

Autor: [Rosa Vera García](#)

ANÁLISIS DE UN CASO DE DEPRESION

Análisis de la demanda y elaboración de la 1ª Hipótesis

Luisa realiza una demanda en la que explica que lleva **largo tiempo de depresión** (8 años), con **tendencias suicidas**. Durante la primera entrevista, se detectan otros motivos latentes como son: **duelo irresuelto con la madre** (fallecida hace 8 años), **autoestima baja**, se siente muy **infravalorada** por toda su familia, **rabia e impotencia**. Su demanda es propia e inespecífica, buscando apoyo y orientación para entender y hacer frente a los problemas sin tener demasiado claro cuáles son.

La primera hipótesis en este caso es un **Trastorno del Estado de Ánimo**, según el DSM-IV, pudiéndose tratar de un F.32x Trastorno Depresivo Mayor [296.2x] o un F34.1 Trastorno Distímico [300.4] Poseen características similares, aunque se diferencian por la intensidad de las manifestaciones, la persistencia (crónico o episódico) y el inicio (fásico o insidioso). Entre los criterios de diagnóstico, reconocemos en Luisa: estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, con una duración superior a los 2 años, baja autoestima, aumento de la autocrítica, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos subjetivos de ira excesiva, ideación de suicidio o muerte, aunque sin paso al acto. Ante los datos que tenemos, nos quedarían preguntas abiertas para poder hacer un diagnóstico certero, por lo que se podría realizar un evaluación psicométrica, que nos ayudará a obtener el mismo.

Hipótesis Individuales desde la Perspectiva Integradora

Modelo Psicodinámico: La hipótesis psicodinámica nos hablaría del discurso de Luisa en el que se da el recurrente tema de la **culpabilidad y autocastigo**, en forma de autocrítica exagerada: “...culpa por no haberla complacido nunca...siempre he sido rebelde... mi criterio no es válido...como si yo no sirviera para nada...”. Estos constituirían el **síntoma**, que está expresando **el conflicto**: la necesidad de **resolver el duelo no resuelto con su madre y con su amiga**, dos pérdidas diferentes pero sin resolver. La culpa que siente Luisa es una culpa real en tanto que deseo de y para su superyó, precisado de autocastigo. En el depresivo, surge la ambivalencia frente al objeto, en la que en principio se desea aquello que se ama y posteriormente se prefiere destruir al objeto amado antes que perderlo. Su defensa es su actitud de culpabilidad y autocastigo. La relación con su madre es muy importante, pues las relaciones primeras marcan las presentes. En Psicoanálisis, la depresión no tiene entidad clínica como tal, sino que estaríamos hablando de **melancolía**, que constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, en el que cesa el interés por el mundo exterior, pérdida de la

capacidad de amar, inhibición de funciones, autodepreciación y la pérdida del amor propio, traduciéndose en autoreproches y autoacusaciones, que inducen al sujeto, como es nuestro caso, a la delirante espera del castigo y el suicidio. En la melancolía, existe una pérdida de objeto, que se llama afrenta o desengaño real o imaginario, cuyo resultado no es el lento desasimiento y el desplazamiento hacia otro objeto, sino que la libido retirada del objeto va hacia el yo por medio de la identificación del yo con el objeto resignado, por ello es tan dura la aflicción del sujeto, la pérdida del objeto equivaldría a la pérdida del yo. Y la persona identificada con el objeto tiene que reprocharse la pérdida del mismo, y de ahí los autorreproches en el depresivos, dirigidos a sí mismo.

Modelo Conductual: La hipótesis conductural nos habla de que la ausencia de refuerzos, deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida de la persona es lo que va a provocar la depresión. Luisa ha vivido varios **acontecimientos negativos** como son: fallecimiento de su madre dejando pendiente un asunto no resuelto, pérdida de una amiga, decepción por haber confiado en su amiga y haber llevado a la familia a una situación económica dura, que **serían los antecedentes que preceden a su conducta, explicando su conducta depresiva**. La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe; al no encontrar refuerzos en su entorno familiar, social, etc. y, en consecuencia, la depresión se perpetúa. Luisa **no encuentra refuerzos positivos en su familia**: “mi hijo no me presta atención ...se ríen con complicidad y no lo soporto...parece imbécil porque no cambia nada...mi marido confía más en ella que en mí...”. **El síntoma sera la conducta desadaptativa aprendida de pasividad y depresión de Luisa**, que va a incidir en su relación tanto de pareja como de familia. Su capacidad de respuesta se ve limitada por la propia depresión.

