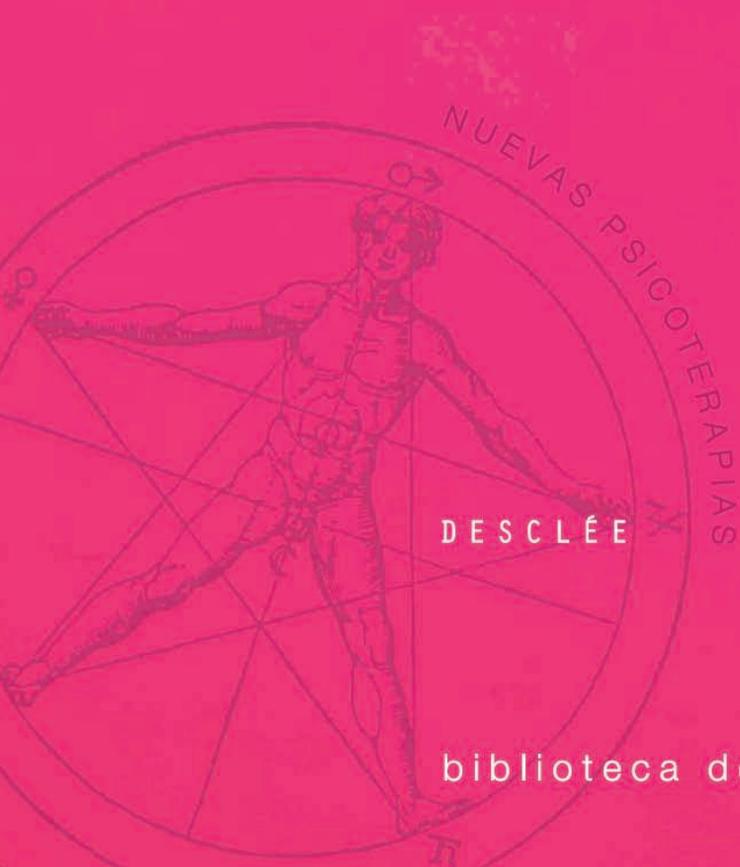


Terapia sistémica de pareja y depresión

Elsa Jones

Eia Asen



biblioteca de psicología

TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN

ELSA JONES - EIA ASEN

**TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y
DEPRESIÓN**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Título de la edición original:
Systemic Couple Therapy and Depression
© 2000, H. Karnac (Books) Ltd.

Traducción: Carlos Ballús-Creus y Miriam López Amorós

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2004
Heno, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Impreso en España-Printed in Spain
ISBN: 84-330-1836-1
Depósito Legal: BI-3239/03
Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

Agradecimiento:

Quisiéramos dar las gracias a Julian Leff y a su equipo del Instituto de Psiquiatría de Londres, por acercar la lente de sus investigaciones a la terapia sistémica y por llevar a cabo su trabajo con los más elevados criterios científicos. Su apoyo nos sido un gran estímulo.

Índice

Prefacio del editor, por David Campbell	11
Prefacio, por Gianfranco Cecchin	13
Introducción, por Julian Leff	17
Obertura	21
1. El ensayo de Londres de intervención en la depresión:	
Diseño y hallazgos	23
Fundamentos de estudio	24
El ELID	26
¿Qué significan estos hallazgos?	28
2. El manual de terapia	33
Una aproximación sistémica a la depresión	34
A. Antecedentes conceptuales	34
B. El proceso de la terapia sistémica de pareja	37
C. Aspectos técnicos de la terapia sistémica de pareja	41
3. Trabajando con la depresión I	63
Depresión	64
La “seguridad” del terapeuta en la relación terapéutica	85
Conclusión	92

4. Trabajando con la depresión II	93
Antecedentes	93
Guión de las sesiones	95
5. Temas y variaciones	109
El trabajo con el compromiso de los cónyuges	109
La construcción social de la depresión	113
El tema de la separación	118
La relación terapéutica	121
Tratando con el futuro	122
La experiencia de ser investigado	124
Lo que los datos de la investigación no muestra	126
Lo que muestran los datos de la investigación	129
Lo que los datos excluyen	130
Ser investigados	131
Final	135
¿Pueden ser replicados los resultados?	135
¿Qué es atribuible al factor terapeuta?	136
¿En qué medida son representativos los pacientes?	136
¿Qué hacemos con la experiencia de este ensayo de investigación?	137
Bibliografía	139

Prefacio del editor

David Campbell

La expectación que ha habido entorno a la publicación de este libro proviene del hecho que está basado en un proyecto de investigación reciente que ha demostrado la efectividad de la terapia sistémica. Las noticias del proyecto de Elsa Jones y de Eia Asen y de sus consiguientes resultados fueron recibidos con un gran entusiasmo en el campo de la terapia familiar sistémica. Su trabajo ha sido audaz, innovador y de suma importancia. Cuando supimos de los resultados del estudio, muchos de nosotros preguntamos a los autores, “¿Cómo lo habéis hecho?”, y este libro es su respuesta.

El libro trata de la terapia de pareja en sí misma, de cómo fue conceptualizada y de cómo fue llevada a cabo, y ha sido escrito con la mentalidad de un terapeuta. Jones y Asen han hecho accesible su abordaje de la terapia marital a quienes la practican describiendo la variedad de técnicas que usan en su trabajo y analizando diversos casos con gran detalle para ilustrar el proceso de su terapia. Pero aunque la terapia sea conducida con la estructura de un manual, hay una sorprendente cantidad de variaciones en los enfoques de los autores y eso tiene su exponente en el dialogo al final del libro, en el que se exploran plenamente estas diferencias.

Como editores, es un placer presentar en esta colección un libro que reúne con tanta claridad los rigurosos objetivos de una exposición comprensible del investigador, con el deseo del terapeuta de ayudar a cambiar a la gente. Muchos terapeutas trabajan en el sector público en el que quienes pagan tienen un creciente interés por tener pruebas de que la terapia vale lo que cuesta. Esta es una pregunta a contestar: ¿Tienen las terapias sistémicas un futuro en los servicios públicos?, y este libro es una voz que responde a este interrogante pero que también ofrece a los terapeutas una forma detallada de trabajar eficazmente con parejas.

David Campbell
Ros Draper
Londres Junio del 2000

Prefacio

Gianfranco Cecchin

Este libro creado por Elsa Jones y Eia Asen ofrece al terapeuta sistémico muchas oportunidades de reflexionar sobre muchos temas que son fuentes habituales de discusiones y de controversias. Una cuestión importante a considerar es cuantas restricciones puede tolerar el terapeuta sistémico, cuando usualmente es acusado o acusada de:

1. No tener un plan claro de terapia y de no estar orientados hacia un objetivo;
2. No necesitar un diagnóstico preciso para funcionar;
3. Tomar, más veces que menos, una posición de neutralidad, lo que significa, tener un bajo nivel de indignación frente a las tremendas cosas que los humanos pueden hacerse los unos a los otros.
4. No ser estratégicos, lo que quiere decir no tener una intencionalidad clara.

En lugar de ello, en este proyecto de investigación podemos apreciar el gran valor que hay en la creación de restricciones artificiales que tienen el efecto paradójico de dar una gran libertad a los terapeutas implicados. Los límites están fijados por un organismo independiente, el equipo de investigadores. Estos límites permiten lo siguiente:

- Un diagnóstico realizado por las autoridades psiquiátricas.

- Que haya un marco (un hospital o clínica psiquiátricos) definidos por el organismo.
- Que haya un objetivo específico en el proyecto de investigación que sea comprensible por todos los implicados, es decir, ¿puede ser de ayuda un cónyuge de alguien que sufre una enfermedad común, devastadora y bien conocida como la depresión?

La necesidad de seguir unos criterios de investigación de la forma más precisa posible también ofrece la oportunidad de inventarse normas precisas. Una de tales normas, por ejemplo, es: el número de sesiones está regulado no por las necesidades de cada cliente sino por las condiciones del proyecto de investigación. Lo mismo para la duración de la terapia (9 meses) y para la flexibilidad de la participación en el proyecto (p.e.: ¿Cuántas veces la gente puede ir a la consulta como pareja o sola?).

Con todos estos límites artificiales impuestos por el modelo de investigación, Eia y Elsa actúan con una gran libertad y una gran creatividad, tal como se demuestra en este bonito libro. Los dos autores, con sus estilos claramente diferentes, sus prejuicios y actitudes se manejan con facilidad entre los misterios, las contradicciones y la impredecibilidad de las historias que les presentan los llamados “pacientes”, historias que pueden ser trágicas o cómicas o ambas cosas al mismo tiempo.

Los resultados de la investigación no son responsabilidad de los terapeutas: el trabajo de los investigadores es el de estudiar los resultados y no tienen otro objetivo que el de ver si este tipo de terapia funciona en personas deprimidas. Los terapeutas no están comprometidos en demostrar nada. La impresión que dan es que actuarían de la misma forma en otro contexto. Me atrevo a hipotetizar que Elsa y Eia no hubiesen cambiado su comportamiento ni en el caso de haber sabido que los resultados de la investigación no hubiesen sido tan positivos como en realidad se mostraron.

Otra interesante condición dictada por el modelo de investigación es que esta terapia denominada sistémica debe ser reconocida como tal por un observador independiente. Contemplando sesiones registradas en video, el equipo del profesor Leff, fue capaz de identificar el estilo de Elsa y de Eia como claramente diferentes del estilo observado en las sesiones realizadas por un terapeuta cognitivo o por uno farmacológico. Incluso siendo Elsa y Eia bastante diferentes entre ellos, todavía mantienen unos principios que ambos siguen de forma natural. Me arriesgo a

decir que estos principios son los clásicos: creer que el mundo que vemos es un mundo de comunicación, que la gente existe, actúa y sufre en relación con los demás, y que el trabajo del terapeuta es el de ser curioso y el de dejarse fascinar por los conflictos de sus clientes sin inducirles forzosamente el deseo de cambiarles.

Con esta premisas podemos ver como cada uno de los estilos de los autores deviene muy coherente: el rápido e irónico estilo de Eia, o la participación en el sufrimiento humano de Elsa. La indignación de Elsa frente a la violencia, los abusos y la pobreza se muestra muy clara y consistente en estas premisas. Para mí todo ello demuestra que cualquiera puede usar su propio estilo con total libertad sin desmerecer los principios básicos del pensamiento sistémico.

El problema que tenemos a menudo, lo que da una muestra de su importancia, en ser capaces de trabajar, de diagnosticar, se resuelve aquí de una forma muy brillante. El terapeuta sistémico siempre ha tenido la duda, o la convicción, de que el hecho de etiquetar a una persona con un diagnóstico contribuye al problema que tiene esta persona. Algunas veces el diagnóstico es responsable de la iniciación de una persona en la carrera de su desviación crónica, el paciente mental, el criminal y demás. En este libro no vemos ningún intento de quitar el diagnóstico de la gente, un diagnóstico que a veces han llevado consigo durante años. En uno de los casos descritos aquí el diagnóstico llega a ser un miembro más de la familia y es aceptado como un compañero de vida indispensable.

Esta investigación es quizás una demostración del extraño hecho que las terapias realizadas bajo algún tipo de condicionante fuerte (por mandato judicial, consultas con prisioneros, o terapias realizadas en hospitales mentales) a veces producen mejores resultados que las terapias realizadas en circunstancias de “mejor colaboración”. Puede ser también que el terapeuta esté condicionado, cuando no limitado, por muchas reglas, alguna de las cuales puedan ser liberadoras (p.e.: la regla de que el terapeuta no está obligado a curar a la gente). En este libro la única obligación de los terapeutas es la de completar la investigación, incluso en un contexto tan incómodo y descorazonador como el que ha descrito Elsa.

Creo que este libro puede ser un estímulo para iniciar proyectos de investigación similares en situaciones similares en el vasto campo de la atención en los servicios públicos de salud mental, y los autores nos felicitamos por haberlo escrito.

Introducción

Julian Leff

Trabajar con familias intentando producir algún cambio es una forma muy informativa de aprender sobre los sistemas familiares y cómo funcionan. En este sentido, el terapeuta actúa como una sonda en el sistema. A diferencia de un termómetro, otro tipo de sonda, el terapeuta actúa en la familia mientras ella actúa en él. Los terapeutas sensibles registran sus efectos en la familia y los efectos de la familia en ellos, utilizando estos datos para estructurar sus intervenciones. Es extraño, de todas maneras, que los terapeutas escriban sus experiencias de forma sistematizada para que pueda servir de guía para otros terapeutas. La reticencia general a exponer sus experiencias en el papel debe provenir, en parte, de la creencia de los terapeutas de que su estilo personal es único y no puede ser transmitido. En los años 70, cuando mis colegas y yo empezamos a trabajar en un ensayo randomizado con familias con un miembro con esquizofrenia, no empezamos escribiendo un manual. Eso no era atribuible a actitudes elitistas, sino que era debido al hecho de que sentíamos que nuestro camino iba por un territorio sin cartografiar. Sólo después modificar nuestra intervención original mediante ensayos y errores durante quince años nos sentimos con la suficiente confianza para publicar un manual (Kuipers, Leff & Lam, 1992).

