pareja





Recordemos que

En el anterior eje, nos habíamos referido a la pareja, definiéndola como una relación consentida entre dos partes, significativa a nivel emocional y que a través del tiempo cimienta una estabilidad emocional, además de contar con un referente importante de exclusividad durante el tiempo de la relación.

Además de las características mencionadas anteriormente, se espera que durante este periodo exista protección, cuidado y dependencia recíproca, así como el desarrollo del concepto de sí mismo y satisfacción de las necesidades sexuales de cada uno.

Para algunas parejas esto puede ser fácil, pero para otras no, llegar a acuerdos sobre los cuidados y dependencias de los miembros de la relación es complejo, ya que las relaciones interpersonales se ven mediadas por la interrelación de sistemas, los estilos de apego y el sistema sexual, así como una historia de vida distinta y una historia sexual, lo que lo hace aún más complejo para cada uno de sus miembros. Es así, que las capacidades de cada uno serán importantes a la hora de experimentar conflictos, determinando estas, el futuro de la relación o su disolución.

Adicional a lo anterior, es necesario observar que la pareja en Colombia, está cambiando drásticamente, ya que ahora se conciben las relaciones de pareja como estructuras diferentes a la familia tradicional (tenencia de hijos), por ende, no sólo se están modificando las relaciones dentro de la relación heterosexual debido a los modelos de los roles sociales y familiares, sino también los de la pareja del mismo sexo, los cuales tienen un reto en la sociedad y es no continuar perpetuando los roles asimétricos establecidos.

Por supuesto que no sólo los roles de las parejas del mismo sexo tienen un reto, sino los del sexo opuesto, ya que todos los seres humanos buscamos vincularnos, sentirnos amados, cuidados, protegidos, deseados y deseantes, por lo cual todos buscamos lo mismo en diferentes intensidades.

Es por esto, que a continuación, veremos un criterio importante que incide en la respuesta sexual tanto en la mujer y en el hombre, que a su vez altera el sistema de la relación, y posteriormente veremos los estilos de apego (características) más significativos de las parejas que acuden a terapia sexual.

Apego y alteraciones de la respuesta sexual

Helen Singer Kaplan (1979), propuso el modelo **trifásico** de respuesta sexual, donde considera que cada fase constituye una entidad neurofisiológica distinta que puede ser alterada independientemente, esto contribuyó a comprender las disfunciones sexuales, organizándolas en trastornos del deseo de la excitación y del orgasmo en hombres y mujeres.



Trifásico

Está relacionado a tres fases de alteraciones en los hombres y mujeres.

La dificultad sexual, en pocas palabras -el síntoma- es la ausencia de reacción, de lubricación vaginal, del orgasmo o de alteraciones temporales o variaciones del deseo sexual por exceso o por defecto, siendo un concomitante fisiológico de la *ansiedad*.

Existen causas lejanas como aquellas en el que el origen de la ansiedad que provoca la dificultad, se instala en un lugar históricamente personal lejano o profundo, donde las causas próximas o inmediatas suelen ser bastante específicas y donde los contenidos de las causas lejanas no suelen estar en la base de las causas próximas en las dificultades sexuales.

Teniendo en cuenta que las causas lejanas se instalan en un lugar históricamente personal profundo y en este lugar los modelos internos juegan un papel importante, ya que estos construyen los estilos de cada persona. A continuación, veremos los estilos más significativos, propensos a las dificultades no sólo sexuales, sino relacionales en el sistema de pareja.



Instrucción

Observe el organizador gráfico que encuentra en la página principal del eje, le permitirá reforzar la comprensión de este tema.

Estilos significativos en terapia de pareja

En la consulta clínica se evidencian características o estilos predominantes en las relaciones de pareja, como:

- *Estilo complejo*: el cual hace referencia a características de sus miembros inseguras, son negativas y conflictivas, siendo la ansiedad representativa, donde no sólo presentan patrones constructivos de comunicación, además de dificultad en las interacciones sexuales y dificultades para la regulación emocional. Esto da como resultado situaciones constantes de conflictos, ya que ninguno de los dos tiene una posición de soporte ni de dependencia, no se cuidan, se cuestionan, siendo su comunicación otra arma destructiva, por consiguiente, este tipo de relaciones no trasciende en el tiempo, se diluye.