Modelo Cognitivo: La hipótesis cognitiva estaría basada en la idea en la existencia que tiene la persona de juicios negativos, experiencias de fracaso, indefensión aprendida, ausencia de control, atribuciones negativas... La depresión va a ser el resultado de esquemas inadecuados, rígidos y absolutos que le predisponen a percibir la situación en términos de amenazas y peligros. Se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: el sí mismo, el mundo y el futuro. Luisa tiene una estructura de significados repleta de pensamientos irracionales (Ellis, 1962) y errores cognitivos (Beck, 1967), que es lo que le está produciendo la depresión. Estos significados son los que da a sus vivencias de cada día, por lo que al ser irracionales le provocan un gran sufrimiento emocional. Reconocemos pensamientos irracionales del tipo de que los sucesos externos causan gran parte de su infelicidad o mi pasado sigue siendo importante y sigue determinando mis sentimientos y conductas del presente: “...todo me ha sobrepasado...nunca se lo supe mostrar...” así como errores cognitivos: **sacar conclusiones precipitadas** –lectura de pensamiento–: “...los demás piensan que estoy loca...” **personalización**: “..tengo la culpa por no haberla complacido nunca...” **sobregeneralización** “...mi criterio no tiene valor...todo lo digo poco objetivamente...”.

Modelo Experiencial: La hipótesis experiencial diría que la depresión de Luisa se debe a una forma de existencia frustrada. Presenta un comportamiento disfuncional porque no se encuentra en el aquí y en el ahora; No está en lo que hace, no se compromete con la experiencia y no la siente enriquecedora para ella. Luisa está bloqueada, tiene pendientes de resolver conflictos del pasado (duelo y despedida de su madre, la superación de la decepción que le causó el asunto con su amiga) y eso hace que se bloquee, se limite, no sabe bien lo

que siente: tan pronto dice que “...mi familia de origen como mis hijos y mi marido son un tesoro...” como que “...mi marido es un cobarde y un inútil...parece imbécil porque no cambia nada...”, sentimientos encontrados, tiene dificultades para expresar sus emociones utilizándolas de manera inadecuada en su proceso de activación: “...hay rabia... rabia, importancia... pero no sería justo que las expresara porque todos se portan muy bien conmigo...” (mecanismo de defensa → introyección).

Hipótesis de Pareja

Modelo Psicodinámico: La hipótesis psicodinámica diría que la elección de la pareja se estudia desde la teoría de la **Relación de objeto** “*el modo de relación del sujeto con su mundo, resultado de una determinada personalidad, aprehensión más o menos imaginativa de los objetos y unos tipos de defensa predominantes*” (Laplanche y Pontalis, 1979). Este concepto está **relacionado con el complejo de Edipo** y con el de **identificación**, por lo que la elección no es un “flechazo” sino que depende de las fantasías previas (conscientes e inconscientes) y de la historia infantil de cada persona. Por ello, se puede esbozar una patología de relaciones de pareja que viven su unión como un intercambio entre “el niño y su madre”, unión que provoca una relación alienante. En el caso de Luisa, se diría que está reviviendo en su relación de pareja la relación que tuvo con su madre, que tal como comenta al principio de la entrevista fue patológica. Deberíamos indagar más sobre la personalidad de su madre, para saber si la elección que hizo de su marido fue por similitud o por oposición. Muchos los conflictos y problemas que tiene actualmente con su marido estarían causados, según este enfoque, al haberse producido un **desvanecimiento de la idealización por el contacto con la realidad**, la transformación del objeto idealizado en un objeto persecutorio y odiado.

Modelo Conductual: La hipótesis conductual diría que en la relación que mantiene Luisa con su marido existen una serie de conflictos cotidianos que hacen que se mantenga el **predominio de las interacciones negativas sobre las positivas**. La interacción que mantienen se realiza a través de unas **conductas desadaptativas**, que han hecho que la comunicación se vaya empobreciendo de forma paulatina. Uno de los aspectos más importantes de la pareja es el apoyo mutuo y Luisa siente que su marido no se lo da: “...le he dicho a mi marido que no lo haga, que me diga a mí lo que hay que hacer, que me explique cosas, pero parece imbécil porque no cambia...”. **Una de las primeras conductas que se desarrollan es el Apego** (Bowlby, 1969), entendida como la búsqueda de protección ante amenazas externas y Luisa no encuentra esto en su marido: “...mi matrimonio no es un matrimonio, somos dos amigos y ya está. Dos amigos que colaboran pero ya no se hablan...”. Luisa está recibiendo un reforzamiento positivo muy bajo por parte de su marido.

Modelo Cognitivo: La hipótesis cognitiva diría que las creencias e interpretaciones, y no los acontecimientos, serían los causantes de los problemas de pareja que hay entre Luisa y su marido, y los responsables de la conducta depresiva de Luisa. **La disfuncionalidad vendría dada por los errores cognitivos o creencias irracionales** con las que las personas se plantean la relación de pareja: “...no se ha enfrentado nunca a su familia... siempre he sido yo la que he tenido empuje... mi marido hace de santo y no se puede decir nada que se le

cuestione...”. Habría que conocer cuáles son las percepciones de Rodrigo, para poder trabajar también con ellas.

