

Apuntes de Psicología
2009, Vol. 27, número 2-3, págs. 273-287.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,
Universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y
Universidad de Sevilla

Terapia sistémica de pareja de la depresión. Un estudio de caso único

Guillem FEIXAS VIAPLANA
Dámaris MUÑOZ CANO
Gloria DADA SÁNCHEZ
Victoria COMPAÑ FELIPE
Susana ARROYO ANDREU
Universidad de Barcelona

Resumen

En este estudio de caso único se presenta el tratamiento de una mujer diagnosticada de depresión mayor con terapia sistémica de pareja. Esta modalidad de terapia supone la inclusión de la pareja en todas las sesiones de tratamiento, en las que se trabaja con ambos de forma conjunta. A medida que avanza la terapia se van explicitando los significados relacionales de los síntomas y las dificultades de relación, y se trabaja de forma conjunta para remediarlas. El proceso terapéutico se completó con 11 sesiones, la mayoría quincenales, y los resultados de la evaluación al terminar el tratamiento mostraron un descenso notable de los síntomas depresivos de la paciente (según el BDI-II) con respecto a la evaluación inicial. Asimismo, en la entrevista diagnóstica post-tratamiento no cumplía tampoco los criterios de depresión mayor. En cuanto a la pareja, ambos percibieron la relación como más armónica (según el DAS). Dentro de las limitaciones propias de los estudios de caso único, este trabajo permite ilustrar las potencialidades del enfoque sistémico en el tratamiento de la depresión.

Palabras clave: depresión, terapia sistémica de pareja, caso único.

Abstract

In this case study, the treatment of a woman with the diagnosis of major depression using systemic couple therapy is presented. In this kind of therapy the partner is included in the all the treatment sessions working in a conjoint format. As therapy progresses, the relational meanings of the symptoms are made explicit, some relationship difficulties emerge, and joint work is made to find solutions. This therapy was completed after 11 mostly two-weekly sessions, and the results at the post-therapy assessment showed a substantial decrease in her depressive symptoms (measured with BDI-II) as compared to pre-therapy assessment. Also, in the structured diagnostic post-therapy interview she

Dirección del primer autor: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología..Passeig de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. *Correo electrónico:* gfeixas@ub.edu

Recibido: abril 2009. *Aceptado:* junio 2009.

did not fulfil anymore the criteria for major depression. For the couple, both perceived their relationship as more harmonious (according to their scores on the DAS). Within the characteristic limitations of a single case study design, this work illustrates the potentials of systemic couple therapy for the treatment of depression.

Key words: Depression, Systemic Couple Therapy, Case Study.

La relación entre la depresión y la dinámica relacional de la pareja ha sido objeto de varios trabajos tanto a nivel teórico como empírico. A nivel teórico, en el ámbito español destacan las aportaciones de Linares (1996), y Linares y Campo (2000). A nivel internacional, existen estudios que sugieren la relación entre los síntomas depresivos y los problemas de pareja (Pettit y Joiner, 2006; Whisman, 2001), o el nivel de críticas por parte de la pareja hacia el paciente (Hooley, Orley y Teasdale, 1986; Okasha *et al.*, 1994), así como la relación entre recuperación y el incremento del apoyo y de la intimidad con la pareja (Goering, Lencee y Freeman, 1992). Todas estas relaciones, así como los resultados de estudios clínicos de eficacia (por ejemplo, Leff *et al.*, 2000) sugieren que la terapia de pareja puede jugar un papel relevante en el tratamiento de la depresión.

En este trabajo presentamos un estudio de caso único observacional en el que se emplea la terapia sistémica de pareja, en base al manual de Jones y Asen (2000) utilizado en el estudio de Londres, lo que permite ilustrar el potencial clínico de este enfoque. En los últimos 20 años se ha producido un resurgimiento de este tipo de estudios (Roussos, 2007) y existen investigadores clínicos que se oponen a la visión reduccionista que durante mucho tiempo se ha tenido de los estudios de caso único (Jones, 1993; Jones, Ghannam, Nigg y Dyer, 1993). El estudio de casos permite, entre otras cosas, la ejemplificación de los conceptos teóricos abstractos, el entrenamiento de profesionales, la producción de nuevas ideas y tendencias de pensamiento

además de ser una modalidad de estudio empírico de pleno derecho.

El estudio de Londres sobre la terapia sistémica de pareja de la depresión

Los hallazgos de Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberleinfries y Sturgeon (1982) sobre Emoción Expresada (EE), en familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia fueron de interés para el desarrollo del Ensayo de Londres de Intervención en la Depresión (ELID; Leff *et al.*, 2000). En este último se buscaba determinar si la disminución de la EE de la pareja podía influir positivamente en la reducción de la sintomatología depresiva del Paciente Identificado (PI). Así pues realizaron un estudio comparativo sobre la eficacia de tres tipos de terapia aplicados en la depresión: Terapia Cognitiva (formato individual), Terapia Sistémica de Pareja (TSP) y fármacos antidepresivos. Todas las condiciones de tratamiento disponían de un protocolo en el que se definió el abordaje terapéutico. Jones y Asen (2000), tras varios ajustes, redactaron el manual para la condición TSP.

Inicialmente se evaluaron a 290 pacientes, con diagnóstico de depresión mayor. 202 de los pacientes fueron excluidos del estudio por los siguientes criterios: no tener pareja estable heterosexual, no aceptar la asignación al azar, no participar voluntariamente en el estudio o/y rechazar medicación antidepresiva. Los 88 pacientes restantes fueron asignados al azar a los tres tipos de terapia que fueron distribuidos homogéneamente

según variables sociodemográficas (edad, sexo...) y clínicas (gravedad, evolución...). No obstante, debido al abandono de 8 de los 11 pacientes que se asignó inicialmente a la terapia cognitiva, esta condición de tratamiento se suspendió. Así, pues, en el grupo TSP se trabajó con 40 parejas y, en el grupo tratado con fármacos, con 37 pacientes depresivos.