Figura 1. Terapia de pareja
Fuente: <https://goo.gl/QZ3Jhn>

- *Apego inseguro de pareja*: se caracteriza porque los dos miembros de la pareja tienen una ausencia en flexibilidad, solidaridad y versatilidad, además de un marcado grado de asimetría y rigidez en la relación de la posición (dependencia-soporte) entre cada uno de los miembros.
- *Apego evitativo de pareja*: se caracterizaría por un tipo de relación poco cálida y distante, con gran dificultad para reconocer y aceptar sus necesidades de dependencia y vulnerabilidad, mostrando gran reactividad a las manifestaciones de dependencia. Este tipo de pareja mostraría un grado de conflictividad bajo. Dado que cada miembro mostraría una baja demanda emocional hacia el otro. Ambos se caracterizarían por su autosuficiencia emocional, aunque esta podría ser claramente defensiva.
- *Pareja preocupada-preocupada*: estas parejas aprenden a exagerar a intensificar su postura de necesidad para provocar una respuesta del otro, mostrando una tendencia a percibir una sensación de privación de afecto, junto con la convicción de que el otro nunca sacia sus necesidades afectivas para el bienestar, además, busca y demanda contacto emocional en la relación de pareja, pero siempre está insatisfecho y enojado. Los miembros de este tipo de pareja se oponen a contactos emocionalmente intensos, siendo estos paradójicamente buscados. En este tipo de pareja se produce un nivel alto de desacuerdo y conflicto, porque cada miembro demanda que el otro satisfaga sus necesidades de vinculación al tiempo que rechaza cualquier respuesta del otro por insuficiencia, aquí podemos observar una asimetría en uno de los miembros de la relación, típica de la posición ambivalente, así como una asimetría en el sistema, donde compiten por la posición de dependencia.

- Z este tipo de perfil es el que más se presenta en consulta por ser altamente conflictivo, el miembro preocupado de la pareja se caracteriza por expresar la mayor parte del descontento. El evitativo piensa que el problema sólo está en el descontento del otro. Ambos suelen estar de acuerdo en que el evitativo, evita estar en la posición de dependencia. Sin embargo, también rechaza cualquier expresión de necesidad de dependencia por parte del otro. Por lo cual, este sistema relacional se mantiene en conflicto permanente, puesto que la pareja preocupada se siente crónicamente necesitada y emocionalmente abandonada, mientras que el evitativo muestra desdén hacia las expresiones de necesidad y de dependencia por parte del otro. Como el preocupado aumenta e intensifica las demandas y las súplicas para cubrir sus necesidades de apoyo emocional y atención, el evitativo intensifica sus respuestas defensivas ante las demandas, por tanto, los conflictos de pareja se pueden entender desde las distancias emocionales, ya que cada miembro establece una distancia emocional óptima respecto al otro, que varía según las contingencias. El sistema de pareja modula estas distancias en función de las necesidades de sus miembros de una manera funcional.

En estos perfiles se puede observar el predominio de síntomas de ansiedad en diferentes intensidades por parte de sus miembros, haciéndolos propensos a presentar dificultades sexuales, así como relacionales.



Estudio de caso

Veamos un caso modelo que permite ver las diferentes opciones de solución a un problema en la relación de pareja.

Áreas de dificultad frecuentes en la relación de pareja

Existen variadas circunstancias que hacen posible que se presenten dificultades en la relación de pareja, de esta manera, nos centraremos en este apartado en algunos determinantes que hacen posible esta vivencia.

No obstante, quiero hacer alusión al término de *dificultades*. Una dificultad es el obstáculo que se presenta para obtener lo anhelado, esto quiere decir, que para alcanzarlo es necesario poner a prueba capacidades tanto físicas como psicológicas que cada persona tiene, además, de aprender a gestionar las emociones, regulándolas, lo cual requiere de disciplina y de tener claro que se desea, en este caso la estabilidad y la satisfacción de dos miembros de la relación. No quiero mencionar el término *problemas* ya que estos tienen una simbología específica en el imaginario de cada persona, adicional a esto, un problema causa un malestar físico, mental o emocional que requiere de una solución,

esto puede llegar a **invalidar** una parte de la vida de la persona que lo está experimentando, hasta el límite de imposibilitarla.



Invalidar

Hace referencia a no poder reaccionar a bloquear una rea específica de la vida de la persona.

De esta manera, el significado de dificultad a nivel terapéutico, permite el reconocimiento de la misma. Es por esto, que en algunas relaciones los integrantes se ven expuestos a experimentar dificultades fundamentalmente *por pocas o nulas* habilidades para relacionarse de manera positiva, solucionar problemas y comunicarse de forma asertiva y efectiva.