Modelo Experiencial: La hipótesis existencial diría que Luisa y su marido no saben cómo mostrar sus emociones, sus necesidades, están bloqueados en su comunicación, deben retomar la comunicación que ha desaparecido entre ellos, para que ambos puedan empatizar el uno con el otro y tratar de comprender las emociones y vivencias de cada uno de ellos. Están muy alejados de sus yos y no incluyen todas sus emociones, sentimientos, sensaciones, etc... ya sean positivas o negativas. El déficit interpersonal que mantienen se manifiesta en un aislamiento mutuo: “...colaboran pero ya no se hablan...”.

Hipótesis de Familia

Modelo Psicodinámico: Según la hipótesis Psicodinámica, la familia se constituye como un conjunto de lugares y de vínculos ocupados por los yoes. El vínculo es la misma representación del conjunto y se inscribe como tal en el psiquismo de los yoes con dos garantías más: la de una inscripción de pertenencia a ese conjunto y no a otro, y la de que los otros de la familia también la inscriben. En el tratamiento psicoanalítico de la familia o de la pareja se considera al conjunto vincular como al paciente. Se considera la existencia de una psicopatología vincular a través de conceptos tales como conflicto vincular, pactos y acuerdos inconscientes (como es el caso del marido de Luisa y su hija de 21 años), perturbaciones en la superficie vincular, o grados de la Estructura Familiar Inconsciente (Berenstein, -1978, 1989-). Por tanto, se deben tratar los vínculos entre yoes, en nuestro caso, entre Luisa y su madre fallecida, Luisa y sus hijos, el padre y los hijos, vínculos existentes con la familia de origen de Luisa, con su padre, sus hermanas, etc., en una trama interfantasmática cumpliendo con la representación de ciertos personajes familiares, y constituyéndose la subjetividad precisamente a partir del otro cuya presencia marca fuertemente la relación.

Modelo Conductual: Según la hipótesis Conductual, cada miembro de la familia de Luisa afectan a la conducta de los otros miembros, sobre todo en algunos momentos de su evolución. Al ser el campo de interacción de la familia mucho mayores que en otros contextos (por ejemplo, amistades) introduce un elemento a tener en cuenta: la interdependencia entre ellos. Se crea una dependencia de uno con el otro, como la que podemos observar entre el padre y la hija, tras la sustitución que ésta hizo cuando Luisa estuvo ingresada; no son individuos aislados, sino una mezcla de comportamientos. Cada miembro se constituye en un reforzador para los otros, entremezclándose conductas, lo que supone un cierto control de cada miembro respecto a los otros. Luisa, en este caso, no encuentra reforzadores positivos y, entre otros motivos, le produce el estado de depresión en el que está actualmente. Por ello, el objetivo, según este modelo, será la modificación de conductas del sistema familiar, cambiando los patrones diádicos de interacción en el sistema: padre-hijo, madre-padre, etc...

Modelo Cognitiva: La hipótesis cognitiva, de forma similar al caso de la pareja, va a explicar la disfuncionalidad de la familia en base a los errores cognitivos o creencias irracionales que existen entre los miembros de la familiar, tratando de modificar estas cogniciones desadaptativas, para poner de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones y sustituirlas por otras más adecuadas. Luisa, en la relación con sus hijos, parte

de unas creencias, que es posible que no sean correctas, como por ejemplo: "... yo creo que está enfadado conmigo... pasa de lo que digo, no me presta atención... ". En lugar de hablar con él y plantearle lo que siente para comprobar si tiene o no razón, o considerar que la adolescencia es un momento delicado para las personas, inmersas en la búsqueda de su identidad y que puede estar impactando en su forma de aproximación a su madre, etc, Luisa hace directamente una atribución propia sin contrastar que le causa sufrimiento. En el caso de su hija María, podemos encontrar el mismo tipo de planteamiento: acude a su padre para resolver cuestiones y apenas habla con su madre. No tenemos datos de su percepción pero deberíamos ir indagando en las creencias y pensamientos de cada miembro para, tal como explicita este modelo, ir reajustando los esquemas cognitivos de la familia.

Modelo Experiencial: Para la hipótesis Experiencial, en múltiples ocasiones, el sistema familiar impide que el niño integre en el concepto de sí mismo sus experiencias y emociones. En la familia, podemos apreciar diferentes mecanismos de defensa que están impidiendo la vivencia plena de sus miembros: podemos apreciar cómo Luisa utiliza el mecanismo de defensa (Perls) de la **Introyección**, consistente en hacer lo que los demás quieren que haga: "...tengo que mentir... no se puede decir nada que se le cuestione... ". En los demás miembros, parece que estamos ante la **Negación**, por ejemplo, en el caso de su hija, pues evita profundizar mucho en la relación con su madre y se limita a una cortesía, que no es lo más adecuado en una relación madre-hija. No hay expresión de sentimientos ni emociones en la familia, parecen estar aún enclavados en ciertos aspectos en el pasado, y todo ello está marcando a la familia e impidiendo su evolución.