En la evaluación inicial a todos los pacientes se les aplicó la batería de pruebas del Examen de Estado Actual (PSE), la escala de Depresión de Hamilton (HAD, punto de corte ≥ 14) y el Inventario de depresión de Beck (BDI, punto de corte ≥ 11). Posteriormente, durante el tratamiento, con una periodicidad de 6 semanas se les administró el BDI hasta el final del tratamiento y cada 3 meses hasta el final del seguimiento, a los dos años. Las parejas de los pacientes deprimidos en la condición TSP fueron evaluadas al inicio del tratamiento con el BDI y con la Camberwell Family Interview (Vaughn y Leff, 1976). Y finalmente, ambos miembros de la pareja fueron evaluados por la Escala de Ajuste Diádico (DAS).

Los resultados indican una notable disminución de la depresión de los pacientes del grupo TSP respecto al grupo de terapia farmacológica. Jones y Asen (2000) lo relacionan con que la TSP influye en la reducción de la Hostilidad (un aspecto central de la EE) manifestada por las parejas de los pacientes deprimidos. Este descenso de los síntomas depresivos se mantenía durante el seguimiento. La tasa de abandono del tratamiento fue superior en el grupo farmacológico frente a los que habían recibido TSP. El análisis de costes económicos muestra que la TSP no es más costosa que el tratamiento con fármacos antidepressivos.

Tal como se plantea en el manual (Jones y Asen, 2000), el objetivo de la TSP es ayudar

a ambos miembros a reajustar su patrón de interacción de manera que puedan encontrar nuevas perspectivas y significados a los problemas. Se parte de la premisa que un cambio en la interacción puede influir en la reducción de la sintomatología. Se estructura la terapia en tres fases siguiendo un formato común de TSP:

- a) Primeras sesiones: el terapeuta explora la/s definición/es del problema realizadas por el PI y por su pareja así como las opiniones de sus familiares y otros significativos, y las soluciones intentadas.
- b) Sesiones intermedias: la exploración y la intervención se centra en los patrones relacionales implicados en el mantenimiento del problema y la búsqueda de formas más funcionales de relación y solución del problema.
- c) Sesiones finales: se revisa el proceso terapéutico y se trabaja en la prevención de recaídas.

Presentación del caso

Descripción general

En el contexto del convenio suscrito por el Master en Terapia Cognitivo Social (www.ub.edu/tpia_cognitivosocial) de la *Universitat de Barcelona* con el *Institut Català de Salut*, Milena, de 53 años, es derivada por su médico de familia para ser tratada con psicoterapia por un cuadro de depresión agudo. Había recibido tratamiento farmacológico durante casi un año, sin remisión notable de la sintomatología. Una vez realizada la entrevista inicial de admisión en el protocolo de psicoterapia y tener conocimiento de que vivía con su marido, Marcelo de 62 años, se les consideró como caso posible para ser incluido en la investigación que se realiza

en dicha universidad para la adaptación española del manual de terapia de pareja en la depresión de Jones y Asen (2000). Para ello se debe confirmar el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor y debe existir una pareja con la que se haya convivido un año, como mínimo.

Procedimiento

La evaluación pre-tratamiento tuvo una duración de 3 sesiones y fue realizada por dos evaluadores independientes entrenados en la batería de pruebas empleadas para el presente estudio. En esencia sigue los pasos del ELID, pero con algunas modificaciones en cuanto a los instrumentos empleados. A ambos miembros de la pareja se les administró la Escala de Ajuste Diádico (DAS, Spanier, 1976 adaptación española Cáceres, 1996) y la Técnica de Rejilla (TR) (véase *p. ej.*, Feixas, De la Fuente y Soldevilla, 2003). La TR fue creada por Kelly (1955) para la exploración de la construcción del sí mismo y los demás (para su relevancia en la depresión véase Feixas, Erazo, Harter y Bach, 2008) y para la detección de dilemas personales (Feixas, Saúl y Ávila-Espada, 2009). Pero en este estudio se utilizó en la tercera sesión de evaluación una versión adaptada para explorar las percepciones y meta-percepciones de los miembros de una familia o pareja (Feixas, Procter y Neimeyer, 1993) cuya descripción, así como la de los datos resultantes de la TR, serán objeto de otra publicación.

Por otro lado, a la PI se le pasó la entrevista clínica estructurada SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997), la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la escala de Beck para la depresión (BDI-II, adaptación española de Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003).

En esta misma fase la pareja firmó un contrato terapéutico y consentimiento informado a través del cual permitía que las sesiones fuesen grabadas en vídeo como material de trabajo y que pudiesen ser utilizadas únicamente con fines terapéuticos, didácticos y/o de investigación. La fase de terapia tuvo una duración de 11 sesiones quincenales, excepto las dos últimas sesiones que se espaciaron mensualmente. Al inicio de cada sesión la PI respondía al BDI-II. En la fase post-tratamiento, de nuevo se evaluó a la pareja y a la PI con la misma batería de pruebas administrada en la fase pre-tratamiento.

Resultados de la evaluación pre-tratamiento

Las puntuaciones obtenidas en esta fase fueron las siguientes: en la DAS (Spanier, 1976 adaptación española de Cáceres, 1996) Marcelo presenta una puntuación de 105 la cual está indicando una valoración armónica de la relación. Sin embargo, Milena obtiene una puntuación de 91 señalando una valoración menos armónica de la relación de pareja. Milena en la EEAG presentó una puntuación de 60 indicando síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar. En las 3 sesiones de evaluación previas al inicio de la terapia, en el BDI-II obtuvo puntuaciones de 34, 31 y 45, por este orden, lo que corresponde a una depresión severa. Estos resultados son coherentes con los obtenidos por ambos evaluadores en la entrevista SCID-I (First *et al.*, 1997), y que apuntan a un Trastorno Depresivo Mayor grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

La fase de terapia

En el primer apartado, sesiones iniciales, exploramos el problema mediante las tres primeras sesiones de la entrevista semies-

estructurada propuestas por Linares y Campo (2000), aspecto compatible con el propuesto por el manual de Jones y Asen (2000). En el segundo apartado, las sesiones intermedias, formulamos las hipótesis y describimos las intervenciones realizadas con la pareja. Y finalmente, en el apartado de las sesiones finales, valoramos los cambios del proceso terapéutico y trabajamos en la detección y prevención de posibles recaídas.