Además, *la intimidad*, presenta un área de dificultad o de conflicto, incluyendo en este apartado elementos como expresión de afectos (detalles, sexo, etc.), además de los temores o miedos que surgen para vivenciar la intimidad, tales como:

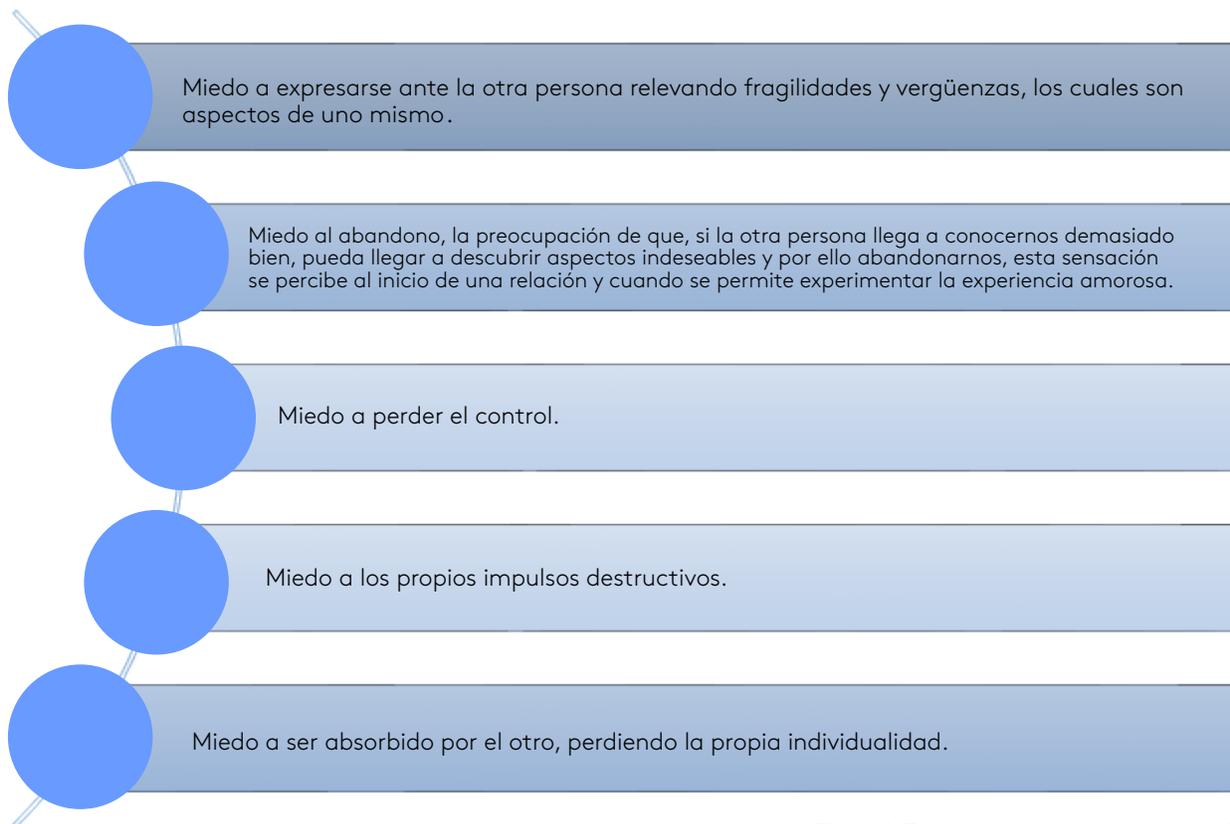


Figura 2. Temores de la intimidad de pareja
Fuente: propia

De esta manera, desde la perspectiva de apego, todas las personas necesitan la proximidad psicológica donde se produzca un tipo de comunicación privilegiada, verbal y no verbal, dicho de otra manera: intimidad, donde aflore el compartir, **exteriorizar** lo más íntimo, lo más secreto y la verdad de uno mismo.



Exteriorizar

Habilidad de expresar sentimientos a las demás personas.

No sólo los miedos están presentes en los conflictos o en las dificultades de pareja también se presenta:

1. La incapacidad de buscar cuidados.
2. Incapacidad para ofrecer cuidados.
3. Incapacidad de sentirse bien con la autonomía.
4. Incapacidad de negociar.

A ello se suma, dentro de la relación la ausencia de *compromiso*, siendo el principal factor en la relación de pareja. El cual, dispone de dos partes hacia el mantenimiento de la relación y un aspecto de vinculación –apego- hacia el integrante de la relación. Así mismo, el compromiso en la relación fluctúa dependiendo de la satisfacción de sus integrantes (expectativas y resultados obtenidos en la relación), es por esto, que a nivel individual la contribución de cada uno, permite la conexión de los sistemas relacionales, dando lugar al mantenimiento de la relación (Martínez, 2000).

La *dominación* es otra característica a considerar, debido a que uno de los miembros de la pareja posee control y proyecta poder en la toma de decisiones, un ejemplo característico es el uso del dinero, así como las actividades de ocio, distribución de actividades en casa y desarrollo profesional de cada integrante de la relación, es necesario resaltar que **la dominación se relaciona con desigualdad de género la mayoría de las veces pero no siempre, ser dominante también depende de la capacidad de liderazgo de uno de los miembros de la pareja en un tema, así puede ser el hombre dominante en lo económico pero la mujer en la crianza de los hijos, o la regulación emocional, o lo intelectual, etc., o viceversa.** Además, podemos ver que en

esta actitud de dominio hay un predominio de la *ansiedad*.