ABORDAJE TERAPEUTICO INTEGRADOR

Los objetivos de intervención en el caso de Lucía están fundamentados a la consecución de la reducción de los síntomas que manifiesta: Depresión. Serán siempre consensuados con ella antes de comenzar la terapia. De forma genérica, intentaremos que Luisa adquiera recursos suficientes para hacer frente a su cotidianeidad.

- Luisa tiene que **elaborar el duelo que tiene pendiente**, tanto con su madre como con su mejor amiga. Aunque las pérdidas han sido diferentes, son pérdidas que aún no ha resuelto.
- Luisa tiene que **cambiar la relación que mantiene con su marido, sus hijos y su familia de origen**, pues esta forma de interacción supone para ella un foco de frustraciones, angustia, miedos, ansiedad que llevan al mantenimiento de la depresión, incluso con ideación de suicidio. Tiene, también, que eliminar la **ambivalencia de sentimientos** que tiene con su marido.
- Luisa tiene que **aprender a expresar sus necesidades y sensaciones**, y evitar así tener que mentir a su familia, amigos, etc para vivir una vida auténtica y no falseada.
- Luisa tiene que **aprender a vivir el presente**, aceptando lo agradable y lo desagradable, aceptar sus experiencias vitales y **asumir la responsabilidad de sus actos**.

Para conseguir estos objetivos, se trabajará con la aplicación de Estrategias de Cambio y Técnicas más adecuadas al caso de Luisa.

FASES

Contacto Inicial. Identificación con el terapeuta y Análisis del problema: en las primeras sesiones, el terapeuta recogerá toda la información posible y relevante del caso de Luisa. Es fundamental que en esta fase se establezca una buena relación terapéutica, que será la base de la intervención.

El primer contacto se estableció por teléfono, aportando información básica: (nombre, edad, profesión, composición familiar nuclear) y demanda (Depresión desde hace 8 años). En la primera entrevista, se profundiza en la demanda de Luisa y se explica el tipo de funcionamiento a seguir, duración, técnicas a utilizar y el rol de recaídas.

La información recogida en la primera sesión es la referida a sus pautas de comportamiento y cogniciones, pensamientos, creencias, etc. Se le pregunta a Luisa qué piensa, cuál es su percepción de sus problemas (Abordaje Conductual y Cognitivo). Recogeremos información, lo más detallada posible sobre su infancia, sus relaciones primeras, pues éstas marcan las presentes, su proceso evolutivo (desarrollo psicosexual) para averiguar qué fase (oral, anal, latencia, genital) no superó correctamente (Abordaje Psicoanalítico). Todo este análisis se realiza en un contexto sin juicios ni valoraciones por parte del terapeuta, dejando que la paciente se enfrente a su propia existencia (Abordaje experiencial). Será necesario, por parte del terapeuta, el control de la Transferencia y Contratransferencia para conseguir una buena progresión en el tratamiento (Abordaje Psicoanalítico).

Identificación de la Conducta Objetivo: Definimos la razón por la que la paciente acude a la consulta en términos conductuales, es decir, intentaremos identificar las conductas desadaptativas de Luisa para su reconstrucción (Abordaje conductual).

Toma de Conciencia del Problema: Es necesario que Luisa viva el “aquí y el ahora” por lo que será necesario que asuma las experiencias que le causan sufrimiento emocional para poderlas trabajar (Abordaje Experiencial). Paciente y Terapeuta (empirismo colaborativo) examinan y analizan las cogniciones de Luisa (pensamientos y creencias) para abrir un proceso de resignificación (Abordaje cognitivo). Identificaremos el conjunto de síntomas de Luisa, que son la manifestación del conflicto (Abordaje psicoanalítico).