Nuestro manual llegó a ser la base del curso de formación en el trabajo con familias con esquizofrenia, que ahora es uno de los principales módulos en el Thorn Initiative. Los ímpetus para desarrollar un programa de entrenamiento provenían de la viva consciencia de que miles de familias en el Reino Unido cuidaban de un familiar con esquizofrenia, sin una ayuda apropiada por parte de los profesionales. Pero antes de crear el curso de formación, era necesario demostrar que la intervención era eficaz. La evidencia no solamente provino de dos ensayos controlados que nosotros mismos habíamos dirigido, sino también de estudios similares llevados a cabo en Estados Unidos, Reino Unido y China. La sucesión de etapas en la investigación vale la pena, por decirlo de una forma sencilla, porque el éxito en relación con la esquizofrenia que nos ha persuadido para seguir el mismo programa respecto a la depresión.

La primera fase consiste en establecer una relación entre las actitudes emocionales de los familiares, medida como Emoción Expresada (EE), y la situación psiquiátrica en curso. Para ello se requiere una serie de estudios con resultados consistentes. El siguiente paso es el de diseñar una intervención para modificar la relación entre los cuidadores y el paciente. Si tiene éxito, se tendrán que describir las habilidades necesarias para que los profesionales adecuados puedan llevarla a cabo y dar la apropiada difusión mediante programas de preparación. Una vez se ha establecido la relación entre la EE de los familiares y el curso de la depresión, estaremos listos para diseñar y poner a prueba la intervención. Consideramos que la experiencia necesaria para alcanzar esto es mediante la terapia sistémica, así que hemos escogido dos de los más altos exponentes de este abordaje en el Reino Unido, los autores de este libro. De nuestra investigación sobre la esquizofrenia hemos aprendido que es preferible empezar con un manual más que acabar escribiendo uno al final, así que persuadimos a Eia y a Elsa para que emprendiesen esta ardua tarea. Sus intentos de satisfacer nuestras peticiones están documentados en los capítulos uno y dos.

Este manual tiene dos propósitos. Primero, puede servir como base para un programa de formación en terapia sistémica de pareja, que vemos como la siguiente fase del trabajo en depresión. También es muy explícito en la variedad de técnicas usadas y así puede ser una buena base para la nueva generación de estudios de investigación, que deberían intentar identificar los elementos esenciales que hacen eficaz esta terapia. El programa de investigación en esquizofrenia llevó veinte años

de continuo trabajo antes de que empezásemos a formar terapeutas para realizar este tipo de intervención. Es excitante haber alcanzado esta etapa tan avanzada en la investigación en depresión, cuyo futuro desarrollo se verá muy facilitado por este excelente libro que representa el destilado de la experiencia de dos terapeutas altamente especializados.

Obertura

Este libro trata de la aplicación de la perspectiva sistémica a personas deprimidas y a sus parejas. Ha sido escrito como respuesta al considerable interés generado, en los ambientes psicoterapéuticos y psiquiátricos, por los hallazgos de un estudio comparativo sobre la depresión llevado a cabo a lo largo de varios años en el que hemos participado. En los dos primeros capítulos, describimos los hallazgos del proyecto de investigación y el desarrollo del manual en el que se basa nuestro abordaje; luego proseguimos describiendo nuestra forma de trabajar con los clientes y, terminamos, con un comentario de nuestras observaciones a lo largo del trabajo y con algunas reflexiones sobre la aplicabilidad general de este abordaje.

Se podría describir la estructura de este libro en términos de metáforas musicales. El primer capítulo es *sinfónico*, en él están contenidas muchas voces mezcladas a la vez. En él se presenta el tema, y se describe el contexto histórico y los hallazgos del Ensayo de Londres de Intervención en la Depresión (Leff et al., 2000), en el que está basado este libro. El segundo capítulo es una *pieza de música de cámara*, algo así como una sonata de violín y piano, fundiendo nuestras voces individuales, adquiridas a lo largo de nuestra experiencia, para crear un manual de

terapia. La intención de escribir un protocolo detallado de terapia fue la de satisfacer los requerimientos de un ensayo de investigación que al mismo tiempo representara nuestras diferentes perspectivas, es decir, las diferencias que puede haber entre el punto de vista de los terapeutas sistémicos y el de los investigadores, así como las diferentes perspectivas de cada uno de los terapeutas sistémicos. En este capítulo algunas voces de fondo son de colegas implicados en investigaciones similares (Pote et al., 1998; UKCP, 1999) cuyo “resonar” de su trabajo ha sido alentador. Los capítulos tres y cuatro son *solos*, exposiciones idiosincráticas de nuestro trabajo con personas deprimidas y con sus parejas. Estos dos capítulos son deliberadamente distintos y sus diferentes estructuras, abordajes y estilo reflejan convenientemente nuestras diferencias como terapeutas. El capítulo cinco es una *fuga* en la que cada uno expone sus posiciones individuales que son contestadas por el otro. Unas veces canta una voz, otras veces la otra; unas veces las voces suenan al unísono y otras veces son polifónicas, o incluso un poco contrapuestas, como en una pieza de música moderna. Pensamos que concluimos en una considerable armonía.

1

El ensayo de Londres de intervención en la depresión: Diseño y hallazgos

El Ensayo de Londres de Intervención en la Depresión (ELID: Leff et al., 2000) fue puesto en marcha en 1991 para comparar la eficacia de los Fármacos Antidepresivos, la Terapia Cognitiva Individual (TCI) y la Terapia Sistémica de Pareja (TSP). Los pacientes diagnosticados como "deprimidos" por psiquiatras fueron randomizadamente asignados a una de estas tres modalidades de tratamiento. Sin embargo la rama TCI del ensayo tuvo que ser suspendida en las etapas iniciales debido a una tasa de abandonos del tratamiento muy alta (8 de los primeros 11 casos). De esta manera se acabó estableciendo la comparación entre terapia farmacológica y TSP implicando 88 sujetos que cumplían los criterios de investigación y que fueron aceptados en el tratamiento.

Uno de los mayores hallazgos fue que la gente deprimida vista en TSP respondió significativamente mejor que los tratados con TCI o medicación antidepresiva. Fue debido a estos alentadores resultados de la terapia de pareja que decidimos escribir este libro.

Fundamentos de estudio

Todos los proyectos de investigación tienen su propia historia, cobran vida en contextos específicos y por razones específicas. Julian Leff, profesor de psiquiatría e investigador reconocido internacionalmente, estuvo vinculado durante muchos años a la mejora de la comprensión de la utilidad clínica del concepto de la Emoción Expresada (EE) en la investigación en familias de personas diagnosticadas de esquizofrenia (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberleinfries, & Sturgeon, 1982). A partir de aquí algunas investigaciones llevaron a sostener la hipótesis de que la EE puede tener relevancia en el trabajo con pacientes deprimidos y con sus familiares más allegados. Esto nos condujo a establecer el ELID para determinar si la intervención con un miembro de la familia, o la pareja, puede tener efectos beneficiosos en los síntomas depresivos del paciente identificado cuando la pareja reduce la EE.

Aquí aparece en escena otra parte de la historia. A mediados de los 80, Julian Leff y el equipo del Servicio de Familias de Marlborough, un grupo de terapeutas sistémicos que trabajan en el marco comunitario, acordaron investigar conjuntamente la evolución de su trabajo terapéutico. La EE se usó para evaluar aspectos de la relación (diádica) de pareja. El estudio mostró que la EE (y los Comentarios Críticos en particular) se reducía en parejas y en familias que presentaban problemas como trastornos emocionales y conductuales en la infancia, trastornos de la alimentación, desacuerdos maritales y violencia familiar. Estos resultados estimularon posteriores investigaciones sobre la relación entre depresión y EE para determinar si la existencia de tales relaciones puede ayudar en la práctica terapéutica. Eia Asen era uno de los implicados en el estudio del equipo de Marlborough (Asen et al., 1991) y fue posteriormente solicitado por Julian Leff para disponer la fase piloto del ELID. Elsa Jones se unió al proyecto después de la fase piloto.

Debido a que se habían redactado manuales de protocolo tanto para la TCI como para el tratamiento farmacológico con componentes psicoeducativos, se consideró necesario redactar también uno para la TSP (ver el capítulo dos).

Hasta el momento no se había desarrollado ningún estudio para evaluar si la terapia sistémica era de alguna utilidad en pacientes deprimidos. Debido a que no existían tratamientos estandarizados, el desarrollo de un manual de tratamiento para esta forma de terapia fue una condi-

ción previa para la consolidación del estudio y del proyecto para la obtención de una beca del Medical Research Council (Consejo Médico de Investigación).

La Versión 1 del manual tenía exactamente una página de extensión, dado que concretar el arte de la terapia parecía imposible. Pese a ello esta versión no fue aceptada por los investigadores porque la consideraron “demasiado vaga”. La Versión 2 se fue al otro extremo: unas 100 páginas, a espacio simple. En ella se detallaba obsesivamente cada posible maniobra terapéutica, con las formas, tonos y con los pasos para realizar las prescripciones. Mientras se realizaban los ensayos se pudo comprobar que ni el propio redactor podía ceñirse de forma consistente a lo indicado en el manual. Entonces Elsa Jones se unió al proyecto proveyéndolo de una perspectiva diferente. Durante un período de nueve meses se introdujeron nuevas ideas y técnicas modificando el manual de mutuo acuerdo, hasta conseguir una versión que pudiese ser suscrita por los dos.

Escribir un manual de tratamiento es una cosa, adherirse a él otra. En investigación es muy importante adherirse al protocolo o al manual, de esta manera se podrán establecer comparaciones. Ello hace posible replicar investigaciones y evaluar la comparación de qué modelos de tratamiento son significativamente diferentes de otros. En consecuencia, cada sesión fue grabada en vídeo, y las cintas fueron aleatoriamente seleccionadas por un evaluador independiente para comprobar la observancia del tratamiento y la integridad de la terapia. Esto representó contemplar 15 sesiones con un tiempo total de 1.026 minutos en la TCI, 38 sesiones con 1.971 minutos para la TSP y 47 sesiones con 1.445 minutos de la terapia farmacológica. Esta investigación (Schwarzenbach & Leff, 1995) concluyó que era posible distinguir claramente entre los diferentes modelos. Cada modelo tenía características propias intrínsecas y no de otros modelos. También se observó que los terapeutas se adherían al manual pero que ocasionalmente usaban algunas técnicas de otras terapias. Así, a pesar de nuestras dificultades para llegar a redactar un manual, esta investigación demostró que era posible describir qué hacíamos en determinadas ocasiones en las que nos hallábamos bloqueados en nuestra labor sin solaparnos con otras modalidades.

EL ELID

Método

El ELID se iniciaba con una evaluación de la línea base de los pacientes depresivos y de sus parejas, a la que seguía una fase de intervención (tratamiento). Los pacientes fueron evaluados al final del tratamiento y una vez más al cabo de un periodo de entre 12 ó 15 meses de haber finalizado el tratamiento. La fase de tratamiento consistía en un máximo de 9 meses o 20 sesiones para los casos tratados con la TSP o con TCI, y en un año para los tratados con medicación antidepresiva. No se permitió que los pacientes asignados a cada uno de los tratamientos recibieran ningún otro tratamiento simultáneamente. En otras palabras, aquellos pacientes destinados a TSP no recibieron ningún anti-depresivo o ningún otro fármaco psicotrópico. En los 12 meses posteriores al cumplimiento con el tratamiento, se les ofreció un máximo de dos sesiones de refuerzo.