Sesiones iniciales

Primera sesión: Exploración del problema. Según la PI han confluído varios aspectos en su vida que la han superado y han causado que se encuentre tan mal. Milena dice:

“Fui al médico de familia con un estado de depresión importante (...) Yo digo depresión, pero a lo mejor no lo era (...) Más bien eran grandes tristezas, una hipersensibilidad. Lloraba y lloraba. Cuando fui a la doctora le dije que no me dolía nada, sólo el alma (...) Creo que pescó inmediatamente lo que me sucedía y me derivó al psiquiatra. Éste me dio antidepresivo y ansiolíticos, porque no dormía. Lloraba, no comía... mis 24 horas eran de infierno. Sé lo que es una depresión o un comienzo de depresión de terceros y (...) yo no podía creer que con mi temperamento pudiera tener una depresión. A lo mejor lo fuera, pero lo que sé es que fueron grandes tristezas. Motivos hay, como todo el mundo, pero quizás a una determinada edad hacen una eclosión. Creo que fue que conjuntamente con la menopausia, el cambio país, un hijo en Londres, otra en Brasil y otro en Barcelona. De vivir en un país como una familia junta a separarnos (...) Se ve que no lo pude asumir”.

A esto añade que comienza una etapa con ella misma que define como de *agresión, pero no física* en la que no le importaba ni la familia, ni la pareja y menos el dinero. Una etapa en la que juega en el casino su dinero y el de Marcelo. Aunque actualmente no juega y tampoco maneja dinero. Pero sabe que todo esto causó mucho daño a la pareja. Trabaja muy pocas horas y el resto las dedica a cuidar de su nieta que como ella dice *es su motor*, pero tampoco quiere que lo sea. Al mismo tiempo ha tenido algunas complicaciones médicas ya solucionadas.

En su relato explica que unos años antes de llegar a Barcelona su cuñada se suicidó, su cuñado unos años después se enfermó de cáncer y falleció. También mueren sus suegros y su madre. Afirma que lo perdió todo. Pero el duelo mayor y el actual es haberse ido de su país.

La visión del problema que tiene Marcelo es prácticamente similar a la de Milena. No obstante, él comenta que hay un tema que no ha mencionado y que influyó negativamente. Milena durante 1 año y medio cuidó a una anciana con un ambiente familiar conflictivo. Marcelo comenta que este tema la acabó de deprimir.

Marcelo expone que toda la situación que han vivido y están viviendo lo ha hecho sentir mal. Incluso en momentos se llegó a cuestionar si él ayudó a Milena. Como consecuencia de todo esto Marcelo señala que se provocó un distanciamiento a nivel de pareja aunque su valoración actual es que se han ido acercando a medida que Milena ha mejorado.

Milena puntúa la paciencia de Marcelo como elemento que ha favorecido positivamente a la mejora de ella. Pero posteriormente comenta con un cierto sentido crítico:

“Marcelo es ese tipo de persona que deja pasar las cosas (...) Para él la vida es

de blancos o negros y Milena se metió en los grises (...) Hablo del juego. Creo que eso va a quedar ahí peligrosamente latente, pero porque él es así. Él ha sufrido porque cuando yo desaparecía por las noches y me iba a jugar él sufrió”.

Las terapeutas exploraron cómo era la relación entre ellos con los grises de Milena vinculados al juego y Marcelo respondió: “*Mal (...) Yo soy muy especulador. Las cosas en la vida me salieron bien por dejar pasar las cosas y a ver qué sucede (...) Yo espejo y espejo a ver qué pasa*”. A lo que Milena respondió: “*No sé si Marcelo comprende mi dolor de alma, pero sí le duele lo del juego porque utilicé su dinero y él es muy materialista. Creo que le di donde más le dolía. Fue como a propósito para llamar la atención, supongo*”. Ella continúa explicando que es consciente de esto, pero que éste dejar pasar, como ella dice, esa *no palabra*: “*¿Qué te pasa?, cuando sabe que lloraba me ha dolido mucho. Pero sí, lo quiero mucho*”.

En cuanto a su situación familiar, son una pareja reconstituida (desde hace 25 años), de inmigrantes brasileños que residen en Barcelona desde hace cinco años. Marcelo trabaja como transportista en una empresa y Milena hace la limpieza en unas oficinas. Previamente a la relación con Marcelo tiene dos relaciones. Con la segunda tiene a su hijo Eduardo que ahora tiene 30 años y trabaja como biólogo en un hospital en Barcelona. Está casado con María y tienen una hija de 10 meses que se llama Catia. Milena cuida de ésta habitualmente. Marcelo estuvo casado con Rosangela, quien falleció por enfermedad cuando sus hijos eran pequeños. De esta relación nacieron Joana de 33 años, licenciada en historia del arte, Thiago de 30 años, entrenador de tenis. Joana vivió durante 5 meses en Barcelona, pero regresó a Brasil

donde actualmente reside. Thiago está casado con Juliana y residen en Liverpool.