Adicional a lo anterior hay que considerar que el *poder y dominación*, es reforzante en sí mismo. Así como la intimidación es un refuerzo importante para cada integrante de la pareja y es fácil reconocerlo como tal, el ejercicio del poder también lo es, no solamente porque permite el acceso a determinados bienes, sino por la percepción de control y de autoeficacia que obtiene quien lo ejerce.

Así, la persona que no está considerada en su trabajo o en sus relaciones sociales, podría buscar en la pareja la validación que le falta, y no solamente a través de la intimidad, sino buscando sentirse poderoso al ejercer el dominio en un ambiente social significativo como es la familia o la pareja.

Otro aspecto característico que se evidencia dentro de la relación es la inadecuada *comunicación*. Si hay ausencia y no se logra fortalecer, generará una perpetuación de esta dificultad dilatándose en el tiempo sin encontrar soluciones, por consiguiente, el origen de las dificultades se olvida, llegando a considerar que no existen detonantes de las situaciones, proyectando a su vez que es la propia convivencia la que se convierte en dificultad, por tanto, la pobre comunicación y la falta de habilidades para resolver problemas se asocian a cualquier otro tipo de situación.

Las *expectativas* también son un factor a considerar ya que si no se cumplen pueden generar conflictos, debido a que las conductas de hacer expectativas son automáticas y no son conscientes, son llamados procesos psicológicos básicos, haciendo que las dificultades sean constantes, casi agudos y no siempre explícitas, dando lugar

a emociones fuertes que no encuentran una expresión adecuada para la respectiva solución.

Y, por último, la violencia tanto física como psicológica, la cual ha sido y continúa siendo alta en las estadísticas, llegando a predecir el divorcio. En Colombia se presenta una tendencia alta de parejas que acuden a consulta, con factores de riesgo de violencia psicológica, pero solamente una pequeña proporción lo menciona como motivo importante para solicitar ayuda, siendo ésta naturalizada en la sociedad colombiana por ser un país conservador y patriarcal, donde sólo es grave la violencia física en condiciones extremas, ya que si no es condición extrema, no causa divorcio, claro está en el imaginario de quien lo experimenta sea hombre o mujer, ya que no sólo las víctimas son mujeres, los hombres también.



Instrucción

Los invitamos a escuchar el Podcast con preguntas, el cual proporcionará una mirada actual de las problemáticas en las relaciones de pareja.

Terapia de pareja

Cuando se detectan dificultades dentro de la relación, se experimentan sentimientos de dolor, ansiedad, insatisfacción, resentimiento y hasta odio hacia el otro. En ocasiones llegan a reflexionar del porqué está sucediendo tal situación, llegando hacer una introspección para tratar de dar una explicación a los cambios que vive la relación. Sin embargo, no se logra ya que entra la subjetividad en juego, haciéndolo más difícil, de manera que, continúan buscando otras alternativas de solución, claro está subjetivas, cuyo resultado no es el esperado.



Recordemos que

Todo esto ocurre porque la pareja no puede ver que su estructura ha cambiado. La mayoría de relaciones de pareja están concebidas bajo el modelo de amor romántico en donde la relación de pareja es *fusional*, la cual hace referencia a la relación cerrada donde se comparte todo, están siempre juntos en todo momento, y es asimétrica, por ende, uno de los dos quiere respirar y es en este momento, donde se percibe un cambio en la organización de la pareja, es natural que las relaciones de pareja evolucionen, ya que los dos tienen aprendizajes de las experiencias que comparten. Es por esto, que cada nuevo intento de orientarse consigo mismo, no haría sino empeorar las cosas. Por ende, se tendrá que cambiar la dirección de lo que se quiere lograr.

Podemos decir que la terapia de pareja consiste en poner nombre a estas nuevas situaciones. Se trata de presentar a la pareja una nueva realidad, -aquí y ahora -, creando un espacio donde se evalúen las dificultades que presentan, y se elabore un plan de acción direccionado a fortalecer la relación de pareja, modificando actitudes y cogniciones frente a la relación. Para lograr este resultado será necesario en primer lugar disposición a querer cooperar en terapia, y segundo de la disciplina para aplicar lo sugerido en consulta.