Los pacientes tenían que cumplir con los criterios de depresión valorados mediante el Present State Examination (PSE) (Examen de Estado Actual), la escala de Depresión de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). El umbral de puntuación para la depresión en el BDI fue situado en 11 puntos. Los otros miembros de la pareja fueron evaluados mediante el BDI y la Camberwell Family Interview (Vaughn & Leff, 1976) y, finalmente, ambos fueron evaluados mediante la Escala de Ajuste Diádico. La pareja tenía que hacer, al menos, dos Comentarios Críticos (Alta EE) durante la administración de la Camberwell Family Interview. Además de estas evaluaciones de línea base, todos los pacientes –y en TSP, también sus parejas– fueron evaluados cada seis semanas mediante el BDI para situar la evolución de sus cambios de humor durante la fase de tratamiento. Después del tratamiento se continuó su evaluación con una periodicidad trimestral con el BDI hasta la evaluación del final del seguimiento. Algunos individuos fueron excluidos por diversas razones que incluían: rasgos psicóticos, enfermedad bipolar, síndromes orgánicos cerebrales y, abuso primario de sustancias. Los sujetos incluidos cumplían los criterios psiquiátricos de enfermedad depresiva. Los pacientes asignados a los diferentes tratamientos fueron apareados o igualados en todas las características relevantes como edad del paciente y de su pareja, sexo del paciente, cronicidad y gravedad de la

depresión. Todos los terapeutas de las tres diferentes modalidades de tratamiento (TCI, Fármacos antidepresivos y TSP) acordaron que la muestra parecía sesgada hacia el extremo más grave del espectro de la depresión, con muchos de los pacientes con largas historias psiquiátricas y con síntomas significativos de estrés y discapacidades sociales. La presencia de pacientes particularmente difíciles incluidos en proyectos de investigación es un hecho bastante habitual y posteriormente vamos a comentar lo que ello implica.

Resultados

En diferentes dimensiones la TSP se mostró más efectiva y mejor acogida que la medicación antidepresiva. Los pacientes que participaron en la terapia de pareja tenían menos síntomas depresivos al final del tratamiento y al cabo de los dos años de seguimiento.

Los pacientes que habían recibido medicación antidepresiva abandonaron el tratamiento en una proporción significativamente más alta (56,8%) que aquellos que habían recibido terapia de pareja (15%). En el artículo de Leff et al (2000) se puede encontrar un análisis completo sobre la complejidad y el valor de estos resultados. Un análisis de costes económicos en la salud muestra que el tratamiento con fármacos antidepresivos no es más caro que la TSP.

La figura 1.1 ilustra gráficamente las diferencias entre las dos modalidades de tratamiento medidas con el BDI. Se puede observar que hay un descenso muy importante en el promedio de síntomas depresivos en el grupo que recibió TSP no sólo al final del tratamiento, sino también al cabo de los dos años de seguimiento.

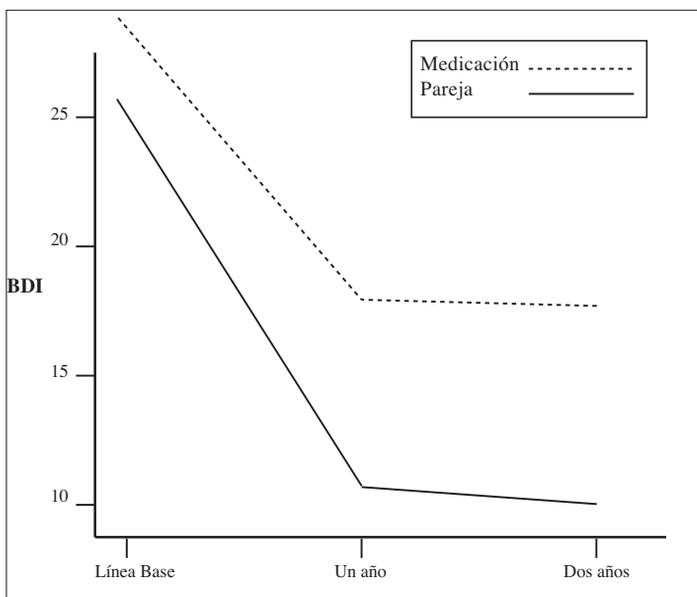


FIGURA 1.1: Perfiles medios de los grupos de TSP y medicación antidepressiva

¿Qué significan estos hallazgos?

El mayor hallazgo del estudio tenía que ser la reducción de la depresión de los pacientes que tenían este diagnóstico. De todas maneras se han encontrado otras cosas que nos parecen dignas de ser analizadas.

Emoción expresada (EE)

¿Hay cambios en la Emoción Expresada durante o después de los diferentes tratamientos? El número de Comentarios Críticos, tan crucial en el trabajo con familias con una persona diagnosticada de esquizofrenia, resultó no estar relacionado con el cambio. En algunas de las parejas con una importante reducción en los síntomas depresivos, el número de Comentarios Críticos aumentó, en otras no cambió nada y, desde luego, hubo algunas en las que disminuyó. De todas formas hubo un cambio significativo en otra dimensión de la EE: el nivel de Hostilidad. Éste

se redujo de forma significativa en el grupo TSP si lo comparamos con el grupo de pacientes que recibieron fármacos antidepresivos. La Terapia Sistémica parece afectar a la hostilidad manifestada por las parejas de los pacientes deprimidos.

El coste de los tratamientos

Se realizó un análisis de costes sanitarios desde el principio de esta investigación. El coste de la TSP fue calculado en base al promedio y duración de las sesiones (12 sesiones, 60 minutos) y la unidad de coste del tiempo de contacto directo terapéutico. Se contaron todos los anti-depresivos prescritos (con análisis de sangre incluidos) además del tiempo empleado por el psiquiatra que hacía la prescripción. Los datos sobre la utilización de los servicios fueron recogidos durante la terapia y el seguimiento, entre los que estaban los de salud y los de cuidados sociales (consultas hospitalarias de pacientes internos/externos, día/noche, curas de día, contactos con el médico de cabecera, enfermera psiquiátrica comunitaria, trabajadora social, consejero, etc.). La unidad de coste fue incluida en estos datos y añadida para obtener el coste total estimado para cada sujeto en el estudio. El coste medio de la TSP fue de aproximadamente 100 libras por sesión y el de la terapia farmacológica aproximadamente de la mitad, 50 libras. De todas maneras, parece que este coste significativamente mayor del tratamiento fue compensado mediante una reducción de los costes de servicio hospitalario (20 libras al mes menor en la terapia de pareja) y en los costes de servicios comunitarios (33 libras al mes menos). En resumen, los costes combinados de terapia y servicios parecen ser similares para los dos grupos. (ver Tabla 1.1)

Tabla 1. Los costes de la terapia y del uso de servicios

Coste del componente (Libras/mes, 1995/96)								
	Grupo de terapia de pareja			Grupo de terapia farmacológica			Significación	
	N	Media	SD	N	Media	SD	Valor t	Valor p
<i>Periodo del tratamiento</i>								
A. Terapia	24	106	23	14	48	18	7,51	<0,01
B. Hospital y Comunidad	24	25	36	14	78	134	-1,10	0,28
C. Combinación (A+B)	24	131	38	14	126	139	1,75	0,10
<i>Periodo de Seguimiento</i>								
D. Hospital y Comunidad	27	43	60	21	67	122	-1,34	0,19

Quisiéramos observar que el coste del trabajo sistémico puede incluso ser más económico que lo que se puede desprender de este análisis. En primer lugar, muchos pacientes que reciben medicación antidepresiva fuera de los ensayos de estudio continúan con medicación durante años. Así, los costes a largo plazo de la prescripción de medicación antidepresiva pueden resultar en realidad más altos. Además, este estudio no contempló los costes del apoyo de un cuidador familiar o de otros, o las consecuencias indirectas de la depresión, como la pérdida de empleo. Una vez más, esto significa que los beneficios económicos reales de una depresión de corta duración son mayores de lo que se puede apreciar en los análisis de economía de la salud.

Los sujetos

Es sorprendente que de los 290 individuos contactados inicialmente para la investigación, se excluyeran 196 por diversas razones (relación de pareja no estable, no tener depresión, no aceptar la randomización). Posteriormente 6 de los 94 seleccionados para el ensayo rechazaron la toma de medicación antidepresiva cuando les había tocado tal grupo de tratamiento. Con posterioridad y por razones de simplicidad estadística, sólo se aceptaron parejas heterosexuales.

Una vez más nos aventuramos a observar que este repetido proceso de selección y, en cierta manera de autoselección, da como resultado un

grupo de pacientes muy particular que va más allá del espectro habitual en una terapia. ¿Qué representa para un paciente –o para un derivante– estar de acuerdo en aceptar que, de forma aleatoria, se puede ser asignado a uno de los tres diferentes tipos de tratamiento? Mucha gente tiene un criterio claro sobre lo que le puede ser útil para afrontar sus problemas. Aceptar las condiciones del estudio significa probablemente que uno ha perdido la esperanza para sí mismo, o para el paciente derivado. Esto tiene sus implicaciones en el sesgo observado por los terapeutas, es decir, que los pacientes tienden a pertenecer al extremo más grave de la gama. Quizás ésta es una de las razones por las que la TCI pareció inapropiada para este grupo de pacientes, dado que ha mostrado ser útil como tratamiento para depresiones de reciente inicio y corta duración.

El relativamente bajo nivel de abandonos del ensayo en la TSP ha sido explicado por los investigadores como debido probablemente a la gran aceptabilidad de este abordaje cuando es comparado con la medicación antidepressiva. Si bien esto puede ser válido, pensamos que también puede haber otras razones. En primer lugar, cuando las vemos por vez primera, muchas de las parejas de los pacientes diagnosticados de depresión expresan su desgana en participar en la terapia (ver el capítulo 5), y los esfuerzos son nuestros para conseguir su implicación en el trabajo. Desde los principios de la Terapia de Familia este es un terreno en el que los terapeutas sistémicos son particularmente buenos: cuando nos planteamos cómo aprender a conseguir la cooperación, o la implicación, de los miembros de las familias que pueden ser refractarios a asistir para la resolución de problemas colectivos, especialmente cuando los pueden contemplar como individuales. Segundo, la terapia sistémica, a diferencia de otros abordajes terapéuticos, no tiene un procedimiento preestablecido pero trabaja de forma interactiva, corresponsable y reflexiva en relación con la demanda de los clientes. Esto probablemente influya en la calidad del compromiso. Tercero, los terapeutas sistémicos siempre están interesados en el amplio sistema que forma el entorno para el síntoma y su portador. Este interés puede manifestarse invitando a las sesiones a otras personas significativas, sea en persona o metafóricamente; lo que indica la convicción del terapeuta en que el problema y sus soluciones pueden encontrarse más en el entorno que en el paciente en solitario. Este contexto puede constituirlo el sistema interpersonal inmediato del paciente identificado o un contexto más amplio como el cultural, el laboral, etc. Estas ideas serán exploradas con más detalle en

los próximos capítulos, pero las mencionamos aquí porque pueden constituir una explicación de la “aceptabilidad” de la TSP.

La experiencia de este proyecto muestra que es posible trabajar dentro de una estructura científica positivista sin tener que comprometer la posición sistémica. Los resultados contemplados desde el discurso científico dominante prueban que la TSP con pacientes deprimidos es efectiva. Como psicoterapeutas también hemos encontrado que es posible sobrevivir y aprender de la participación en proyectos de investigación como éste.

2

El manual de terapia

Un requisito del proyecto de investigación era que cada modalidad de tratamiento tenía que proporcionar un protocolo describiendo su abordaje. Eia Asen ya había empezado este proceso durante la fase piloto y ambos autores continuaron entonces poniendo a punto varias versiones más. Encontramos difícil escribir un protocolo así, en parte debido a la falta de costumbre en concretar nuestra práctica en lo que parecería un formato rígido de prescripciones –la psicoterapia es, después de todo, tanto un arte como un conjunto de técnicas– pero también porque nosotros nos encontramos en puntos un tanto distintos del espectro sistémico. Así Elsa Jones se define como perteneciente al grupo “post-Milán”, fuertemente influenciada por ideas feministas y construccionistas sociales (Jones, 1993), mientras Eia Asen ocupa una posición que se sitúa entre diferentes aproximaciones, desde terapias estructurales hasta estratégicas o terapias de post-Milán. (Asen, 1997). De este modo, el documento de trabajo final afirmaba que “cada terapeuta puede usar la mayoría de estas técnicas durante el curso de la terapia con cada pareja” pero algunas técnicas fueron muy poco usadas, al menos en la forma pura, por ambos. Además, es poco probable que terapeutas experimentados trabajen de un modo que refleje un modelo puro, ya que después

de un periodo significativo en prácticas, el estilo se convierte en personal y es influenciado por continuos procesos de aprendizaje de colegas, clientes y por la propia vida.

A pesar de estas dudas, fue interesante que en la evaluación del protocolo de cumplimiento (Schwarzenbarch & Leff, 1995), mostrado en el capítulo primero, se encontrase que observando randomizadamente las grabaciones en vídeo de nuestro trabajo fueran claramente identificadas como pertenecientes a los parámetros del protocolo, y se pudieran distinguir claramente de la terapia cognitivo-conductual individual y de las modalidades de tratamiento con medicamentos. Posiblemente estamos tratando con el fenómeno de la perspectiva de la posición influyente, debido al cual las pequeñas diferencias parecen tener una gran importancia al ser observadas desde dentro del encuadre, mientras que para un observador ajeno al mismo pueden parecer insignificantes.