Hasta el momento parecen destacar diferentes temas que está viviendo la pareja que pueden sustentar de alguna manera el malestar de Milena: 1) la dispersión geográfica de sus hijos, 2) su emigración a España hace 5 años, 3) cuestiones relacionadas con la salud que comportaron complicaciones, pero que pudieron resolverse sin graves consecuencias, 4) el juego y sus consecuencias en la relación de pareja y 5) y la vivencia que tiene Milena de que Marcelo no está atento a las necesidades de ella.

En la devolución de esta sesión inicial, reconocemos el amor que existe entre ellos como también, el sufrimiento que tanto Milena, por ser la abanderada de los síntomas, como Marcelo sufren por esta situación. Destacamos que Milena es una mujer con mucha energía, pero que maneja las situaciones dolorosas de diferente manera. Señalamos que ante una situación dolorosa como el cambio de residencia, los duelos... tienen estilos diferentes de buscar una solución. Milena la busca desde la acción y Marcelo *deja pasar* el tiempo *a ver qué pasa*. Es una cuestión de actitud ante las situaciones dolorosas y es aquí donde precisamente se distancian. Parece que ese *dejar pasar* las cosas de Marcelo a Milena le resultaba armónico en la relación siempre y cuando la situación no sea dolorosa para ella. El estilo de expresar las emociones y de transmitírselas al otro es diferente entre ellos.

En segundo lugar, reformulamos la construcción que hace a lo largo de la sesión sobre el significado oscilante de sus síntomas: Si es o no una depresiva. Destacamos que más allá de la etiqueta diagnóstica que se otorgue a estos síntomas lo que ella sufre es de malestar. En cierto sentido parece que la paciente asocie la etiqueta de “depresión” con “debilidad” y el no tenerla con “fortaleza”.

Finalmente, empleamos una metáfora para ejemplificar la situación actual. Asimilamos a la familia con un cuadro pintado con colores intensos que lo dotan de creatividad, fuerza y armonía, pero una lente se ha instalado frente al cuadro y ha nublado la intensidad del mismo. Destacamos que trabajaremos con sus recursos, que son muchos, para que puedan diluir esa lente. Explicamos que si probablemente tuviéramos que dar nombre a este cuadro en el momento actual este sería “el cambio” ya que esto es lo que sucede cuando aparecen retos que les resultan difíciles de afrontar.

Segunda sesión: Historia de las familias de origen. Puede parecer sorprendente que se dedique una sesión a explorar las relaciones de origen de la PI y de su esposo, pero esto forma parte de una larga tradición en el campo de la terapia familiar sistémica, y forma parte ya de la práctica habitual de la mayoría de estos terapeutas.

Marcelo explica que en la actualidad no hay ningún miembro de su familia de origen con vida. Sus padres y su único hermano, están muertos, como también su cuñada. La única familia que vive son algunos tíos y primos con los que no mantiene mucho contacto. Sus padres, italianos de origen, inmigraron a Brasil cuando eran jóvenes y allí es donde se conocieron y se casaron. Ve a su hermano como más tranquilo e intelectual que él. Se casó con una chica que era vecina, con la que se conocían desde pequeños. Describe una relación alejada emocionalmente con su hermano. Parece que progresivamente, por las obligaciones cotidianas, se fueron distanciando.

Recuerda su infancia como tranquila. A su padre lo veía poco porque trabajaba mucho. Su madre llevaba la casa. Sólo conoció a sus abuelos maternos porque vivían cerca de

ellos. Describe que el hogar en el que creció era el de la familia típica de inmigrantes: trabajaban mucho y vivían en alquiler porque su padre no quería meterse en créditos. Empezó a trabajar con su padre a los 13 años en el taller metalúrgico y después de trabajar 35 años con él la valoración que hace es muy positiva. Como señalan las terapeutas pasan de prácticamente no verse a estar juntos todo el día.

Hay dos acontecimientos que él señala con orgullo: el primero, es que la primera casa de sus padres se la hace comprar él cuando está casado y el segundo, es que con el tiempo él se hace cargo del taller y lo convierte en uno de los más importantes de la ciudad. De esta manera le muestra a su padre que puede confiar en él.

Las cosas que se valoraban en su familia de origen eran que fuesen correctos y trabajadores. El lema principal como dice Marcelo era “*Ver, oír y callar (...) no había que contar nada fuera de casa*”.

Los límites en su hogar los ponía su madre. La relación entre sus padres como pareja la recuerda positiva, aunque no se daban muestras visibles de afecto entre ellos. Las discusiones se manejaban con gritos y la solución con el *dejar pasar*. Cuando sus padres tenían que hablar algo iban a la habitación, como él dice: “*Los chicos no tenían que participar en esto*”. En este sentido Marcelo relaciona el hermetismo suyo en contar sus pensamientos y emociones a Milena. Afirma que Milena es la persona que más ha sacado de él y que por el contrario él no ha podido entrar tanto en ella. Este hecho lo vincula más con una cuestión de habilidades personales que están más presentes en ella. Parece que reprodujo el patrón de su familia de origen. Trabajaba todo el día y sólo los domingos tenía fiesta. Por el contrario, Rosángela se encargó de la educación y del hogar, patrón

que posteriormente en la familia reconstituida con Milena vuelve a reproducir.

Describe la muerte de Rosangela, cuando sus hijos tienen 5 y 2 años, como el momento más impactante de su vida y la única situación en la que necesitó ayuda ya que, como él dice, *“Mi fuerza no bastó”*. En este acontecimiento concreto su familia se moviliza y le proporcionan apoyo emocional y material. Explorando otras situaciones en la que se haya podido ver sobrepasado, Marcelo explica que nunca confiaba sus cosas, que él mismo siempre encontraba las soluciones a los problemas

Milena presenta a su familia de origen: mientras su madre trabajaba su abuela la crió. Su padre murió por enfermedad cuando Milena tenía 10 meses y su madre todavía era una mujer joven, pero no volvió a rehacer su vida con otro hombre. De su padre como ella dice *“Creo que lo busqué toda la vida”*. Era comerciante y además un militante anarquista y tenía un grupo donde Milena entró para descubrir más de él.