De manera que, al producirse una nueva estructura relacional, construirán una realidad que ofrece a la pareja que sea coherente, aceptable y que no incluya síntomas o conflictos. Una nueva realidad de las diversas posibles, la cual puede ser más funcional sin presiones como el modelo de *relación fusional*, lo que hace referencia a una relación donde comparten lo que quieren y cuando quieren, en el que permanece la individualidad siendo simétrica. Este modelo tiende a permanecer en el tiempo, pero presenta dificultades, ya que este impuesto dado por el modelo de amor romántico, es asimétrico y cuesta modificarlo.

Hay que enfatizar que la construcción de realidades alternativas no es algo que el terapeuta hace y la pareja recibe. Es un proceso que se realiza en conjunto, el cual es consentido por las partes implicadas en este caso, la pareja, de manera que, el proceso va convirtiendo en real aquello que acepta el sistema como real.

Ahora bien, la terapia de pareja surge a partir de la necesidad de una pareja, la cual puede ser por la experimentación de dificultades sexuales, es por esto que a continuación veremos la terapia sexual, sin embargo, es necesario tener como precedente que existen diferentes modelos de terapia de pareja, pero en este módulo nos centraremos en la terapia sistémica, terapia cognitiva sistémica, terapia cognitivo conductual y terapia centrada en emociones que también se trabajan en consulta para abordar dificultades sexuales.

Modelo de terapia sistémica

Esta terapia según De la Espriella (2008), centra los objetivos principales en:

1. Generar un cambio que favorezca la comunicación. La meta-comunicación va más allá del mensaje escrito u oral, comprendiendo aspectos **paralingüísticos**, funcionales del lenguaje.
2. Respeto hacia los valores y creencias de sus integrantes. Redefinición de interacción.
3. Coherencia de las expectativas de los integrantes.
4. De no ser posible la continuación de la relación, se planteará trabajar para que el proceso de separación sea lo menos doloroso posible.



Paralingüístico

Hace referencia a la risa, el llanto, los gestos que se las personas tienen para expresar como se sienten en una relación.

Terapia cognitiva sistémica

Este modelo focaliza la intervención en los modelos cognitivos internos que tienen los integrantes de la relación, sobre el ideal de lo que debe ser la relación, así como la comunicación, los compromisos de cada uno, etc.

La finalidad de este modelo, según Tapia (2000), es introducir elementos cognitivos que permiten comprender lo que origina las problemáticas en la relación, identificando existencia o no de jerarquías en relación de la pareja (asimetría) y aspectos de la comunicación.

A continuación, se describen las fases de este modelo:

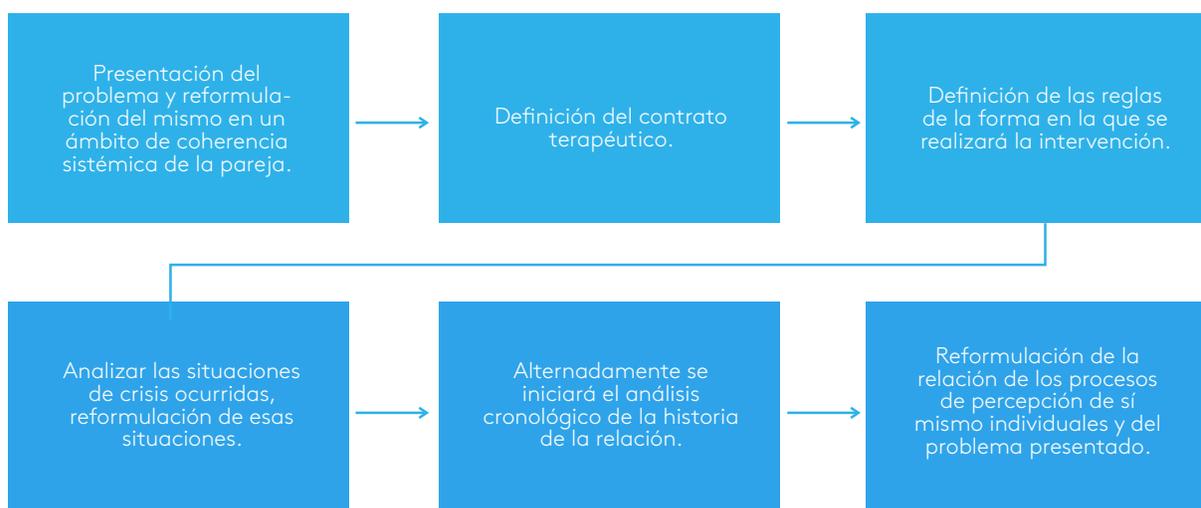


Figura 3 Fases de la terapia cognitiva sistémica.
Fuente: propia

Terapia cognitivo-conductual

Este modelo enfatiza el abordaje en *expresar* y *funcionar* de forma práctica en la relación, por lo cual, se incorporan técnicas cognitivas para intervenir aspectos como las creencias, expectativas y atribuciones.