Motivación del Paciente

- Afloración de todo lo que tenía guardado y reprimido en el inconsciente logrando hacer el insight, es decir, hacer consciente lo inconsciente. (Abordaje Psicoanalítico)
- Construcción Cogniciones alternativas y más adaptativas –elemento educativo- (Abordaje Cognitivo)

- Aprendizaje de Conductas Adaptativas (Abordaje Conductual)
- Aceptación de la experiencia (emoción, percepción, sensación) y de su responsabilidad (Abordaje Experiencial)

Estrategias de Cambio Cognitivo, Conductual y Emocional

- Readmisión de proyecciones de la paciente (Abordaje Psicoanalítico)
- Identificación de Pensamientos Erróneos y Errores Cognitivos (Abordaje Cognitivo)
- Analisis de Pensamientos Automáticos: ver la relación entre la sensación y el pensamiento. (Abordaje Cognitivo)
- Generar habilidades para el desmontaje de Pensamientos Automáticos, erróneos, cogniciones erróneas de forma racional y así corregir las distorsiones (Abordaje Cognitivo)
- Conocimiento y estudio de conductas desadaptativas (Abordaje Conductual)
- Reconocimiento de las conexiones entre la cognición, el afecto y la conducta (Abordaje Cognitivo-Conductual)
- Entrenamiento en habilidades de evaluación de las situaciones y regulación conductual (Abordaje Conductual)
- Entrenamiento en el reconocimiento de patrones cognitivos que conllevan pensamientos erróneos, automáticos y errores cognitivos (Abordaje Cognitivo).
- Formulación de Explicaciones Alternativas (Abordaje Cognitivo)
- Aprendizaje en la aceptación de la experiencia (Abordaje Experiencial)
- Reconocimiento y Control de los Mecanismos de Defensa (Abordaje Experiencial)
- Aprendizaje Cierre Ciclo de la Experiencia Gestáltico (Abordaje Experiencial)
- Disminución y/o control de Síntomas que producen sufrimiento emocional (Abordaje Integrador)

Aplicación de Aprendizajes: Todos los aprendizajes realizados en el contexto terapéutico deberán ser trasladados y experimentados en contexto real, para lo que ayudaremos a Luisa a aplicar éstos desde lo simbólico a lo real, y desde la consulta a la vida real.

Evaluación de la finalización del tratamiento: Utilizaremos dos criterios: **Criterio clínico o terapéutico**, comparando los cambios conseguidos con los objetivos terapéuticos

inicialmente establecidos. **Criterio cuantitativo**, se puede recurrir a evaluar el nivel de depresión de Luisa, antes y después del tratamiento y compararlos. Se trata de obtener un **cambio clínicamente significativo**, que ese cambio sea generalizable a otros contextos y que los resultados se mantengan.

Seguimiento: Comprobaremos, en esta fase, el grado de mantenimiento de los resultados, haciendo un seguimiento a los tres meses, otro a los seis meses y el último al año de finalizar el tratamiento.

TECNICAS

Una vez identificadas las estrategias de cambio en el caso, pasaremos a establecer las técnicas más adecuadas al contexto de nuestra paciente, que van a ser aplicadas en la terapia, desde una perspectiva integradora:

A través de la **Asociación Libre**, invitaremos a Luisa a hablar, haciendo especial hincapié en su infancia, su desarrollo, sus relaciones con su madre, para ir elaborando el duelo no cerrado (“me quedé sin saber qué decirle...no era cierto...yo nunca se lo supe mostrar...” y que le causan tanto sufrimiento emocional (“es como si no pudiera separarme de ella... los demás piensan que estoy loca, pero yo no puedo...”). A partir de ahí vamos a buscar la reconstrucción histórica, centrada alrededor de la búsqueda de la génesis de su yo y del cuadro depresivo, intentando transformar “verdades” vividas como eternas en “verdades” históricas. Sin realizar ningún tipo de juicio, intentar llevar a Luisa a relatar los episodios vividos que han ido dando lugar al modo en que se enfrenta su vínculo con la realidad y consigo mismo. Luisa no ha podido afirmar el sentimiento básico de sí misma, por lo que no ha podido constituir un sentimiento de seguridad básica, esencial para el buen funcionamiento psíquico (Abordaje Psicoanalítico).

Los pensamientos negativos provocan el pesimismo en la persona y se generalizan a todo el entorno de la vida de esa persona: tendencia a asunción de responsabilidad por lo que no ha ido bien, se piensa que las cosas negativas dominan su existencia y se piensa que las cosas no mejorarán nunca. Es necesario realizar una “reestructuración cognitiva” para poder cambiar la forma negativa de pensamiento y aprender a pensar de forma diferente dando prioridad a los pensamientos positivos. A utilizar la **Técnica de la Flecha descendente**, que consiste en una especie de sondeo o profundización progresiva en sus significados, una especie de asociación de ideas a partir de los pensamientos automáticos. No es fácil, y suele despertar “resistencia” a cambiar de hábito de pensamiento.

Ejemplo en el caso de Luisa

“yo creo que mi marido confía más en ella que en mí...yo creo que está enfadado conmigo...”
(Pensamientos automáticos Iniciales)



¿y si ocurre todo esto entonces qué...? (¿qué significado tiene para tí?)

↓

“Me rechazan... prefieren hablar con mi marido, a él todos le adoran,... mi hijo no me presta atención...”