Describe a su madre como una autodidacta y como una persona muy débil de salud física, asmática de nacimiento. Una excelente persona de ética y moral, muy recta y un poco condescendiente. Luchadora y trabajadora sin tregua.

Describe su hogar como un matriarcado y explica: *“En mi casa no había una cama matrimonial fue un trío de mujeres que si teníamos que pintar lo hacía una mujer, si había que arreglar algo lo hacía una mujer”*. Lo que unía a las tres generaciones de mujeres era *“Un amor pasional, inseparable, demasiado obsesivo que a la vez no podíamos convivir”*. *“Nos unía una historia de un matriarcado en la que la base era la abuela”*.

Cuando termina los estudios comienza a trabajar en el taller de su tío con 17 años, pero en un asalto brutal en el taller matan a su tío,

a un trabajador y a ella le dan un golpe fuerte en la cabeza. Describe la etapa posterior al incidente negativamente y dice que hubo un antes y un después a partir de ese hecho. Se le juntaron muchas cosas y entonces intentó suicidarse. Presenciar cómo delante suyo mataron a dos personas y que casi muere ella fue algo muy impactante. Y descubrir que *“Ese canasto de rosas que habían construido para Milena la que no tenía papá no era real. El traslado de pasar de una vida de soltera (...) Como yo todo lo podía, todo, que me llevaba las paredes, o eso creía... no aceptaba esos cambios y creo que ahí comencé a conocer la palabra tristeza. Hasta ese momento no sabía ni cuándo se pagaba el teléfono. Al igual que mi madre yo entregaba el sueldo a mi abuela”*.

El período entre los 17 y los 19 son años de cambio porque decide romper su relación de pareja después de 7 años, entra en una espiral de visitas a psiquiatras y se va a vivir con una amiga porque discute con su madre. Su madre toma más la iniciativa y su abuela consuela a su madre. Comenta: *“Toda mi familia se movilizó a partir de este acontecimiento”*.

Posteriormente, conoce a Fabio y se casan en 6 meses, ella comenta que un poco por rebeldía hacia su madre ya que no lo acepta. De esta relación nace Eduardo. Ella ayuda a Fabio en su trabajo de feriante. Se muestra orgullosa al explicar que con su ayuda incrementan el número de ferias y de días que trabajan llegando a conseguir un nivel económico holgado.

Después de 2 años ella abandona a Fabio, cuando Eduardo tenía 10 meses, porque la relación con él era insostenible. Volvió a convivir con su madre y su abuela y dice: *“Fue mi peor castigo, volví derrotada y con un bebé”*.

Al terminar la segunda sesión, dedicada a las familias de origen, destacamos que en

el estilo familiar ambos han tenido carencias emocionales relacionadas con el reconocimiento y el cariño. Sin embargo, parece que las dos familias de origen se movilizan con las pérdidas o acontecimientos de una considerable resonancia como fueron el fallecimiento de Rosangela y el intento de suicidio de Milena. Algo más que comparten ambas familias de origen es el legado del trabajo y la lucha como manera de ser reconocido en el hogar.

Señalamos que en la familia de Marcelo la discreción y el ser correctos fue una manera de unir a la familia. En las reuniones de supervisión que realizamos quincenalmente el equipo reflexionaba sobre posible significado relacional de los síntomas de Milena, nos parecían una forma de aumentar la apuesta y entrar en una escalada. Primero apostó por deprimirse y luego, al no recibir la respuesta deseada, apostó por el juego.

Tercera sesión: Historia de Pareja. La tercera sesión de terapia la dedicamos a revisar su historia de pareja. Sin embargo, se empieza la sesión preguntándoles cómo están las cosas. Milena explica que se siente más relajada y que no está tan irritable. Marcelo también ha notado este cambio, pero afirma que ella está renegada con este país y que todo lo que venga de aquí lo critica y no lo acepta. Marcelo está seguro que en una parte muy importante su malestar actual está relacionado con que Milena no acepta vivir en España y que esto es algo que lleva tiempo insinuando mostrándose crítica hacia todo. Mientras tanto él se posiciona pasivamente: “Dejo pasar el tiempo para que se adapte” y añade “A pesar de saber que nunca se adaptará”. Marcelo anima a Milena a que regrese a Brasil ella sola y que si allí se encontrara bien, entonces él regresaría. En la explicación de Marcelo se explicita que su temor es dar

el paso de regresar y que ella tampoco se encuentre bien allí. Y por otro lado, a no querer tomar de nuevo la iniciativa de cambio de país. Sin embargo, Milena señala que su ida en solitario a Brasil representaría un *divorcio* de su familia y pareja.

Explican que se conocen a través de un amigo. Marcelo tenía novia pero la deja para empezar a salir con Milena. Las cosas que le gustaron a Milena de él fueron su bondad, su paternidad y poder crear una familia numerosa. Pero como afirma Milena: “*Hacerme cargo con 28 años de 3 niños pequeños fue una tarea dura*”. Marcelo se muestra más retraído al explicar qué es lo que le atrajo de Milena, pero finalmente destaca su temperamento y que se acoplaron muy bien desde el principio. Ya entonces, pusieron como condición para seguir adelante en su relación que los hijos se adaptaran bien y de no ser así dejarían la relación entre ellos.

Respecto a las familias políticas, para Marcelo, la madre de Milena fue una gran persona y una cómplice. Para la familia de él, Milena fue una salvadora porque asumió el cuidado de los hijos. Explica: “*Me hice cargo absolutamente y en un cien por cien de mi ser*”. Sin embargo, Marcelo hizo posible que ella tuviera una familia que se pudiera mostrar públicamente.