La intención inicial del manual era describir las características del modelo para el uso y conocimiento de los investigadores. En este libro, hemos cambiado ligeramente el énfasis para hacerlo más asequible a los lectores con formación sistémica, y también para aquellos jóvenes profesionales en prácticas que participarán en etapas posteriores de la investigación sobre parejas y depresión. El libro no pretende ser un libro de texto de terapia sistémica sino, más bien, la descripción de una aplicación particular. Se exponen una serie de ideas y técnicas para ilustrar como fue nuestro trabajo con este grupo de clientes en particular, pero en general damos por sentado que los lectores se remitirán a otros textos para las nociones sistémicas generales (e.g. Bateson, 1972; Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987; Burnham, 1986; Campbell & Draper, 1985; Goldner, 1985; Jones, 1993; Perelberg & Miller, 1990).

UNA APROXIMACIÓN SISTÉMICA A LA DEPRESIÓN

A. Antecedentes conceptuales

En este modelo, los síntomas depresivos del paciente identificado (PI)¹ están conceptualizados en términos interaccionales basados en los modelos de terapia familiar sistémica. El PI es contemplado como partí-

cipe de una variedad de contextos y de diferentes comportamientos, incluyendo los síntomas como elementos relacionados con éstos; éstos pueden incluir patrones de relación del aquí y ahora de las familias de origen y de otros contextos como del mundo del trabajo, la sociedad y la cultura. Las relaciones cercanas son consideradas como influyentes e influenciadas por el PI y por los síntomas. Así, las respuestas de los miembros de la familia hacia el PI deben ser consideradas como un elemento mantenedor de la angustia y de los síntomas del PI. Por ejemplo, la pareja de un PI reacciona a los comportamientos depresivos del mismo y el PI, a su vez, responde a la reacción de la pareja. De esta manera, se genera un sistema elaborado de retroalimentación que afecta tanto a los síntomas del PI, como a los comportamientos y actitudes de los demás.

A pesar de que en este modelo se pueden tener en cuenta otras causas potenciales o factores desencadenantes, al valorar las características individuales y las experiencias del PI (pasado y presente, física, psicológica o cultural) se considera que los comportamientos depresivos actuales son mantenidos principalmente por los diferentes contextos de los que el PI forma parte –sobre todo la familia y el sistema de ayuda y apoyo profesional– y que centrándose en ellos puede obtener la vía más corta para resolver las dificultades del PI.

Estructurada de forma interaccional, la depresión puede ser interpretada como un proceso de la siguiente manera: dado un acontecimiento (enfermedad, desempleo, nacimiento de un niño, etc.) éste obliga a la persona o personas a adaptarse. Los factores intrapsíquicos e interpersonales (estilo de adaptación aprendido, patrones y “reglas” familiares, la relativa presencia o ausencia de ajustes interpersonales mal desarrollados a lo largo del tiempo), así como la cadena de los factores contextuales citada anteriormente permite a algunos individuos tratar con tales situaciones mejor que otros. Los que son menos capaces de adaptarse pueden empezar a manifestar síntomas o comportamientos depresivos.

-
1. El término PI es usado aquí para indicar que las personas así designadas (por ellos mismos, por los miembros de la familia, o por los profesionales) están siendo visitadas por los terapeutas con un sistema de referencia médico. Desde un punto de vista sistémico un diagnóstico no es un descubrimiento de una realidad, sino un acuerdo sobre una etiqueta, término profesional coloquial usado por comodidades de comunicación. Designar no es una actividad neutral: aquellos que se toman o se les da el derecho de designar a los otros, es probable que se sitúen en una posición de privilegio y de poder en relación con quién es denominado.

Ellos, a su vez, actuarán como estresores a los que el cónyuge y la familia van a responder. Dependiendo de ciertas estructuras y dinámicas de la pareja y de la familia, se pueden dar diferentes tipos de respuesta así algunas familias podrán tolerar la depresión, mientras que otras podrán ser extremadamente críticas e impacientes con los comportamientos depresivos del individuo. La “depresión” y sus fenómenos asociados pueden aumentar cuando los familiares prestan una especial atención a lo que pueden percibir como comportamientos negativos de la persona deprimida, algunos de los cuales pueden ser etiquetados consecuentemente por la pareja como una forma de “llamar la atención”. La consiguiente interacción de la pareja puede afectar, con posterioridad, la evolución de la depresión del PI. Así, por ejemplo, se puede intentar ayudar a los PIs a resolver sus depresiones centrando su atención hacia aspectos no depresivos de sus vidas, “contemplando el lado bueno”. Esto puede incrementar su sensación de soledad y de incompreensión, aumentando de esta manera su depresión; este tipo de intento de solución se convierte, entonces, en parte del agravamiento adicional del problema. Por otro lado las respuestas del tipo “ayuda” y “cuidado” por parte de los miembros de la familia conservan los roles dentro de la familia manteniendo las conductas depresivas hasta cuando ya han perdido su significado o su finalidad originales.

El propósito principal del abordaje sistémico en la terapia de pareja en la depresión es el de contextualizar los síntomas presentados, es decir, situarlos en los contextos pasado y actual de las relaciones de los individuos con sus familiares u otras personas significativas, teniendo en cuenta sus razones, los factores sociales y los culturales. La TSP se propone ayudar al PI y a su pareja a alcanzar nuevas perspectivas de sus problemas presentes, a buscar diferentes significados a los comportamientos depresivos o a experimentar con nuevas maneras de relacionarse el uno con el otro. Se postula que si una pareja cambia su interacción, los síntomas pueden cambiar. Este cambio puede ser provocado, a su vez, por cambios en el nivel de significado o comportamiento, asumiendo que éstos son enlazados reflexivamente uno con otro de forma que el cambio en uno afectará al cambio en otro, sin que el “insight” tenga que ser un precursor necesario del cambio.

Cuando la gente es derivada a profesionales para recibir ayuda puede creer que sus propias herramientas para solventar sus problemas no han sido útiles. Es por tanto tarea del terapeuta explorar con el PI y su

pareja o familiares cómo se han quedado atascados en una pauta de interacción que parece inextricablemente unida al comportamiento sintomático. El terapeuta intentará descubrir, junto con la pareja o la familia, qué recursos tienen para alcanzar nuevos patrones de interacción que no incluyan los síntomas y sus comportamientos asociados.

El terapeuta no impone normativas, o sus puntos de vista, sobre el funcionamiento de la pareja en general, ni sobre las soluciones específicas que pueden ser aplicables a esta pareja en particular. En lugar de esto, el terapeuta mantiene una postura de mentalidad abierta y de curiosidad (“neutralidad” hacia las ideas, personas y hechos), lo que conduce a una exploración con la pareja de su historia y del significado de su situación actual, de sus previos intentos de solución y de su actual situación de punto muerto.

El proceso de entrevista con cuestionamiento circular (ver Sección C3 más adelante) usado en la terapia sistémica es utilizado para romper con los patrones actuales, es decir, busca un efecto perturbador que sirva para desatar la interacción y los patrones de comunicación que las parejas identifican como rígidos o indeseables. Las preguntas de los terapeutas estarán, en parte, destinadas a sugerir nuevas maneras de ver o de hacer las cosas, y en parte, a explorar las consecuencias del mantenimiento de los patrones familiares, la elección de cuándo, qué y cómo cambiar estará en manos de la pareja. Se asume que los individuos solos y en interacción con otros, tienen recursos que les permitirán hacer cambios. Éstos serán tanto más adaptativos cuanto más coherentes sean con su sistema de creencias, valores, tradiciones familiares etc. También se asume que ellos están mejor situados para hacerlo que el terapeuta. En resumen, la tarea del terapeuta es mostrar a las parejas que hay diferentes caminos para elegir, más que señalarles cual es el camino específico que deben seguir. El terapeuta actuará como un catalizador más que como un ingeniero social, por tanto la meta no es “educar” a la pareja o enseñarle cómo hacer las cosas mejor, sino legitimizarle a aplicar sus propias soluciones.

B. El proceso de la terapia sistémica de pareja

En el ELID, antes de encontrarse por primera vez con el terapeuta, el PI y su pareja ya habían tenido encuentros con los investigadores por los que la pareja había sido evaluada mediante las diferentes pruebas

(ver capítulo primero), había recibido explicaciones sobre la terapia y las actividades de investigación, había sido informada de que iba a recibir ayuda mediante alguno de los tres modelos en comparación, y había dado su consentimiento para que pudieran ser grabadas las sesiones terapéuticas. Además se les podía solicitar permiso para publicar fragmentos de su caso. A continuación presentamos un esquema general de la vía por la que debía discurrir la terapia, es decir, un “formato” general de TSP con un miembro con un diagnóstico psiquiátrico.

1. Primeras sesiones

La vinculación es un requisito indispensable (ver Sección B2) que está siempre en la mente del terapeuta, y es un elemento de vital importancia en las primeras sesiones. Sin sensación de confianza, claridad y límites seguros, los clientes no pueden empezar a sincerarse con un extraño como es el terapeuta. Así, desde el principio, los mensajes del terapeuta, como la comunicación abierta, el lenguaje corporal y no verbal, la posición equitativa e imparcial, las muestras de interés en escuchar ambos puntos de vista y su neutralidad hacia las diferentes perspectivas que le presentan, dan muestra de que éste es alguien con quien comparten un espacio en el que pueden explorar los problemas del PI y de su pareja.

Al principio, el terapeuta explora las definiciones del problema de la pareja y las opiniones que transmiten de sus familiares y de las personas significativas que tienen en su entorno, así se obtiene un dibujo de la red de las relaciones significativas en la que se sitúa el problema. Es útil ayudarse con un genograma (ver Sección C8 más abajo). Explorando la definición del problema se obtienen elementos comportamentales y elementos con significado propio; el terapeuta buscará información sobre cómo se ha manifestado el problema a lo largo del tiempo, sus efectos en el entorno, y la forma de responder del mismo, así como los significados que les dan la gente implicada en la red social de la pareja. Los patrones actuales están unidos a los patrones generacionales del pasado, la pareja y el terapeuta tratarán de entender qué sucesos y creencias contribuyen a paralizarles en el presente. Esto deberá generarles el deseo de experimentar con nuevos comportamientos en su búsqueda de nuevas soluciones para la situación familiar. Las sesiones en esta fase serán muy frecuentes, una cada semana o cada dos.

Mientras se mantiene la atención en la secuencia de los comportamientos y las interacciones problemáticas, también se prestará atención a cualquier éxito en la solución del problema en el presente o en el pasado. Entender cómo algunas veces la pareja afronta de manera positiva los contratiempos introduce esperanza en la discusión y ayuda a los terapeutas a comprender mejor el estilo y recursos de la pareja (ver Sección C5 más abajo). También es útil saber qué soluciones han sido ensayadas previamente –incluyendo la historia de contactos con otros profesionales– tanto para saber qué les ha sido de menos utilidad, como para obtener pistas sobre qué puede ser conveniente implementar en el futuro. Esta clase de discusión también empieza a implicar la posibilidad de un futuro diferente aunque solamente en una dimensión hipotética (ver Sección C3 más abajo).

La terapia sistémica se caracteriza por una postura colaboradora o co-constructiva; el estilo del terapeuta es una tentativa y en todo momento invita al cliente a cooperar, a preguntar y a dar retroalimentación sobre su trabajo y sobre las tareas y los acontecimientos que se pueden dar en los intervalos entre sesiones. El terapeuta debe mostrarse sensible con los temas relacionados con la relación terapéutica, aparezca esta sensibilidad ya de la dinámica de los clientes, ya de temas relacionados con el “*self del terapeuta*” (ver el capítulo 5). Así, los clientes serán participantes activos que junto con el terapeuta intentarán construir nuevos significados para lograr una perspectiva de observador de su relación y desarrollar nuevos comportamientos. En las primeras sesiones parte del trabajo de los terapeutas estará dirigido a invitar a los clientes a participar en éste estilo de interacción. Esto incluirá una exploración de los objetivos de los clientes para el cambio. Mientras estos objetivos y la correspondiente definición de la tarea de la terapia cambian a medida que el tiempo transcurre, es importante que se mantenga abierta la discusión sobre éste mismo hecho. De otra manera, y particularmente en el marco del diagnóstico psiquiátrico y de los profesionales de referencia, el cliente permanecerá en un rol pasivo como afectado por las acciones de los otros.