↓

¿y si ocurre todo esto entonces qué...? (¿qué significado tiene para tí?)

↓

“Mi criterio no tiene valor... Todo lo digo poco objetivamente” (Creencia personal Básica).

Una vez descubiertas las creencias básicas de Luisa, utilizando esta técnica, estamos en disposición de comprobar su grado de verdad o adecuación a las diferentes situaciones, y así empezar a abordar la reestructuración cognitiva.

A menudo, cambiar creencias básicas suele ser largo y tedioso, por lo que, según sea la creencia, intentaremos el cambio completo o el cambio de determinados efectos de la creencia más que todos sus aspectos (Abordaje Cognitivo).

En el caso de Luisa, estamos también ante una falta de refuerzo, que hace que el paciente con depresión no actúe. Debido a su inactividad, no encuentra refuerzos y la depresión se perpetúa. Luisa lleva 8 años con ella. Por tanto, se tratará de usar unas técnicas que contengan actividades que comiencen a dar a Luisa los refuerzos que necesita, con una doble finalidad: incrementar el nivel de actividad, modificando la apatía, pasividad y falta de gratificación; facilitando la evaluación empírica de sus conductas desadaptativas. La **Técnica del Refuerzo** es sencilla y, con una aplicación correcta, de efectos poderosos. Se utiliza para promover conductas adecuadas, con el uso de reforzadores. Para ello, se realizará la **Programación de Actividades diarias**, que puedan posibilitar el aumento de gratificaciones (refuerzos) para el paciente o como tareas distractoras de momentos de malestar, por ejemplo, ejerciendo un control de estímulos predecibles y negativos. **Entrenamiento Asertivo**, algunos pacientes depresivos, debido a sus creencias disfuncionales suelen inhibir sus conductas de defensa de sus derechos personales o expresiones de deseos y opiniones. Se pueden presentar esos “derechos” a Luisa, pedir su opinión sobre si los lleva a cabo, valorar las ventajas y el modo de hacerlo (Abordaje Conductual).

Debemos trabajar con Luisa en la expresión de sus necesidades, sus emociones, sus sensaciones, por lo que debemos promover la expresión y liberación emocional: “hay rabia...supongo pero no sería justo que la expresara...”. Técnicas como la Técnica de la Silla Vacía (Greenberg, Rice & Elliot, 1996). Fue creada por **Perls en su terapia gestalt**, y su objetivo es la afrontación de significados y experiencias contrapuestas en las personas de manera vivencial y directa. La técnica consistirá en pedir a Luisa que se siente en una silla y frente a ella estará otra vacía, que puede representar a una persona significativa de su vida o también un aspecto distinto de él mismo. Se trata de **establecer un diálogo entre ambas partes con el fin de generar y expresar nuevos significados que puedan resolver un conflicto** entre los polos contrapuestos del sujeto, desbloquear la expresión de deseos ante autoexigencias personales o elaborar asuntos irresueltos y no terminados del pasado, tal

como se da en el caso de Luisa, que tiene un asunto pendiente con su madre (Abordaje Experiencial).

ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA

Luisa es el miembro de la familia que va a consulta, expresando su problema. Es el **paciente identificado del sistema familiar**, el que manifiesta las disfunciones presentes en el sistema. Por medio de ella, podemos ver cómo los patrones de interacción se han convertido en disfuncionales al no contribuir a favorecer el desarrollo de sus miembros. En la Perspectiva Sistémica, la persona se encuentra inserta en un “sistema” siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema, y pueden ser de dos tipos: Cambio de primer orden o cambio 1, los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera; Cambio de segundo orden o cambio 2, el sistema cambia cualitativamente y de manera discontinua, es decir, se producen cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno. En el caso de la terapia sistémica, **el síntoma tiene valor comunicativo**, es un fragmento de la conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. Y la terapia va dirigida a **intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas**. El modelo sistémico emplea la Causalidad Circular, en la que se tiene en cuenta cómo influyen las consecuencias en las causas. En el contexto individual, la intervención irá dirigida, por ejemplo, a la modificación de conductas del paciente identificado, mientras que en la sistémica, estas conductas se podrían entender como un componente más de una mala relación familiar.

ABORDAJE TERAPEUTICO SISTÉMICO DE PAREJA Y FAMILIA

- **La pareja** tiene que cambiar **su forma de interacción**, con una redefinición de roles. Por ejemplo, las decisiones se toman en la pareja y ninguna de las partes se debería sentir desplazada, como es el caso de Luisa. Establecer una **relación más simétrica**.
- **Encontrar una manera directa y sencilla de querer y dejarse querer**.
- **La familia** tiene que **cambiar su interacción**, ya que están presentes una serie de **Alianzas** (entre padre e hija) y **Coaliciones**, que no favorecen la funcionalidad del sistema.
- **Redefinición de espacios en la familia**, la hija ha tomado “las riendas de la casa” mientras su madre ha estado ingresada y es necesario que vuelva a definirse el rol de cada componente de la familia, con la vuelta de la madre a casa.
- A nivel de **pareja y de familia**, se debe eliminar la posible **Comunicación incongruente o paradójica**. Deben aprender a comunicarse mejor entre todos ellos.