Milena explica que prácticamente desde el inicio tuvieron problemas sexuales. Exploramos más este tema y vimos que en lo que había discrepancias era respecto a la cantidad. Explican que cuando los niños eran pequeños reservaban un hotel para los dos solos y allí ella era otra persona a quien le apetecía tener sexo con su marido.

En este punto aparece una cuestión interesante. Se explicita la dinámica que habitualmente emplean para manejar los problemas. Marcelo busca a Milena y ante su negativa y/o actitud normalizadora, él se distancia. Sin

embargo, ella espera que Marcelo adivine cuáles son sus necesidades respecto a ese tema concreto. De alguna manera ella espera que él adivine sus deseos. Pero cuando esto no ocurre Milena se siente poco reconocida y cuidada por parte de Marcelo. Relacionándolo con el tema no resuelto *Brasil-Barcelona* exploramos qué es lo que espera que Marcelo adivine. Esta dinámica parece ser un patrón recurrente en el que están atrapados y sobre el cual intervenimos a lo largo del proceso terapéutico.

En el relato de su historia de pareja, Marcelo y Milena se encuentran a partir de dos pérdidas. Marcelo busca alguien con quien criar a sus hijos y formar una familia. Un deseo que también busca conseguir Milena.

Otro de los puntos que destacamos en la historia de pareja es que ellos inicialmente priorizaron la esfera de la parentalidad dejando poco espacio para la conyugalidad. En el momento actual, que los hijos han formado sus propias familias y se han individualizado se manifiesta la necesidad de construir un espacio mayor para la conyugalidad. Éste será otro punto sobre el cual incidimos a lo largo del proceso.

Cuando los cambios son demasiado grandes y en cierto sentido no puede afrontarlos sola, Milena no es capaz de pedir ayuda de una forma adaptativa, sino que lo hace poniéndose triste. Como él sigue sin decodificar un mensaje tan subliminal ella aumenta la intensidad de su tristeza lo que acaba favoreciendo que se deprima.

Sesiones intermedias

De las tres primeras sesiones formulamos las siguientes hipótesis que nos orientan a lo largo del proceso y hacia las cuales van dirigidas las diferentes intervenciones, constituyendo así los ejes centrales de la terapia.

1) *Dar y Pedir*. Las intervenciones iniciales fueron dirigidas a explicitar una dinámica relacional en la que la conducta de cada miembro de la pareja influye y es influida por la conducta del otro miembro. Éste sería el núcleo del concepto tradicional de circularidad empleado en terapia sistémica (Feixas y Miró, 1993). En concreto, Milena no pide abiertamente aquello que necesita, esperando que Marcelo lo adivine; Marcelo interpreta esta conducta como que Milena no necesita nada y, por tanto, no le da nada, esperando que ella demande lo que necesita. De esta forma, ambos se enredan en un patrón recurrente en el que Milena espera ayuda y Marcelo espera que le pidan esta ayuda. Así pues, hicimos hincapié en la importancia de esta circularidad como clave para que dicha dinámica se mantuviera a lo largo de los años. La consigna para Milena fue que se diera tiempo para conectar con la necesidad de cada momento y que si ésta implicaba la ayuda del otro, pudiera pedirla con claridad, asumiendo que el otro podría ayudar a satisfacer su necesidad o no, sin que esto significara un rechazo o falta de comprensión. Para Marcelo la consigna fue que estuviera receptivo y atento a las posibles demandas de Milena. A lo largo de todas las sesiones prestábamos atención a si continuaban relacionándose bajo estas nuevas consignas o regresaban al patrón antiguo. En algunas ocasiones detectamos una vuelta al patrón antiguo y dedicamos un tiempo en la sesión para revisar alternativas funcionales que pudieran resolver el problema.

2) *Salvadora- Salvada*. En la narrativa de Milena había una constante alusión a que ella se identificaba con el rol de salvadora. De hecho, a lo largo de las sesiones explícita que salvó a Marcelo al hacerse cargo de sus hijos, salvó a los hijos de Marcelo al dedicar-

se a su cuidado y desarrollo personal, etc. No obstante, en relación con la primera hipótesis, la del “dar y recibir”, Milena en su discurso asociaba constantemente que la persona salvada es débil. Curiosamente, la dimensión de significado “fuerte-débil” es uno de los constructos más frecuentes entre pacientes depresivos (Montesano, Feixas y Varlotta, en prensa). Esta construcción estaba fuertemente arraigada a su familia de origen. La consigna que dimos a Milena en relación a pedir con claridad nos fue útil para revisar, a partir de situaciones concretas, qué significado le daba a pedir y si esto le hacía sentir más próxima de ser salvada y por tanto, a ser débil. A partir de estas situaciones fuimos reformulando este significado muy arraigado a ella. A medida que fuimos dotando de otro significado más funcional a pedir, Milena fue solicitando ayuda a Marcelo y a otros. Este hecho fue valorado muy positivamente por parte de la pareja y por el equipo terapéutico.

3) *Cultivar la conyugalidad*. En línea con las dos dimensiones relacionales: conyugalidad y parentalidad, que describe Linares (1996), valoramos que en la creación de esta relación se priorizó la parentalidad. Un ejemplo de esto lo podemos observar cuando ellos dicen: “*Si los hijos no encajaban bien no continuábamos como pareja*”. En el momento presente, dado que los hijos han creado sus propias familias y cada uno de ellos reside en diferentes países, sus funciones parentales se han visto reducidas. Todos estos cambios son vividos por la pareja, tal y como ellos mismos manifiestan, como pérdidas. Estos cambios relativos al ciclo vital de la familia implican un reajuste en la dinámica relacional. En algunos casos este reajuste puede dar lugar a la aparición de sintomatología, como un intento de mantener la homeostasis familiar cuando no se dispone

de otras alternativas más funcionales (Jaén y Garrido, 2004). En este caso la depresión y el juego patológico, si bien miran a gestionar el duelo, terminan por producir un desajuste aún mayor en la conyugalidad (Garrido, Jaén y Domínguez, 2002).