2. Sesiones intermedias

En esta etapa de la terapia la exploración parecerá estar menos centrada en el problema y se concentrará más en ampliar los patrones que

mantienen y son mantenidos por el problema. Esta alteración del énfasis puede representar un intento de ampliar el foco de la terapia para desplazar un problema todavía intratable, un estímulo para el cambio en la relación entre los miembros de la pareja (y con los demás), para prevenir la repetición del problema o para empezar a enfocar cuestiones relacionadas con la calidad de vida.

En esta etapa los clientes tienden a disponer de más tiempo. En las observaciones sobre su vida cotidiana relatan tanto las interacciones problemáticas como las que funcionan bien. Toman decisiones sobre el tiempo óptimo a transcurrir entre sesiones, que probablemente aumentará. Y además, entre otras, toman decisiones sobre el diseño de las tareas para estos intervalos. Mientras el margen de tiempo de la terapia esté moviéndose hacia atrás y hacia delante, los problemas del presente estarán relacionados con el pasado de la pareja y también con el bagaje de sus familias de origen sobre el temido o deseado futuro. Es probable que esta etapa de la terapia esté enfocada en el presente y en el minucioso trabajo de alterar los patrones habituales de comportamiento y de creencias que pueden, por ahora, haber sido identificados como reforzadores y mantenedores de los estados de ánimo y de situaciones indeseadas, incluyendo la depresión del PI.

Este puede ser un momento oportuno para tener algunos encuentros con el PI y su pareja por separado (ver Sección C11b más adelante) o para invitar a otros miembros de la familia a asistir a sesiones.

Gracias a la consolidación de una alianza de trabajo entre terapeuta y clientes en esta fase el terapeuta puede sentirse más confiado sobre el uso de técnicas que pueden desencadenar una mayor inseguridad y cambio para los clientes, tales como preguntas de futuro, desafíos, representaciones, redefiniciones y reestructuraciones, uso de historias y metáforas ampliadas, tareas y técnicas no verbales, etc., como se comenta en la Sección C.

Es probable que haya un foco para reforzar permanentemente los recursos del cliente en la amplificación de cualquier cambio por pequeño que sea. De la capacidad del terapeuta dependerá el cambio constante. También es la fase en la que terapeuta y clientes pueden tener las experiencias más frustrantes al quedarse atascados, al luchar con dificultades intratables, y al sentirse desesperados. Si se está progresando, es importante contrastarlo con los objetivos iniciales de la terapia: ¿están siendo alcanzados? y ¿tienen que ser renegociados?

3. Sesiones finales

Si la terapia está produciendo unos resultados positivos y los clientes se inquietan, es probable que esta fase se caracterice por la revisión del trabajo realizado, y por la anticipación y prevención de la recaída. Es decir, trabajar para identificar los patrones que en el pasado han conducido al episodio depresivo, encontrar las señales que permitan alertar a la pareja de la posibilidad de repetición del problema, y ensayar nuevas estrategias para enfrentarse a ello de forma diferente. Esto puede incluir volver a tratar, de forma más explícita que antes, los temas tal como el terapeuta los había entendido y sus hipótesis sobre los problemas del cliente, lo que puede tener el efecto de “paquete endosado” para el cliente. Las sesiones en las últimas fases de la terapia, probablemente están más espaciadas en el tiempo que antes (varias semanas, o meses) y pueden incluir sesiones de refuerzo y de repetición después de completar la terapia (ver capítulo 1).

Como parte de la preparación para finalizar la terapia, puede ser útil discutir el rol del terapeuta en la vida de la pareja. Esto puede incluir pensar cómo la pareja continuará en el futuro el trabajo empezado en la terapia, y por tanto, incitar hipotéticas exploraciones sobre las esperanzas, los temores, las estrategias de actuación, y el desarrollo y mantenimiento de nuevas narrativas y creencias del futuro.

En la Sección C se enumeran y describen con detalle varios aspectos técnicos. Es probable que cada terapeuta haya usado la mayoría de estas técnicas durante el curso de una terapia de pareja, pero es posible que dependiendo de las diferencias individuales de cada uno, haya usado unas más que otras.

C. Aspectos técnicos de la terapia sistémica de pareja

1. Hipotetización

Antes de ver a una pareja por primera vez, y antes, durante y después de las subsiguientes sesiones, los terapeutas formulan y prueban sus hipótesis de trabajo (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980 a). Las hipótesis son intentos preliminares de explicar los síntomas

presentes del PI en función de los contextos en los que ocurren e incluyen tanta información como emerge durante de la terapia: todos los participantes significativos, los acontecimientos conocidos y la relación en las interacciones que ofrecen una explicación y posibles soluciones.

Hay varias razones para hacer de la hipotetización una parte manifiesta del protocolo del proceso terapéutico. Primero, se reconocen abiertamente las atribuciones, suposiciones, prejuicios y valores del terapeuta.

Segundo, las hipótesis permiten al terapeuta mantener una línea de pensamiento constante y una organización útil de sus ideas, que pueden ser contempladas y modificadas en función de su relación con la pareja y de la retroalimentación que ésta le dé. De esta manera, la continua formulación (y rechazo) de hipótesis mantiene activos a los terapeutas sobre su función en el modelado de la realidad terapéutica. Para los terapeutas las entrevistas y las otras acciones son una forma de obtener la información que aporta la pareja (Jones, 1993). Cuando la terapia sistémica se convierte cada vez más en co-constructivista y transparente en estilo, es más útil que el terapeuta considere, observando cuidadosamente el tiempo y el lenguaje, la posibilidad de compartir las hipótesis con los clientes, para que los participantes en el encuentro terapéutico sean capaces de considerar conjuntamente sus posibles significados dentro del sistema.

Las hipótesis sirven principalmente para organizar el trabajo del terapeuta; así se pueden considerar dos o tres hipótesis simultáneamente para evitar la tentación de asumir una sola hipótesis como si fuera una declaración de principios. De este modo, el interés y la curiosidad del terapeuta deberán mantenerse activos, evitando de esta manera la posibilidad de una excesiva seguridad y evitando el riesgo de verse inmerso en un trabajo rutinario y estereotipado. La hipotetización se ha desarrollado en el contexto del trabajo en equipo y esta técnica se ha desarrollado particularmente en la práctica de los terapeutas de orientación milanesa, quienes generalmente siguen la clásica estructura de “cinco partes”. (Andersen, 1987; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978). Los terapeutas que trabajan sin el apoyo del equipo han visto que las formas de trabajar desarrolladas en los equipos siguen mostrándose útiles cuando se trabaja en solitario; de éstas, las que crean un espacio formal para la revisión de las hipótesis, pueden ser las más importantes.

La función central de enunciar hipótesis puede ser, en primer lugar, organizar el pensamiento del terapeuta y, en segundo lugar, mantener esta organización abierta a cambios y a nuevas posibilidades. El objeti-

vo de la hipotetización es intentar comprender cómo los problemas de los clientes pueden conectar con su sistema relevante. Trabajar con hipótesis guía las conversaciones de los terapeutas en busca de la adecuada descripción de la situación de los clientes; las hipótesis sistémicas más detalladas permiten a los terapeutas y a los clientes enfocar aquello que necesitan cambiar.

Las diferentes tentativas parciales de ideas hipotéticas que siguen no constituirán en sí mismas una hipótesis coherente. Para construir hipótesis de trabajo útiles, tales especulaciones parciales tienen que ser unidas en una posible narrativa coherente describiendo los dilemas o problemas de los clientes y los roles jugados en ésta por todos los participantes; estas hipótesis pueden entonces ser probadas, cambiadas y desarrolladas en función de la retroalimentación de las sesiones de terapia (Selvini Palazzoli et al., 1980).

A continuación mostramos algunas de las hipótesis y preguntas genéricas que hemos tenido en mente sobre los clientes vistos en el estudio de la depresión. Por supuesto, éstas hipótesis tienen que ser ampliadas en función de las circunstancias únicas de cada pareja. Muchas de estas hipótesis se solapan y, además, la lista no es exhaustiva.

1 a: El significado de la depresión

Se supone que la depresión puede ser considerada significativa en cuanto a:

- la comunicación (p.e.: un mensaje para la pareja: “debería estar más implicado/a”);
- la metáfora sobre los acontecimientos familiares (p.e.: mantener viva la memoria de un familiar difunto);
- el sistema de mantenimiento de una situación (p.e.: para prevenir que la pareja o los hijos abandonen la casa);
- la posición en el sistema (p.e.: la relación con la pareja entorno a la depresión mantendrá y confirmará los patrones previos de relación).

1 b: La depresión en el contexto del proyecto de investigación.

- ¿Por qué estos clientes aceptan ser asignados a ciegas a una de las tres modalidades de tratamiento?
 - porque no tienen elección dada su relación con profesionales de ayuda y su entorno social.

- porque tienen una gran confianza en la pericia de los profesionales.
- por el fatalismo respecto a la esperanza en cualquier tratamiento.
- ¿Por qué estos clientes asisten voluntariamente como pareja?
 - por la creencia de que en la relación hay un problema.
 - por el deseo de dar apoyo a la pareja.
 - por la amenaza de PI de abandonar la relación si la pareja no asiste.
 - por el deseo de formar coalición con el profesional para designar a la pareja como deprimida.
 - por el deseo de formar coalición con el profesional para cambiar a la pareja no deprimida.
 - y/o por las razones enunciadas en el punto 1 a.

1 c: La depresión en el contexto de la derivación.

- ¿Qué llevó al paciente a ser derivado por el profesional referente a este proyecto de investigación?
 - la confianza en el valor científico y/o terapéutico del proyecto.
 - liberarse de un paciente difícil para el que hay pocas esperanzas.
 - el fatalismo respecto a la utilidad de cualquier tratamiento.
- ¿Por qué ha sido derivado ahora?
 - las crecientes demandas o exigencias hechas por el paciente al derivante.
 - las expectativas frustradas del terapeuta derivante (p.e.: considera que necesita un tiempo para recuperarse)

1 d: La depresión en los entornos social y cultural

- ¿Cuáles son los factores sociales que pueden precipitar y mantener la depresión?
 - los económicos, vivienda, paro, soledad social y marginación.
 - el racismo y discriminación por pertenecer a un determinado grupo de identidad, por ser miembro de una subcultura marginada y victimizada y por determinada red social.
- ¿Cuáles son los problemas de los pacientes, relacionados con la pareja, que pueden precipitar o mentener la depresión, según el género?

En las mujeres:

 - el matrimonio, ser madre soltera, edad de la maternidad y edad de los hijos.

- los problemas de identidad, cambio de pareja y disminución de posibilidades de elección cuando los hijos se van de casa.
- los problemas relacionados a la sexualidad y la fertilidad.
- los efectos de las atribuciones sobre los roles de las mujeres en la identidad y estatus en el trabajo.
- los problemas de identidad asociados a la presión o pérdida del trabajo.
- la violencia dentro del contexto de competencia de poderes.
- la inseguridad económica.

En los hombres:

- Los problemas de identidad asociados a la presión o pérdida del trabajo.
- Los problemas de identidad, cambios de pareja y disminución de posibilidades de elección cuando los hijos se van de casa.
- Los problemas asociados a la sexualidad y la fertilidad.
- La depresión enmascarada con abuso de alcohol y violencia.
- Los cambios en los roles respectivos (p.e.: miedo a reconocer dependencia de las mujeres, pérdida de los apoyos tradicionales).
- La inseguridad económica.

En ambos:

- La historia de abuso, traición, desesperación en las relaciones de pareja desencadenadas en determinadas etapas o acontecimientos de la vida.

1 e: La depresión en el entorno familiar

– ¿Qué precipita la depresión?

- Los acontecimientos del ciclo vital predecibles (p.e.: nacimiento de un hijo, jubilación).
- Los acontecimientos del ciclo vital inesperados (p.e.: muerte repentina, enfermedades crónicas).
- El impacto de eventos externos (p.e.: desempleo).

– ¿Qué mantiene la depresión?

- La interrupción del “ritmo de vida habitual”.
- El estar “pegado” a la relación.
- El “castigo por los pecados pasados”.
- La regulación de las distancias entre los cónyuges.
- Los cónyuges protectores.
- Los cónyuges controladores.

- El mantener implicada a la familia de origen.
- El mantener de nuevo ocupados a los padres “jubilados”.
- Los patrones de interacción que habían funcionado y se han convertido en habituales e inútiles.
- El miedo al cambio.
- Las soluciones intentadas que se han convertido en parte del problema.