- Aprender a que todos los miembros sepan **expresar sus necesidades y respetar las necesidades** de los demás.
- **No aislarse de algún componente** de la familia, si algo ofende. Se debe **expresar de forma asertiva y no evitar el conflicto**.
- **Encontrar una forma de funcionamiento familiar más clara**, para todos los miembros.

FASES

Contacto Inicial con la pareja y la familia, Identificación con el terapeuta y Análisis del problema: Se hará un contacto inicial, por separado, con la pareja y con el sistema familiar nuclear de Luisa (marido e hijos), para la recopilación de la información más relevante. Al igual que en la individual, es necesario que se desarrolle una buena alianza terapéutica. La información recogida va a estar referida a las pautas de interacción de los miembros y al nivel estructural que existe, tanto en la pareja y la familia: pautas y reglas, su estructura, etc.).

Identificación del Sistema Relacional Objetivo: Intentaremos identificar los patrones de interacción reales, a través de la observación de los diferentes actores. Identificación de los síntomas que no permiten la homeostasis del sistema.

Toma de Conciencia del Problema: Es necesario que la pareja y la familia sean conscientes y asuman su patrón de interacción, y la causalidad circular que se da en sus sistemas, tanto en el de la pareja como en el de familia.

Motivación de la Pareja y Familia:

- Mejora de sus relaciones de pareja, permitiéndoles situarse en el aquí y ahora.
- Reconstrucción de las responsabilidades y roles de cada miembro de la pareja y familia.
- Afrontación de pareja y familiar de los problemas y experiencias vitales cotidianas

Estrategias de Cambio Sistémico:

- Cuestionamiento Circular, para evidenciar la naturaleza de las relaciones existentes y cómo se construyen.
- Trabajar las pautas comunicativas, intentando establecer claridad y congruencia entre lo verbal y lo no verbal, entre lo analógico y lo digital.

- Marcar límites claros entre subsistemas, de forma que se evite la triangulación. Muy importante en el caso de Luisa.
- Establecer un equilibrio entre simetría y complementariedad entre los cónyuges.
- Negociar las reglas que se adapten al ciclo vital familiar.
- Desmontar juegos disfuncionales en la pareja
- Buscar alternativas relacionales a la dinámica familiar actual. Se señalarán los juegos relacionales y comunicativos, remarcando la función que cumplen en la dinámica familiar, y proponiendo alternativas relaciones que proporcionen relaciones basadas en otro tipo de equilibrio.

Aplicación de Aprendizajes: Todos los aprendizajes realizados en el contexto terapéutico deberán ser trasladados y experimentados en contexto real.

Evaluación de la finalización del tratamiento: Compararemos los cambios obtenidos con los cambios conseguidos con los objetivos terapéuticos inicialmente establecidos. Al igual que en la terapia individual, se trata de obtener un **cambio clínicamente significativo**, que ese cambio sea generalizable a otros contextos y que los resultados se mantengan.

Seguimiento: El seguimiento durante un tiempo de los resultados dará seguridad de que sus cambios son duraderos).

Momento de la intervención individual en el que se incluyen las sesiones de pareja y las familiares: Una vez recibida la demanda individual, se hará una valoración paralela de las dificultades individuales así como de las dificultades relacionales, realizando una hipótesis en función de los síntomas detectados y en función de la narrativa de las cosas de Luisa, mediante la que vamos a conocer cómo se mueve relacionalmente en los sistemas en los que está inmersa. A través de esta narrativa, desarrollar unas hipótesis de lo que puede estar ocurriendo en sus relaciones familiares y saber que nos falta la observación directa de las situaciones. A partir de aquí, trabajamos en doble dirección: con tareas relacionales a Luisa para provocar cambios en sus relaciones de pareja y familiares, y trabajando para crear un clima que invite a convocar tanto a su pareja como a sus hijos. En una segunda instancia, podremos incluso trabajar con la familia de origen de Luisa. Es en este momento de la terapia, cuando se incluyen las sesiones de pareja y familiares, trabajando en paralelo, es decir, a medida que avancen las sesiones individuales y que podamos comprobar que Luisa va consiguiendo objetivos relativos a su autoestima, valoración de sí misma, eliminación de cogniciones erróneas, etc... La introducción va a ayudar a Luisa a consolidar su trabajo a nivel individual, a que se valide a sí misma en esta nueva forma de funcionamiento.