Así pues, la conyugalidad emerge en primer plano y se constata que no es muy satisfactoria. Por tanto, uno de los objetivos principales fue vivir ahora la etapa de *noviazgo* que no tuvieron. Esto lo trabajamos mediante la prescripción de tareas que facilitaran este tipo de encuentros. Una de estas tareas fue que cada uno de ellos preparase algo para el otro que le pudiera gustar como hombre y como mujer, respectivamente. En esta tarea en concreto, cabe destacar que Marcelo le regaló un billete de avión para Brasil y Milena se arregló para Marcelo y tuvieron relaciones sexuales. Continuamos potenciando tareas de este tipo que amplificaran el compartir tiempo y actividades placenteras juntos que nunca habían hecho o que habían caído en el desuso como, por ejemplo: salir a pasear (actividad que le gustaba a Milena), que Milena estuviera arreglada cuando estaba en casa (algo que valoraba positivamente Marcelo), salir a comer o cenar juntos (actividad que habían dejado de hacer y que a ambos les gustaba), etc.

Dado que la sexualidad estaba alterada realizamos intervenciones que favorecieran la intimidad, el seducir y ser seducido, donde el objetivo no fuese el coito, sino el contacto íntimo. De esta manera Milena se sintió más relajada ya que cualquier aproximación de Marcelo no era codificada por ella como “pagar el débito matrimonial”, sino como una esfera más en la conyugalidad.

Paralelamente, surgió la necesidad de establecer un límite más claro entre ellos y la familia constituida por Eduardo. A lo largo de las sesiones aparecieron algunos

conflictos porque Milena se inmiscuía en la familia de su hijo asumiendo funciones que no le tocaban y a su vez Eduardo entraba en un juego simétrico con ella desautorizándola como madre. Los cambios en esta área fueron dándose progresivamente y de manera lenta. Potenciamos la visión de Marcelo sobre este tema, ya que podía resultar útil para evitar que Milena entrara en este tipo de relación con Eduardo.

4) *Tema no resuelto: ¿dónde vivir? Brasil o España.* Los procesos migratorios implican cambios a nivel no sólo geográfico, sino también cultural, social y familiar. El proceso de acomodación a estos cambios puede ser vivido de formas muy diferentes por cada miembro de la familia, dando lugar a conflictos relacionales (Falicov, 1998; Hernández y McGoldrick, 1999; Inclán, 2001). Observamos que esta desarmonía en el proceso de acomodación era un tema que estaba ocupando mucho espacio tanto en la relación de pareja, como en lo individual. Con respecto a las discrepancias en torno al lugar de residencia, señalamos que existían varias vías para manejar este tema: 1) vivir en España, 2) vivir en Brasil, 3) que uno viva en Brasil y el otro en España, o 4) seguir como están. Explicamos que para las 3 primeras opciones les podíamos ayudar a manejar las alternativas, pero para la cuarta opción no nos necesitaban porque sería como seguir escuchando la misma melodía constantemente, es decir *hacer más de lo mismo*. Hicimos explícito una de las hipótesis del equipo, según la cual la pareja podía sentirse tentada a pasarnos la responsabilidad de decidir por ellos.

El billete de avión que le regaló Marcelo a Milena facilitó una alternativa diferente de manejar el tema no resuelto, pero un incidente con la compañía aérea hizo fa-

lido el viaje de Milena. Marcelo volvió a animar a Milena para comprar otro billete de avión, pero esto fue una vez el proceso terapéutico había finalizado. De alguna manera, se explicitó la alternativa que ellos escogieron como pareja respecto a este tema no resuelto.

Sesiones Finales

Las últimas sesiones las destinamos al cierre de la terapia. Revisamos los cambios conseguidos y resaltamos la importancia de mantener una actitud cauta para evitar retornar a patrones relacionales anteriores. También los animamos a continuar invirtiendo en cultivar la dimensión de la conyugalidad a través de las tareas prescritas. En el proceso terapéutico quedó embastado el tema no resuelto sobre dónde vivir, a la espera de que Milena realizara su viaje a Brasil. Finalmente, como prevención de recaídas, anticipamos la posibilidad de que éstas se produjeran, especialmente en futuros momentos de cambios. Asimismo, dedicamos una sesión a explorar los síntomas de preludeo o patrones relacionales disfuncionales que pudieran contribuir a la reaparición de la sintomatología, así como a los recursos y estrategias para hacer frente a estas situaciones.

Evaluación Post-Tratamiento

Al final de la terapia la puntuación en el BDI-II no llega a ser clínicamente significativa (PD = 19). Asimismo, en la SCID-I no se cumplieron criterios diagnósticos para Trastorno Depresivo Mayor ni para ningún otro Trastorno Afectivo. Y en la DAS, tanto Marcelo como Milena, obtuvieron una puntuación de 105 y 104 respectivamente, lo que indica una valoración armónica de la relación.

Valoración final

Por parte de la pareja

Si bien la pareja en la fase pre-tratamiento se mostró interesada en hacer una terapia conjunta, durante las primeras sesiones manifestaron dudas sobre esta modalidad de tratamiento y se cuestionaron si no sería más conveniente trabajar únicamente con la PI en un formato individual. Al finalizar la terapia comprendieron la utilidad de este formato y valoraron positivamente la posibilidad de explicitar conjuntamente los diferentes frentes de conflicto y malestar, y haber encontrado soluciones encaminadas a la resolución de los mismos.