Ellis (1977), pionero en la aplicación de la técnica mencionada resalta que las distorsiones cognitivas que vivencian los consultantes son debidas a discrepancia entre las expectativas actuales con las ideales de la relación.

Es importante resaltar, que este modelo incorpora técnicas cognitivas y técnicas propias de la terapia conductual, cuyos objetivos de intervención según Dattilio y Padesky (1995), son los siguientes:

1. Identificar y etiquetar distorsiones cognitivas.
2. Entrenar en la identificación de pensamientos automáticos.
3. Permitir la conexión de las emociones con los pensamientos automáticos.
4. Eliminar, reformular y analizar los pensamientos automáticos.

Terapia centrada en emociones

A partir de investigaciones que realizaron Johnson y Schindler (1999), en la efectividad de la terapia, mencionaron que además de ser efectiva en la reducción

de los problemas o dificultades, ya que al parecer existe una tendencia en que las parejas continúen teniendo una mejoría posterior a la intervención, es un modelo de terapia experiencial, por consiguiente, hace hincapié en:

1. Eliminar los patrones repetitivos de interacción y crear un nuevo patrón más flexible que responda a las necesidades de cada integrante.
2. Transformar las respuestas emocionales que provocan esos patrones.
3. Desarrollar un vínculo emocional seguro.



Figura 4 Aspectos claves de la terapia centrada en emociones.
Fuente: propia a partir de Johnson y Whiffen (1999)

El proceso de cambio que se obtiene con la terapia enfocada en emociones, lleva a cabo nueve pasos, los cuales son recogidos por Johnson y Whiffen (1999):

1. Creación de una alianza terapéutica (dando a conocer el modelo de problemas bajo la perspectiva de apego).
2. Identificar en los integrantes de la relación la interacción que mantiene el apego inseguro y la angustia en la relación.
3. Permitir acceder a las emociones no exteriorizadas.
4. Reformular el problema con base a emociones básicas y a necesidades de apego.
5. Apropiarse por parte de los consultantes a las necesidades de apego, (como proximidad) en las interacciones de su relación de pareja.
6. Promover la aceptación en la construcción de nuevas experiencias y respectivas respuestas que se van produciendo en el otro integrante.
7. Creación de espacios que faciliten la exteriorización de necesidades y compromisos emocionales.
8. Creación de nuevas alternativas de solución.
9. Fortalecimiento de proximidad relacional y vinculación.

Es por esto, que, a partir de los modelos mencionados anteriormente, los cuales son los más eficaces y representativos, se ve la necesidad que el psicólogo especialista en parejas, llamado terapeuta, cumpla con el quehacer profesional teniendo en cuenta el código deontológico colombiano y la Ley 1090 de 2006.

Terapia sexual

Por lo general, proviene de la terapia de pareja ya que acuden porque están experimentando dificultades en la respuesta sexual, bien sean del hombre o de la mujer, creando una insatisfacción en el área sexual, además de aspectos relacionales, ya que, a partir de estos, se empiezan a originar problemas de comunicación o se visibilizan posterior a esta situación.

Es por esto que la terapia sexual está direccionada al tratamiento de las disfunciones sexuales según Masters.



Figura 5. Disfunción sexual
Fuente: shutterstock/561618586

Johnson, Kaplan, Crepault, etc., considerando dentro de la terapia la focalización del tratamiento de la dificultad sexual demandada. No obstante, una parte importante de las disfunciones sexuales suelen ser sistémicas, en las cuales deben determinarse si la focalización del tratamiento debe realizarse sobre el síntoma sexual o sobre el sistema de pareja, por esto es importante que los terapeutas posean formación en estos dos ámbitos.

De manera que, algunos modelos terapéuticos reconocen que las dificultades sexuales pueden ser concebidas a distintas causas, de tipo cognitivo o interpersonal, los cuales se abordan en la medida en que impiden la mejoría del síntoma, es por esto, que algunos modelos consideran la dificultad sexual como un síntoma de conflictos profundos sin resolver, por tanto, su desaparición sólo sería posible en la medida en que los conflictos sean disueltos a través de un proceso terapéutico.

Así mismo, otros limitarían el conocimiento de las dificultades sexuales planteándolas como dificultades de aprendizaje, por lo que su eliminación dependerá de la modificación de las conductas implícitas.

Retomando a Helen, Singer y Kaplan (1979), la terapia sexual, está precedida de la naturaleza multicausal de las dificultades sexuales, en donde centra la intervención en la dificultad sexual misma y sólo aborda directamente otras dificultades psicológicas o relacionales en la medida en que estas sean un obstáculo para la respectiva dificultad, es por esto, que el tratamiento desde esta perspectiva se centra en la modificación de las causas inmediatas y de las defensas contra la comunicación, la erótica. El objetivo es eliminar los causantes inmediatos que se resisten al funcionamiento sexual de la pareja permitiendo que el erotismo se desarrolle libremente.