2. Unión y compromiso

La unión (o vinculación) es el proceso de acomodación entre el terapeuta y la pareja, la búsqueda de una acomodación suficientemente buena para permitir la introducción de diferencias por parte del terapeuta para explorar el problema en un entorno percibido como seguro. Puede ser descrita como la formación de la alianza terapéutica, el desarrollo de una buena relación, el ingrediente esencial no específico de toda terapia. A pesar de que un terapeuta puede ser más consciente del uso de las técnicas de unión al principio de la terapia, éste es un proceso continuo que debe de ser atendido durante todo el tiempo y que facilita a ambas partes el establecer un compromiso y el facilitar el cambio. La unión se establece mediante el uso de técnicas propias de cada terapeuta y que están relacionadas con su “Self” (Minuchin & Fishman, 1981). A continuación se mencionan algunos aspectos concretos.

- 2 a: El terapeuta puede participar en alguna conversación “social” en ocasiones y especialmente en la primera sesión, para hacerles sentir cómodos (p.ej. “¿Os ha sido fácil llegar hasta aquí?”). Parte de este proceso se puede emplear también en exponer el contexto de la terapia (p.e.: duración de las sesiones, uso de cámara de video, expectativas del terapeuta y de la pareja, etc.). Además se puede llegar a un primer compromiso. Por otra parte, se puede llegar a un primer compromiso en el curso de la exploración inicial a cerca del motivo que les trae a la terapia.
- 2 b: La comunicación del terapeuta y su habilidad para comprometerles son elementos esenciales para facilitar el cambio. Con el propósito de la unión, se presta una atención equitativa a los dos brazos de la balanza que son los miembros de la pareja, así como a sus puntos de vista y sistema de creencias. Incluso si sus

puntos de vista son contrarios dará igual valor a cada uno, les comunicará al mismo tiempo su interés en entenderles y empezará a ofrecer la sugerencia terapéutica de que puede ser que haya más de un punto de vista válido. Esta postura de imparcialidad, y la sensación de “estar en sintonía”, se comunicará a través de la palabra (p.e.: reflejando el lenguaje usado por la pareja), la postura consciente (p.e.: técnica del espejo), el tono, etc.

- 2 c: Es importante comprobar si el terapeuta ha entendido lo que le están diciendo (p.e.: “Déjeme comprobar si le he entendido bien...”). Así, la repetición en un lenguaje ligeramente cambiado ofrece la confirmación de que se ha entendido, enfatiza lo que se ha dicho y ofrece la oportunidad de empezar a enmarcar la exposición de la pareja de una forma diferente (p.e.: de “Él siempre trata de hacerme daño deliberadamente...” a “Cuando él te hace sentir como si tratase de hacerte daño deliberadamente...”).
- 2 d: El terapeuta trata de mantener una postura de neutralidad respecto a la idea y así no pone en duda directamente las declaraciones hechas por los miembros de la pareja, incluso si éstos parecen ser críticos o negativos.
- 2 e: Una escucha amable y no crítica es una técnica de compromiso y una característica de la postura del terapeuta durante toda la terapia. Es decir, un marco sistémico conlleva que el terapeuta no pretenda atribuir culpas, sino comprender respetuosamente cómo las parejas, a pesar de que hayan actuado con sus mejores intenciones, se han quedado atascadas en una pauta que les dificulta la relación.
- 2 f: “Unir”, concretamente en este proyecto de investigación, también significa una aceptación inicial de parte de la definición que hace el terapeuta del problema con el que la pareja llegará a la primera y subsiguientes sesiones. Como el derivante, y el equipo de investigación, les ha dicho, el PI recibirá tratamiento para su “depresión” o “enfermedad depresiva”, la pareja del PI a menudo asumirá que él o ella sólo ha venido como “informante”, “coterapeuta”, o “de apoyo”. Es conveniente afrontar lo antes posible esta postura a fin de prevenir los abandonos de la investigación. (Ver capítulo 5 para una descripción más completa).

- 2 g: A lo largo de toda la terapia, el terapeuta tiene que controlar la forma en que su propia presencia y expresión puede ser percibida por los clientes, especialmente si puede haber un obstáculo para establecer una relación de confianza. Por ejemplo, la clase social, la edad, el género, etc. pueden actuar como un obstáculo para que los clientes se vinculen (ver capítulo 5).

3. *Entrevista circular*

La *teoría* en la que se basa la entrevista circular es la de la circularidad causal: se considera que el comportamiento humano se puede comprender mejor desde un punto de vista que contemple las acciones como respuesta a otras acciones y como desencadenantes de posteriores acciones. Si bien es posible describir el comportamiento estableciendo una conexión lineal entre la causa y el efecto (p.e.: “ella está deprimida porque su pareja ha perdido el interés en ella”), es menos probable que una construcción circular conduzca a ideas de culpabilidad y más probable que capacite a la pareja para cambiar sus interacciones y sistemas de creencias (p.e.: no prestando atención a quien fue el “primero” en deprimirse o en perder el interés –incluso si fuera posible determinarlo– a ambos se les puede decir que están implicados en un espiral circular donde la depresión de uno desencadena la pérdida de interés en el otro, y/o viceversa).

En la *práctica* de la entrevista se sigue una pauta circular (o en espiral), donde la retroalimentación a las preguntas del terapeuta influirá y dará forma a la siguiente pregunta del terapeuta, y así sucesivamente. Éste es un tipo de entrevista intencionado y sensibilizante: intencionado porque el terapeuta ocupa una posición central como principal conductor de la sesión y como el que hace las preguntas, y sensibilizante porque hay una retroalimentación y una apertura hacia lo que la pareja nos ofrece; así, el terapeuta y la pareja juntos construyen una nueva manera de entender la situación.

La entrevista circular implica un interés particular en preguntas sobre las diferencias, es a través de la percepción de las diferencias que construyen una nueva información. Ésta la hacen posible las diferentes percepciones que van emergiendo de sí mismos y de los demás. Hay varias técnicas de entrevista que permiten que el terapeuta y la pareja exploren las diferencias y definan su relación tales como las preguntas por com-

paración, por clasificación, las triádicas, etc. Las respuestas a tales preguntas facilitarán un posterior análisis para valorar las diferencias o similitudes que ellos perciben en las relaciones y acontecimientos (Jones, 1993; Penn, 1985; Selvini Palazzoli et al. 1980 a; Tømm, 1987, 1988).

Al participar en una entrevista así, la pareja se percibe a sí misma a través de los ojos del otro; no sólo pueden oír los puntos de vista diferentes del otro, sino también los suyos propios. Expresados en este contexto, pueden parecer diferentes cuando se han comprometido con una perspectiva de observador de su propia situación. Así, para el terapeuta y la pareja, el interés y curiosidad sobre uno y otro permanece estimulado, y los cambios de las percepciones de las acciones, o de la relación, pueden llevar a nuevos y diferentes comportamientos y relaciones, también para reexaminar los sistemas de creencias que hasta el momento poseían una firme convicción.

Una subcategoría especial de este estilo de entrevista son las *preguntas hipotéticas*. Éstas son particularmente útiles cuando los individuos o las parejas se cierran en una postura rígida de culpabilización sobre quién es “el que falla” o el “enfermo” y quién no lo es, o cuándo los efectos de los síntomas como la depresión han hecho “congelar el tiempo”, de forma que a los clientes les resulta difícil encontrarle sentido a un futuro viable (Boscolo & Bertrando, 1993). En una confrontación con una pauta de interacción tan bloqueada, el terapeuta puede adoptar una posición “como si”, en la que se hace posible considerar el cambio en la fantasía, incluso si –todavía– no parece posible en la realidad. Las *preguntas de futuro* (Penn, 1985) son una forma particular de las preguntas hipotéticas, donde las parejas son invitadas a proyectar sus pautas y problemas actuales en la relación en el futuro y a considerar los efectos de la ausencia de cambio para el futuro de sus vidas. Esto puede ayudar a resolver tales pautas o a encarar las temidas consecuencias del cambio que forma parte del bloqueo del sistema de la pareja. El efecto de las preguntas circulares es:

- Invitar a la curiosidad de la pareja, a interesarse sobre su historia, contexto y patrones de sus interacciones insatisfactorias, entre las que se incluyen los síntomas depresivos. Sólo cuando el terapeuta entiende cómo estas interacciones se ajustan entre ellas para acabar en una pauta de relación estresante para la pareja, ésta podrá ver su situación de forma diferente, hacer nuevas conexiones y ver nuevas opciones de cambio y flexibilidad.

- Desbaratar y perturbar los patrones de pensamiento y acción, actuando como un desafío intenso pero contenido en los antiguos puntos de vista de la pareja. Mientras ésta puede parecer mucho menos efectiva que otras técnicas más directivistas (ver Sección C7), sus efectos tienden a ser similares, es decir, se altera el equilibrio en la relación interrumpiendo los patrones habituales.

4. Representación

Para entender los patrones transaccionales usuales de una pareja, el terapeuta puede pedirles que representen una situación habitual durante la sesión (Minuchin, 1974). Se puede tratar de una discusión de la pareja, la escenificación de una discusión familiar, una conversación o discusión para tomar una decisión, consolarse el uno al otro u otras situaciones. Los propósitos de estas representaciones son:

- Permitir al terapeuta ver en vivo cómo la pareja interactúa en lugar de escucharles una descripción sobre cómo se sienten cuando ocurre.
- Impulsar las transacciones más allá de los límites usuales para probar la flexibilidad del sistema.
- Permitir a los participantes ensayar diferentes tipos de transacciones en un contexto seguro.

Inicialmente el terapeuta busca secuencias de repetición espontáneas. Luego se centra en un asunto específico de las siguientes maneras posibles:

4 a: Aumentando las oportunidades de que la pareja interactúe alrededor del tema.

(“Me doy cuenta de que esto es algo que les causa tensión a los dos... ¿sería útil que lo hablasen aquí y ahora?... Así, si piensan que puede ser útil, por qué no lo hacen... ignórenme durante un minuto, hagan como si yo no estuviese aquí... tengan la misma discusión sobre el dinero que tendrían en casa... Yo me sentaré detrás y veré qué sucede”).

4 b: Prolongando la secuencia en el tiempo.

(“¿Qué pasaría si continuasen haciendo esto, discutiendo, hasta que hayan alcanzado un acuerdo?... Háganlo, si quieren...”).

4 c: Bloqueando partes de la transacción.

(“No me impliquen... esto es entre ustedes dos”, “Me doy cuenta que ahora hablan sobre alguien que no está aquí... quizás esto les ayuda, ¿o quizás no? ¿Quieren discutir ahora si es más útil hablar sobre lo que les está preocupando que mantenerse tranquilos hablando de X? Las dos posibilidades son igualmente correctas, desde mi punto de vista...”).

4 d: Explorando las transacciones alternativas.

(“Sra. X, noto que nunca suele acabar sus frases... ¿Es así cómo quiere usted actuar?... ¿No?... ¿Cómo le gustaría hacerlo?... ¿Qué sucedería si usted se comportara de manera diferente?... Háganlo, si quieren... ignórenme... ¿Qué es lo que hace que su marido la interrumpa?... ¿Esto es lo que quieren?... ¿No?... Bien, ¿Por qué no encuentra una manera de pararle.. si quiere?...”).

Estas técnicas se emplean para ayudar a las parejas a encontrar nuevas resoluciones en el “aquí y ahora” de las sesiones (Minuchin & Fishman, 1981).

4e: Una forma de representación que puede ser útil en la terapia de pareja consiste en que el terapeuta interrumpa una interacción habitual en escalada simétrica entre los cónyuges estableciendo un diálogo con uno de ellos, por ejemplo, un hombre empieza un interrogatorio celotípico potencialmente intimidatorio sobre una conversación telefónica de su pareja (para un ejemplo clínico, ver el capítulo tres), o una mujer censura a su pareja por un error en el cuidado de los niños. Así, hablando y poniéndose en el lugar de la pareja, el terapeuta es capaz de desafiar los patrones habituales de interacción dados por los diferentes roles que ocupan en el sistema y ayudar a conducir la interacción de una manera diferente y tal vez más positiva. Esto significa que el cónyuge con el que se establece la discusión tiene la oportunidad de hacer la misma ruta con un diferente punto final. (p.e.: sin violencia o renuncia) y el cónyuge “no implicado” tiene la oportunidad de hacer una observación reflexiva y un modelado del rol.