Por parte de los profesionales

Tanto en la fase de pre-tratamiento como en las primeras sesiones Milena mostró unas puntuaciones que se asociaban con depresión severa o moderada. Sin embargo, la evolución de estas puntuaciones mostró una notable disminución a lo largo del proceso terapéutico. La pareja consolidó algunos cambios en el *dar y pedir* de manera funcional, y en el *cultivar la conyugalidad*. También se redefinió el significado que Milena asignaba al rol de salvadora-salvada y se movilizaron cambios positivos al respecto. En relación al tema no resuelto de dónde vivir, durante el proceso terapéutico la pareja asumió la responsabilidad de tomar una decisión que permitiese una salida a la situación en la que estaban atrapados. Sin embargo, sus intentos de solución se vieron coartados por el problema con la compañía aérea ya citado. Cabe notar que paralelamente a la frustración de estos intentos la PI presentó un incremento en las puntuaciones del BDI-II. Sin embargo, este incremento no alcanzó los niveles de sintomatología de la fase de pre-tratamiento.

Discusión y conclusiones

Como se ha comentado, la TSP se mostró eficaz en el este caso: Por un lado, a nivel individual, se observa una reducción significativa de la sintomatología depresiva en la PI, a tal grado que al finalizar la terapia no se cumplen criterios para el diagnóstico de depresión mayor. Por otro lado, al final del tratamiento, encontramos un mayor acuerdo con respecto a la valoración de la relación que hace cada uno de los cónyuges, considerándola ambos como armónica.

Estudios anteriores han mostrado la utilidad de incluir en el abordaje terapéutico de la depresión la exploración y el trabajo en la esfera de la conyugalidad y la parentalidad (Linares, 1996; Linares y Campo, 2000). Por este motivo, se dedicaron las primeras sesiones a la exploración problema, de las familias de origen y de la historia de pareja, notándose claramente que ambas esferas -conyugalidad y parentalidad- estaban comprometidas; por lo tanto, la adopción de un punto de vista relacional fue útil tanto para la formulación de hipótesis como para la focalización de las intervenciones terapéuticas, invitando a la pareja a dar sentido a la situación familiar y a los síntomas de la PI desde esta óptica.

Aunque la mejoría con respecto a la sintomatología es relevante, y concuerda con los hallazgos de estudios anteriores (Jones y Asen, 2000; Leff, *et al*, 2000), este estudio tiene algunas limitaciones que es necesario mencionar y abordar. En primer lugar, los datos obtenidos no pueden ser comparados con otras modalidades de tratamiento -psicoterapéutico o farmacológico- ni con la ausencia de tratamiento. Por otro lado, no se tienen datos de seguimiento que permitan valorar si los cambios obtenidos persisten una vez finalizada la terapia.

La modalidad de caso único observacional utilizada en este estudio permite exponer como los terapeutas (y la pareja) pueden llegar a realizar una lectura sistémica de los síntomas depresivos, en base a la cual se plantean unos objetivos y unas intervenciones terapéuticas que miran, no sólo a una disminución sintomática, sino también a la explicitación y re-estructuración de los mecanismos relacionales que han permitido su aparición y mantenimiento.

Referencias

- Cáceres, J. (1996). *Manual de Terapia de Pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Falicov, C. (1998). *Latino Families in Therapy*. Nueva York: Guilford.
- Feixas, G., De la Fuente, M. y Soldevilla, M. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (2), 152-172.
- Feixas, G., Erazo, M.I., Harter, S. y Bach, L. (2008). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 386-400.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Procter, H. y Neimeyer, G.J. (1993). Líneas convergentes de evaluación: contribuciones sistémicas y constructivistas. En G.J. Neimeyer (Ed.), *Evaluación constructivista* (págs. 139-170). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1996.
- Feixas, G., Saúl, L.A. y Ávila, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M.S.W. y Williams, J.B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-VC)*. Washington DC: American Psychiatric Association (versión española de J. Blanch. Barcelona: Masson, 1999).
- Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A.M. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: un estudio descriptivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS). *Apuntes de Psicología*, 20, 3-17.
- Goering, P.N., Lancee, W.J. y Freeman, S.J. (1992) Marital Support and recovery from depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 76-82.
- Hernandez, M. y McGoldrick, M. (1999). Migration and the family life cycle. En B. Carter y M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: individual, family and social perspectives*, 3ª Ed. (págs. 169-184). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hooley, J.M., Orley, J. y Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Inclán, J. (2001). Steps toward a culture and migration dialogue: developing a framework for therapy with immigrant families. En S. McDaniel, D. Lusterman y C. Philpot (Eds.), *Casebook for integrating family therapy. An ecosystemic approach* (págs. 229-241). Washington DC: American Psychological Association.
- Jaén, P. y Garrido, M. (2004). Aportaciones de los modelos sistémicos y relacionales para la comprensión del juego patológico. En M. Garrido, P. Jaén y A.M. Domínguez (Eds.), *Ludopatía y relaciones familiares*.

- Clínica y Tratamiento* (págs. 63-84). Barcelona: Paidós.
- Jones, E.E. (1993). Introduction to Special Section: Single-Case Research in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 371-372.
- Jones, E. y Asen, E. (2000). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2004.
- Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J.T. y Dyer, J.F.P. (1993). A Paradigm for Single-Case Research: The Times Series Study of a Long-term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 381-394.
- Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. Nueva York: Norton.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisolm, D. y Everitt, B. (2000). The London depression intervention trial. Randomised controlled trial of antidepressants vs. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Leff, J., Kuipers, E., Berkowitz, R., Eberleinfries, R. y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in schizophrenic families. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- Montesano, A., Feixas, G. y Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32, 371-379.
- Okasha, A., El Akabawi, A. S., Snyder, A. S., et al., (1994). Expressed emotion, perceived criticism, and relapse in depression: a replication in an Egyptian community. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1001-1005.
- Pettit, J.W. y Joiner, T.E. (2006). *Chronic depression. Interpersonal sources, Therapeutic Solutions*. Washington DC: American Psychological Association.
- Roussos, A.J. (2007). Diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 261-270.
- Sanz, J., Perdígón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para de Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- Whisman, M.A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. En S.R.H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington DC: American Psychological Association.