Multicasualidad

Hace referencia a contemplar diferentes causas de una dificultad o un problema. No sólo se ubica de una única casusa.

Adicional a lo anterior, Masters y Johnson (1970), consideraban que el principio básico de la terapia sexual es el reconocimiento de la naturaleza multicausal de las dificultades sexuales, permitiendo un abordaje flexible e integrador, por consiguiente, esta **multicasualidad** de las dificultades sexuales justifica el modelo propuesto por la terapia sexual.

Por otro lado, las dificultades sexuales pueden tener su origen, bien en lo individual, donde la biografía juega un papel importante, o bien en el ámbito de la relación donde la dinámica de la pareja, sea hetero u homosexual, podría explicar su origen, en cualquier caso, sin lugar a dudas, estos interactúan.

También, otro de los objetivos esenciales de la terapia sexual consiste en el motivo de consulta, como el incremento de la calidad de las relaciones sexuales, afectivas o emocionales, desde una perspectiva sistémica, la persona o pareja acude a consulta con un sistema de relaciones sexuales como insatisfactorio en donde el objetivo de la terapia está centrada en utilizar los recursos terapéuticos necesarios para hacer transitar este sistema de relación sexual percibido como insatisfactorio, hacia una nueva percepción de satisfacción.

Sin embargo, el objetivo en pareja es definir por sí mismas los criterios de satisfacción sexual con base a valores personales y no tanto valores socialmente construidos.

Es por esto que la terapia sexual debe promover lo siguiente:

- Elaboración de criterios propios de satisfacción sexual.
- Redefinir las fuentes de satisfacción.
- Optimizar los recursos de comunicación interpersonal.

Requisitos éticos básicos del psicólogo que realiza terapia de pareja



Video

Antes de continuar, les invitamos a revisar la lectura de Preguntas frecuentes del Colegio Colombiano de Psicólogos, en dónde se pueden consultar documentos y normatividad relacionada con ética y deontología en el ejercicio de la psicología en Colombia, específicamente la pregunta 53.

Preguntas frecuentes

Colegio Colombiano de Psicólogos

<http://www.colpsic.org.co/quienes-somos/preguntas-frecuentes/24>

En primer lugar, los requisitos para el ejercicio de la terapia de pareja son los siguientes:

- Ser psicólogo acreditando una formación académica e idoneidad profesional, mediante la presentación del título respectivo y demás disposiciones legales como profesional.
- El psicólogo debe tener las competencias para ejercer la profesión, reconociendo los límites de sus competencias y de sus técnicas, donde solamente prestarán el servicio y utilizarán técnicas para las cuales se encuentran cualificados, en este caso, sería especialización en el área clínica o en su defecto una maestría en pareja y familia, entre otras.

Quiero hacer precisión en este apartado de competencias ya que es necesario que un profesional cualificado y experto sea quien guíe este proceso, por esta razón, cito al Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic), en el perfil de competencias del psicólogo en Colombia en el contexto de salud, el cual definen como:

“Una competencia profesional hace referencia al conjunto de las capacidades (conocimientos, habilidades, actitudes y experticias) propias de su nivel de formación, en torno a la solución de una situación problema o demanda social, a partir de la reflexión ética, el reconocimiento de las particularidades del entorno, el establecimiento efectivo de las dimensiones de la situación problema y el reconocimiento de la pertinencia del trabajo colaborativo e interdisciplinar” (Leigh ét al., 2007), (Colpsic, 2013, p. 20).

La competencia profesional empieza con el entrenamiento y se convierte en un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida profesional, es dependiente del contexto y se evidencia a través de sus componentes y de cómo ésta es ejecutada en diversas situaciones.



Asumir la *responsabilidad* al ofrecer sus servicios, manteniendo los más altos estándares de la profesión, lo cual le permite aceptar la responsabilidad de aceptar las consecuencias de los actos, poniendo todo el empeño para asegurar una debida intervención.



Principio de confidencialidad, la cual está relacionada con la información obtenida de la terapia de pareja, de esta manera revelarán tal información a los demás sólo con el consentimiento de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un daño a la persona u otros, por consiguiente, los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de este principio. Es de considerar, que en consulta individual este principio se mantiene en las sesiones individuales que se lleguen hacer con cada miembro de la pareja. (También de acuerdo al encuadre que se haya hecho).



Bienestar del usuario, en este apartado el terapeuta respetará la integridad y protegerá el bienestar de las personas que hacen parte de la consulta terapéutica, en especial cuando se generen conflictos de intereses entre los usuarios, lo cual se suele presentar de manera constante en terapia de pareja, por tanto, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad, por lo que deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos. Donde mantendrán suficientemente informados a los consultantes tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento.