5. Centrarse en los lados fuertes

La terapia sistémica se basa en la suposición de que todos los sistemas, y sus miembros, hacen lo que pueden y deben hacer, dadas las limitacio-

nes y posibilidades de su historia, contexto y comprensión de la situación. Además, supone que la gente tiene recursos y fuerzas, propias de ellos mismos, que es probable que conduzcan a soluciones más apropiadas y creativas que a la que podría llegar el terapeuta por sí solo. Cada pareja tiene elementos en su propia cultura que, si son comprendidos y usados, pueden convertirse en palancas para actualizar y aumentar su repertorio de comportamientos y experiencias (Minuchin, 1974; Papp, 1984). Algunos caminos para permitir el acceso a estas fuerzas son los siguientes:

5a: Identificar las competencias en ambos individuos y en la relación de pareja, señalando los comportamientos que tienen efectos positivos en la relación cotidiana satisfactoria.

(“¿Qué es lo que usted puede hacer para complacer a su pareja?”).

5b: Identificar en sus interacciones los elementos positivos del pasado (p.e.: explorando cómo se soportaron con éxito durante otras crisis del pasado; explorando qué fue lo que les atrajo del otro al principio)

5c: Reestructurar. Esta es una técnica que se propone dar un significado alternativo a los acontecimientos que se adapte a lo sucedido, así como a la explicación previamente suscrita por la pareja, pero que contenga algún elemento que pueda influir en un posible cambio (para una explicación más detallada, ver Sección C9).

5d: Buscar excepciones o fluctuaciones (de Shazer, 1985) a los comportamientos depresivos y estructurarlos positivamente como soluciones potenciales.

(“Estoy interesado en los momentos en que esto ocurre menos, o cuando no ocurre en absoluto. Así cuando están haciendo eso... esto otro no ocurre”).

A las parejas también se les puede pedir que estén pendientes de las excepciones en las pautas negativas entre sesiones (ver Sección C10 más abajo).

5e: Centrarse en los aspectos positivos. El terapeuta tratará a veces de interferir la conversación cuando ve que está implacablemente centrada en el problema o cuando implica quejas de un miembro a otro de la pareja y tratará de intensificar los diálogos que traten de lo positivo, de soluciones o de pequeños cambios (de Shazer, 1985). Por ejemplo, cuando alguien está exclusivamente centrado en los aspectos más pesi-

mistas de su vida, el terapeuta puede usar escalas subjetivas para girar la atención de la pareja hacia algunos aspectos positivos.

(“Si en una escala de 1 a 10, siendo 10 la manera en que usted se siente cuando las cosas van realmente mal, tuviera que decir cómo se siente cuando las cosas van un poco mejor... ¿Dónde se situaría a usted o a su pareja? ¿Cuándo fue la última vez que esto sucedió? ¿Qué hizo para hacer que sucediera? ¿Cuándo y cómo podría volver a hacerlo?”).

5f: Además de las técnicas específicas de intervención descritas más arriba, la utilización de los matices del lenguaje por parte del terapeuta así como la interacción con él, también pueden mejorar la percepción que los clientes tienen de sus propias fuerzas y capacidades: Ofreciendo a los clientes alternativas, aprovechando las situaciones en las que exponer su buen criterio, pidiendo su opinión, mostrando interés en sus puntos de vista incluso cuando (¡o especialmente cuando!) difieren de los del terapeuta y, generalmente, mostrando su creencia en los recursos de los clientes, sin importar lo escondidos o inusuales que estos sean, el terapeuta aumenta la probabilidad de que la terapia se convierta en una experiencia de colaboración respetuosa y positiva (Jones, 1996; Papp, 1984).

6. Solución de problemas

En momentos específicos de la terapia, puede estar indicado el abordaje mediante la técnica de Solución de Problemas (Haley, 1976) (ver también Sección C10 más abajo). Para obtener una definición precisa del problema, el terapeuta tiene que seguir la pista de cómo ocurren los acontecimientos conflictivos. Se anima a la pareja a describir una secuencia de acontecimientos que acaben en conflicto o en depresión. El terapeuta trata entonces de enmarcar los sucesos que preceden la situación descrita para encontrar el primer paso de la secuencia. Se pide a la pareja que identifique qué punto podía haber sido usado como escapatoria y se les pide que consideren de qué manera podrían “re-actuar” en una situación similar futura. Se puede usar el siguiente modelo:

- Buscar un acuerdo sobre cuál es exactamente la secuencia del problema.
- Especificar los objetivos deseados.
- Listar las soluciones intentadas y falladas.

- Seguir la pista de secuencias de acontecimientos previos a la aparición del problema.
- Identificar las acciones resolutivas preventivas.
- Realizar un “*brainstorming*” (tormenta de ideas) sobre otras posibles soluciones, analizando las ventajas e inconvenientes de cada solución propuesta.
- Escoger una solución específica.
- Formular un plan detallado para implementar esta solución.
- Especular sobre las consecuencias de implementar un plan específico y discutir cómo revisar sus consecuencias.

7. *Desafiar*

Individuos, parejas y familias desarrollan a lo largo del tiempo su propia manera de ver las cosas o de construir sus propios “guiones”. Tales sistemas de creencias y comportamientos pueden ser cuestionados por el terapeuta para facilitar la aparición de nuevas interacciones o puntos de vista. Generalmente el terapeuta comentará las secuencias de interacción observadas y después de atender la reacción de la pareja procederá a usar diferentes técnicas de desafío.

7a: *Desequilibrar* (Minuchin, 1974) es una técnica usada para desestabilizar deliberadamente la organización de la familia, uniéndose y dando soporte temporalmente a una individuo a “expensas” (en apariencia) de su cónyuge, realizando su punto de vista, compadeciéndole por su situación, etc.

(“Noto que cada vez que hablas, tu marido te interrumpe o dice cosas que pienso te pueden humillar. Quizás estoy equivocado. ¿Así es como tú lo ves? ¿Es esto lo que quieres? Así, si no es lo que quieres, ¿Cómo le permites que te humille todo el tiempo? ¿Qué pasaría si le parases la próxima vez que eso suceda?”).

7b: *Intensificar* (Minuchin, 1974) es la técnica de “aumentar la tensión” acentuando el componente afectivo de una transacción prolongando su duración (ver representación, Sección C4), repitiendo el mismo mensaje con frecuencia o alterando la distancia física o emocional entre ellos.

(“Veo que tú ahora quieres ceder... ¿Qué sucedería si no cedieras, si te mantuvieras en las tuyas, incluso si las cosas se volviesen desagrada-

bles?”, “¿Piensas que puede ser útil mantenerse así, si crees que sí, por qué no lo haces?”).

7c: *Probar los límites* (Minuchin & Fishman, 1981) es una manera de desafiar la percepción de cada individuo y de la pareja de la escasez o abundancia de espacio privado, su manera de permitir que emerjan las diferencias, su habilidad para estar juntos, su mutua sensibilidad emocional, su manera de tomar decisiones y de usar sus jerarquías.

(“¿Cómo es que permites que su madre te diga cómo llevar tu matrimonio?, ¿Está él casado con su madre o contigo?”).

7d: *Desbaratar*. Si un PI se especializa en monólogos o episodios prolongados de desahogos depresivos, el terapeuta puede cambiarlo invitando a la pareja a interpelarlo.

(“¿Cómo respondes a esto?”, “¿Cuál es tu punto de vista sobre esto?”).

7e: *Inquietar* (Jones, 1993; Maturana & Varela, 1988; Tomm, 1987). Las entrevistas circulares actúan como un generador de información sobre el funcionamiento de la pareja, pero también actúan alterando la organización del sistema permitiendo hacer nuevas conexiones y yuxtaposiciones por parte del cliente. Introduce el elemento tiempo, incluyendo futuros imaginarios, e invita a los participantes a adoptar una postura de observador en relación a sus propias parejas. Este desbaratamiento desafía (“inquieta”) la organización del sistema y hace posible hallar nuevas pautas de relación, no estructuradas alrededor de síntomas y problemas. En esta manera de trabajar, el terapeuta estará dispuesto a usar repetidamente el desafío y la exploración circulares, y menos activo en encontrar soluciones (como en 7A y 7d, vistos antes).

8. *Técnicas de tiempo y espacio en la familia*

La construcción de un genograma o un árbol genealógico (Burnham, 1986; McGoldrick & Gerson, 1985) es una buena forma de contextualizar los síntomas, el PI y la pareja. En este caso no es el resultado final, una elaboración exhaustiva del árbol, lo importante, sino el proceso de construcción y las cuestiones que guían a la pareja a hacer nuevos descubrimientos y conexiones. El genograma puede ser elaborado en la sesión, o se puede prescribir su confección a la pareja como tarea a rea-

lizar en casa, o bien, el terapeuta puede hacer preguntas guiado por “un genograma en mente”. De la forma en como se haga el trabajo del genograma dependerá la visión que el terapeuta tenga de la pareja, en todo caso siempre es importante que sea trigeneracional.

Para ello prestaremos una atención particular a los signos y síntomas de depresión en ambos lados del árbol de familia de la pareja, explorando cómo las diferentes personas y generaciones hicieron frente a éstos, los efectos que tuvieron en otros y los mecanismos de afrontamiento que usaron. Pueden hacerse conexiones entre la sintomatología del PI y las dificultades de la pareja. Con el genograma “a la vista”, se podrán explorar los patrones de relación entre los miembros de la familia, como la distancia o la cercanía, coaliciones, límites, etc., y los significados que tales patrones pueden tener en el aquí y ahora de la pareja.

El método de los círculos de la familia (Geddes & Meway, 1977) es un ejercicio que se solicita a ambos miembros de la pareja simultáneamente. Se pide a cada uno que dibuje un gran círculo diciéndole: “Esta es tu vida, ahora pon a la gente y las cosas que son importantes en tu vida dentro de él. Dibuja un círculo para cada uno de ellos y no olvides ponerte a ti también”. La gente representará visualmente cómo se ven así mismos en relación con los demás, con el trabajo, las aficiones, etc. Una vez completada esta tarea, se presta a una gran variedad de intervenciones: la pareja puede comparar sus respectivos dibujos y cuestionarse el uno al otro, se puede comparar áreas de acuerdo y desacuerdo. Se pueden suscitar preguntas respecto a un cambio determinado considerando qué aspectos del/los círculo/s tendrían que ser cambiado/s, y cómo se reemplazarían, qué debería hacer uno para conseguir el cambio, y así sucesivamente.

Hay otras técnicas visuales que animan a los pacientes a hacer representaciones en diagramas de su vida pasada, presente y/o futura. Esas técnicas suelen animar a los clientes a hacer comentar el uno sobre el otro, desafiando así a las percepciones del otro y discutiendo cómo hacer las cosas de forma diferente en el futuro.

9. Reencuadre

El reencuadre es una de las técnicas mediante las que el terapeuta cambia la disposición conceptual y emocional en que una pauta de rela-

ción es experimentada o vivida y dispone otro encuadre que denota “otras realidades” de la misma situación igualmente aceptable, cambiando de este modo su significado y potencialmente las conductas de los participantes (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Una de las intenciones del terapeuta cuando está haciendo un reencuadre es cambiar de un marco implícitamente inalterable a un marco implícitamente flexible y abierto al cambio. Cambiar el marco de referencia en el que una situación dada es percibida también cambia la forma en la que es juzgada. Juicios como salud-enfermedad, cordura-locura, fisico-psicológico, personal-interpersonal, bueno-malo, etc., tienden a puntuar o situar a individuos y parejas en roles fijos, hecho del que puede resultar una pauta de interacción rígida y fija. Reetiquetando la depresión de alguien como “rabia” o, en otras circunstancias, como un “acto de sacrificio hacia la pareja”, se pueden obtener efectos muy importantes en la interacción con el cónyuge.

El reencuadre en la práctica puede estar precedido por observaciones sobre la interacción de la pareja y sus patrones de comunicación, refiriéndose a la cantidad, calidad y dirección de la comunicación, tono afectivo, límites o coaliciones y alianzas. Un marco inicial determinado denota y determina una secuencia interactiva específica a la que, en posteriores etapas, nos podemos referir cuando lo reencuadremos. Por ejemplo: “He notado que siempre que Ud. se enfada por cualquier cosa, su esposa empieza a llorar”, o “He notado que Ud. no mira al otro mientras habla con él”.

El reencuadre perfila las “funciones” identificables del síntoma, es decir, protege aspectos de la organización familiar de los cambios debidos al desarrollo del ciclo vital de la familia y de otras crisis por pérdidas o incorporaciones. El reencuadre es frecuentemente positivo: por ejemplo, “Si Ud. estuviese menos deprimido, su pareja podría no estar preparada para ello: igual le gusta ser el que puede hacerlo todo... quizás él se deprimiría si Ud. se mostrase más activa”. De todas maneras el reencuadre puede también animar a situar algo en una posición más negativa: por ejemplo, “Las personas deprimidas pueden parecer poderosas para los demás, es muy cómodo que la familia esté convencida de que la persona deprimida lo está pasando mal”.