Siempre contaremos con el consentimiento de Luisa, para realizar la convocatoria y será ella la que autorice al terapeuta a la convocatoria de los diferentes miembros de la familia.

TÉCNICAS EN LA SESIÓN

A través de la técnica de la **Desequilibración**, que consiste en que el terapeuta forme una alianza intensa con un miembro de la familia (el hijo o el más débil de la pareja) para forzar una reestructuración de límites o en la ignorancia de uno de sus miembros. Si utilizamos, por ejemplo, la ignorancia de la hija de 21 años, podremos lograr que se enoje mucho, pues pierde su rol de sustitución de su madre, y se revelará solicitando incluso a sus familiares que se coalicionen con ella. Esto producirá un desenfoque inmediato y llevará a un realineamiento de las jerarquías familiares, haciendo que las fronteras entre subsistemas se marquen y haya un reacondicionamiento por parte de los miembros de las familias.

Otra técnica muy eficaz es la **Dramatización**, mediante la que el terapeuta solicitará a alguien de la familia o de la pareja que realice alguna acción, en el aquí y ahora de la sesión, cuyo significado sea alterar alguna función o estructura. Se puede intentar alterar el patrón comunicacional, por ejemplo el que mantienen padre e hija, para favorecer un mejor patrón comunicacional entre miembros en conflicto, como es el caso de Luisa con su hija.

La técnica de la **Re-Escritura** consiste en que uno de los miembros junto con el terapeuta irán escribiendo la historia que otro de los miembros, de la pareja o familia, narra en la sesión. La historia para a ser escrita, a estar en un “papel” de forma que se “exterioriza”. En esta reescritura, las personas se permiten tomar distancia de sus relatos, que valoran como opresores o limitadores, para cuestionarlos y dar entrada a experiencias nuevas. Se perciben como más positivas y se buscan relatos nuevos. Por ejemplo, la **Carta de Perdón** o la **Carta de Agravios**, es una herramienta muy poderosa que puede ayudar a los demás miembros del sistema a percibir la realidad del miembro que la protagoniza de otra forma. Esta técnica también puede ser utilizada a nivel individual.

El uso de la **Connotación positiva** puede ser muy beneficioso. Consiste en atribuir un significado positivo a la conducta problema o síntoma, así como al contexto relacional donde adquiere su funcionalidad, especificando la contribución de cada uno de sus miembros a la pauta circular. Por ejemplo, para Luisa y su hija: *“María, por lo que me ha contado tu madre, has hecho una labor magnífica encargándote de la casa y de todas las tareas mientras ella estaba convaleciente, lo que me da que pensar que eres una persona responsable y quieres mucho a tu madre; que por otra parte, tú Luisa, has sabido reconocer ese gran mérito de tu hija, comentándomelo y me da la sensación que mostrándote muy orgullosa, al hilo de tus palabras hacia ella”* (Connotación positiva del Terapeuta).

TÉCNICAS EN CASA

Fuera del ámbito de las sesiones terapéuticas, será conveniente también aplicar ciertas técnicas para favorecer el progreso de la terapia, que serán revisadas en la posterior sesión, lo que nos permitirá también evaluar el grado de compromiso con el tratamiento.

En el caso de Luisa, se puede aplicar **Tareas de realización de actividades placenteras** en conjunto, ya sea con su pareja, para intentar reconducir su relación, con su hija, por ejemplo, una tarde de compras madre-hija, etc...

Bibliografía y recursos

Módulos Técnicas Intervención y Tratamiento Psicológico. Módulo 1 al 10 (excepto 8 y 9). UOC.

Gómez Prieto, Alfonso. “Interpretación Psicoanalítica de la Depresión”. 2006. EL DIVAN. Psicoanálisis, Teoría, Colaboraciones.

Consultado en: [http://blogs.periodistadigital.com/eldivan.php/2006/06/21/interpretacion psicoanalitica de la depr](http://blogs.periodistadigital.com/eldivan.php/2006/06/21/interpretacion_psicoanalitica_de_la_depr)

Naranjo Alfredo, Gino. “La depresión, ¿un malestar contemporáneo?. GEOSALUD.

Consultado en: [http://geosalud.com/salud mental prof/depresion malestar.htm](http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_malestar.htm)

García Higuera, José Antonio. “La Depresión: Tratamiento Cognitivo Conductual”. PSICOTERAPEUTAS. COM

Consultado en: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>

Prieto Ursúa, María. “Aportaciones del enfoque conductual a la terapia familiar”. SIMPOSIO: LOS ACIERTOS DE LA TERAPIA DE FAMILIA Y DE PAREJA DESDE DISTINTAS LINEAS DE INTERVENCION.

Consultado en: http://www.fedap.es/congreso_santiago/trabajos/mprieto.htm