Figura 6. Competencias profesionales
Fuente: propia

Además, en el Artículo 34 de la Ley 1164 del 2007, se mencionan los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano, en este caso en los consultantes, además de la promoción de su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual. sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, así como de un medio ambiente sano.

Adicional a lo anterior, la actitud de quien ejerce la profesión debe exigir el establecimiento de los límites de código de ética de psicología, además, de normas que presiden a todos los ciudadanos establecidos en la constitución y la Ley colombiana.

Del mismo modo, en el Artículo 35 de ésta misma Ley, también se mencionan los principios éticos y bioéticos, refiriéndose que son requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, la veracidad, la igualdad, la beneficencia, el mal menor y la causa del doble efecto.

- Cuando se hace referencia a personal de salud, estamos hablando del psicólogo clínico o de la salud ya que trabaja directamente con la salud mental, por ende, el psicólogo o terapeuta de pareja debe ser coherente con lo que se es, piensa dice y hace con las personas que se relaciona, en este caso los integrantes de una relación de pareja, en el ejercicio de la profesión, a esto se le llama, Veracidad.
- Otro principio característico al realizar la consulta es la *igualdad*, en el que se le debe reconocer el mismo derecho a todos, el cual es brindar una buena calidad en la atención, conforme a las necesidades de cada integrante, es cierto que, en este aspecto, se espera que al presentarse parejas del mismo sexo también se ejerza de la misma manera.
- Cada consultante es completamente diferente y esto lo evidenciamos más en terapia de pareja, por tanto, se debe hacer lo que conviene a cada integrante, respetando sus características particulares, teniendo cuidado con el más débil o necesitado y procurando que el beneficio sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en termino de riesgos y costos.
- La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituye un motivo para privar de asistencia a ningún ser humano, se debe abogar por que se respeten de modo especial los derechos de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de la autonomía, al cual llamamos principio de *beneficencia*.
- Incluso en *el mal menor*, se deberá elegir el menor mal, valga la redundancia, evitando transgredir el derecho a la integridad cuando hay que obrar sin dilación y las posibles decisiones puedan generar consecuencias menos graves que las que se derivan de no actuar.
- Cuando se realiza terapia de pareja se espera que los integrantes de la relación se estabilicen, no obstante, en uno de los dos, el efecto es diferente, puede ser con una intensidad más alta que el otro, a este principio se le llama *causa de doble efecto*, de esta manera, es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo sí:
 1. La acción en sí misma, es decir sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente.
 2. La intención es lograr el efecto bueno.

3. El efecto bueno se da al menos con igualdad de inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo.
4. Debe tener una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite, por consiguiente, no es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor.
5. Si el efecto bueno pudiera conocerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.



Lectura recomendada

Ahora, les invitamos a realizar la lectura propuesta, con la finalidad de ahondar en las competencias del psicólogo en el campo de la salud, específicamente de las páginas 20 a la 31.

Perfil y competencias del psicólogo en Colombia en el contexto de la salud
Colegio Colombiano de Psicólogos



Instrucción

Para finalizar, realice la actividad evaluativa del eje 3, así podrá poner en práctica los conceptos aprendidos.

Colpsic. (2013). *Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud*, Bogotá: Ministerio de salud. p. 20.

Dattilio. y Padesky. (1995). *Terapias cognitivas con parejas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

De la Espriella. (2008) Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 37, pp. 175-186.

Ellis. (1977). The nature of disturbed marital interactions. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer

Gómez, Z. (2009). *Apego y sexualidad entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.

Herrera, C. y Torres S. (2015) *Modelo de intervención psicoterapéutica con las parejas del mismo sexo*. Bogotá: Liberarte.

Johnson. y Schindler. (1999). Emotionally Focused Couples Therapy: Status and Challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 6, pp. 67–79.

Johnson y Whiffen (1999). Made to Measure: Adapting Emotionally Focused Couple Therapy to Partners' Attachment Styles. *American Psychological Association*, 24, pp. 25-40.

Kaplan, H. (1979). *Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in the therapy*. Nueva York: Simon and schuster

Masters, W. y Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy* Boston: Little, Brown

Martínez, D. (2000). Contrastación del modelo de inversión de Rusbult en una muestra de casados y divorciados. *Psicothema*, 12, pp. 65-69.

Pinto, B. (2000). Terapia de pareja: una perspectiva cognitiva-sistémica. *Revista de la Universidad Católica Boliviana*, 8, pp. 79-86.

Sternberg, R. (1986). Una Teoría Triangular del Amor. *Psychological Review*, 93(2), pp. 119-135.