El reencuadre positivo se solapa con la idea de la “connotación positiva (o lógica)” (Jones, 1993; Selvini Palazzoli et al., 1978) en la que se hace un intento de encontrar una descripción de las acciones de los miembros de un sistema, y en particular del portador del síntoma, como

necesarias para el mantenimiento y supervivencia del sistema. Esto implicará el pensar en el temido “riesgo” que representará para la pareja y la familia el cambio y la desaparición del síntoma, por ejemplo, miedo a romper unas relaciones, dolor por la pérdida de una intimidad especial, temor a aceptar responsabilidades de situaciones desastrosas pasadas o actuales, etc. Esto está basado en la premisa de que la gente elige lo mejor que puede en los límites de cada situación; esto significa que una determinada alteración puede parecer preferible al temor de las consecuencias de un cambio.

10. Tareas entre-sesiones (“Los deberes”)

Las tareas entre sesiones tienen el propósito de continuar en la situación del hogar del cliente con algunos de los trabajos iniciados en la sesión con la pareja (Minuchin, 1974; Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceccin & Prata, 1977, 1980b); una de las consecuencias de estas tareas es el anclaje del cambio en la vida diaria de los clientes, proporcionándoles a la vez una mayor sensación de dominio y “propiedad” de este cambio. Las tareas crean una situación en la que la pareja es requerida para comportarse, señalando o dramatizando determinadas interacciones. A las parejas con un miembro que está deprimido se les puede prescribir, por ejemplo, las siguientes tareas:

- Una discusión controlada sobre la agenda, una vez a la semana, a una hora determinada y durante un tiempo determinado.
- Mantener diariamente (por separado o conjuntamente) determinadas observaciones, como “los peores modales y respuestas de la gente”, o “adivinar cuando el paciente se está sintiendo bien y notar y observar en qué circunstancias”.
- Realizar salidas no programadas.
- Prescripción de estrategias de “intimidad una vez a la semana” o “días raros y días corrientes” (el último incluye animar a la pareja a experimentar con nuevas conductas en los “días raros” de la semana y volver a las viejas prácticas en los “días corrientes”).
- Prescripción de más autonomía para el paciente respecto a temas específicos (ir de compras, visitar a familiares políticos).
- Técnicas de fingimiento: Estas técnicas intentan alentar a las parejas a experimentar la mutua observación y percepción de conduc-

tas diferentes en el otro. Estas técnicas no son confabulaciones secretas para enfrentar un miembro de la pareja contra el otro, sino que pretenden estimular la curiosidad de uno hacia el otro. Por ejemplo, se le puede pedir al PI que pase por alto determinados éxitos, que deje deliberadamente por hacer determinadas tareas, que le manifieste de forma ritual a su pareja su ansiedad en momentos específicos. El cónyuge puede ser invitado a fingir, en ciertos momentos, que el PI no está deprimido y a responder al PI en función de ello. Paralelamente se les puede haber dado la indicación de anotar lo que pasa cuando esto sucede y las consecuencias que tiene. Estas técnicas están diseñadas para desbaratar los automatismos que mantienen los patrones de interacción alrededor de los síntomas depresivos.

- Enfocar o (encuadrar) lo positivo. A las parejas en una relación predominantemente conflictiva se les puede pedir que hagan una lista (por separado) de lo que no quieren cambiar de su pareja.

Las tareas están diseñadas para proporcionar nueva información para el terapeuta y para los clientes, más que para ser prescripciones de una forma de vida más adecuadas. El hecho de estar atento y de observar puede en sí mismo llevar a un nuevo entendimiento y al cambio. Mientras el terapeuta está interesado en la retroalimentación generada por las tareas, es importante que la pareja no se sienta culpabilizada por no cumplir la tarea, o por modificarla, puesto que todas las reacciones a las tareas son útiles al terapeuta y a la pareja, ya que les permite aumentar el conocimiento sobre sus patrones de interacción y creencias. Aunque algunos ejemplos específicos y tareas genéricas han sido mencionadas con anterioridad, las tareas y rituales surgen de la interacción específica terapeuta-pareja en una sesión particular y, por tanto, constituyen una colaboración más que una demanda por parte del terapeuta.

11. Situaciones especiales

11 a: Género

- *El género del terapeuta*

Como la terapia de pareja implica un grupo de tres, el terapeuta tiene que ser consciente del desequilibrio potencial que puede crear su

género sea masculino o femenino (Jones, 1996). Los problemas de las tríadas y de intimidad son siempre un tema a tener en cuenta en el trabajo con la pareja, tanto si el cónyuge y el terapeuta son del mismo género y sexo como si no. Para el terapeuta es esencial dirigir abiertamente el equilibrio del género y estar alerta de los temores y expectativas de los clientes respecto a la posible comprensión, por parte del terapeuta, de sus problemas. Es igualmente importante para los terapeutas conocer la manera en que su propia etnia, identidad cultural, edad y clase puede crear dificultades de confianza para el cliente (para posterior discusión, ver capítulos tres y cinco).

– *El género del paciente*

Es mucho más probable que la depresión sea diagnosticada en mujeres. En este estudio hubo más incidencia de mujeres que de hombres como pacientes identificados (ver también la discusión en el capítulo 5). Hay numerosas razones para ello: por ejemplo, la naturaleza protectora del matrimonio para los hombres (los estudios sugieren que las mujeres casadas reciben más tratamiento por alteraciones físicas o mentales que las mujeres solteras o los hombres casados), depresión postparto y cuando se regresa al hogar al cuidado de los niños pequeños, diferencias en los estilos de expresión del estrés femenino y masculino, diferencias en las valoraciones hechas por los profesionales de las quejas o de los comportamientos similares cuando son atribuidas a hombres o mujeres, etc. (Jones, 1994; Knudson-Martin, 1997; Ussher & Nicolson, 1992). Este desequilibrio debe ser tenido en cuenta en la terapia para contrarrestar los estereotipos que puede generar. Los roles de género tienen que ser cuestionados para que los hombres y las mujeres puedan identificar sus sistemas de creencias en relación con los patrones sociales, y para identificar el significado y cómo se mantiene el síntoma.

– *La discusión de los temas relacionados con el género pueden surgir al tratar las siguientes situaciones:*

- las relaciones con los niños y las formas de paternidad (p.e.: estereotipos de “padre ausente” o “madre sobreprotectora”).
- violencia: el terapeuta debe estar alerta de las insinuaciones de violencia en los relatos de la pareja y ser capaz de hacer preguntas específicas sobre la frecuencia y contextos de estos acontecimientos, así como de los asuntos referentes a la seguridad; la

dificultad de tratar estos temas desde un marco sistémico de imparcialidad tiene como resultado que los terapeutas a menudo no pueden responder o centrar la atención adecuadamente a la violencia de la pareja (Bograd, 1999; Goldner, 1998; Goldner, Penn, Sheinberg, & Walker, 1990; Hamberger, 1997b; Jacobson & Gottman, 1998; Hones, 1998b; Kaufman, 1992); las parejas en las que el hombre se muestra violento hacia la mujer (el patrón más común) deberían recibir ayuda para alcanzar una posición en la que él pueda responsabilizarse de controlar su agresividad y ella de velar por su propia seguridad, como una precondition para ser capaces de abordar la terapia con seguridad (para más comentarios, ver capítulos tres y cinco).

- expresión de emociones: el síntoma de la depresión puede ser una comunicación disfrazada del humor que las convenciones sociales no le permiten mostrar a su pareja (p.e.: la ira en un caso, la vulnerabilidad en otro).
- implicaciones financieras por el cambio en las relaciones, en especial cuando es posible que haya una separación.
- confianza ciega en las relaciones entre mujeres (y ausencia de hombres en su vida) y cómo esto puede influenciar en la relación de pareja.
- situación laboral.
- uso y abuso del poder en las relaciones, y cómo esto se relaciona con los constructos culturales y sociales del uso permisible del poder.
- los patrones familiares y tradiciones de ambos cónyuges en relación al género.
- el entorno social más amplio y su influencia en la construcción de roles femeninos y masculinos: esto incluirá cuestiones como las resumidas antes, los efectos de la cultura androcrática y las percepciones sobre el poder y la obligación.

11 b: Sesiones sin la pareja

Durante el curso de la terapia de pareja, no es inusual que haya sesiones individuales con cada uno de los cónyuges. La mayoría de las sesiones tiende a ser iniciadas en pareja, o bien puede suceder que los dos estarán de acuerdo en que sólo asistirá uno de ellos o, también que un

cónyuge rechace acudir a las sesiones. En el último caso, se aplicarían todos los esfuerzos en conseguir que el cónyuge volviese (incluyendo llamadas telefónicas o por carta). El terapeuta puede acordar una cita con el individuo para explicarle en detalle que él o ella no están preparados para mantener un secreto relacionado con la pareja ausente.

En algunas ocasiones, las sesiones individuales pueden ser propuestas por el terapeuta: el terapeuta puede decidir dividir una sesión, con una mitad para cada miembro de la pareja. Esto puede ayudar a salvar una situación sin salida, con un principio y un final de sesión con la presencia de ambos cónyuges y con el acuerdo de mantener los secretos como norma fija, tal como se ha expuesto antes. En tal sesión dividida, cada cónyuge puede, por ejemplo, ser alentado pensar en comportamientos que puedan sorprender agradablemente al cónyuge o puede usar el espacio para discutir la historia individual o los problemas, con el conocimiento de la pareja pero quizás sin su presencia protectora o inhibidora.

Esto puede, en ocasiones, ser útil para traer otros miembros de las familias a las sesiones, en especial padres, abuelos o hijos. Las invitaciones a otros miembros de la familia pueden ser estructuradas con la finalidad de oír como ellos ven la situación o para ayudar a resolver viejos asuntos.

11 c: Separación

Durante la terapia de pareja, es probable que aflore el tema de la separación quizás más rápidamente que en terapias individuales, farmacológicas, psicoanálisis o terapia cognitiva. Entonces el terapeuta mantendrá una postura neutral respecto a la amenaza de inminente separación de uno u otro cónyuge, o la decisión de los cónyuges de separarse. El terapeuta, en tal caso, considerará con ambos cónyuges las implicaciones y consecuencias de la separación prevista. Sin embargo, no es tarea del terapeuta mantener una relación unida a toda costa, y a este respecto, como en otros, el terapeuta debe mantener un postura neutral hacia las decisiones tomadas por la pareja. Esto se puede hacer usando técnicas de terapia sistémica, como el cuestionamiento circular, preguntas de un futuro hipotético, etc. para permitir a los cónyuges a reflexionar sobre las ventajas y desventajas relativas al hecho de seguir juntos o separados.

3

Trabajando con la depresión I

Elsa Jones

En este capítulo intentaré comentar, mediante ejemplos clínicos, algunas de las formas en las que he trabajado con las parejas de este estudio. Comentaré lo que creo que he trabajado, lo que he encontrado difícil, dónde me he esforzado y dónde la ayuda a mis clientes me ha salido mal, y lo que he aprendido en el proceso. Los clientes me han dado permiso para usar el material trabajado con ellos en la investigación del programa y, cuando ha sido preciso, una vez concluido el trabajo, he renunciado este permiso; sin embargo, quisiera expresar mi esperanza de que mi tratamiento, su terapia, y su lectura, se realicen respetando su privacidad, y con el agradecimiento de la oportunidad que nos dan de potenciar nuestros conocimientos profesionales. Usaré seudónimos, los datos biográficos y terapéuticos estarán resumidos y los detalles que puedan identificarles convenientemente alterados.

El material de este capítulo está organizado entorno determinados temas y patrones que me parecen centrales en este trabajo, usaré ejemplos detallados del trabajo con una pareja y breves anécdotas ilustradoras de otros casos. En el capítulo 5 se trataran otros temas. Tal como ha sido señalado en los capítulos 1 y 2, el trabajo realizado con esas parejas

no constituye un modelo nuevo de psicoterapia; se trata de terapia sistémica de parejas realizada en el contexto de un programa de investigación comparada.

Depresión

He sugerido en otro trabajo (Jones,1994) que, desde el punto de vista psicoterapéutico, encuentro útil contemplar la depresión como una respuesta a la experiencia de la impotencia, en la que puede haber habido desencadenantes desde la infancia, experiencias familiares como abuso y negligencia, relaciones recientes como la pérdida de vínculos o la indefensión ante circunstancias de la vida, etc. Los vínculos establecidos entre depresión, aislamiento social, pobreza o desempleo, y las formas en que éstos están modulados por el género, interactuarán con los factores individuales de resistencia e historia personal para convertir a cierta persona, en determinado momento, en alguien incapaz de superar los efectos de la adversidad, y haciéndola entonces vulnerable a la depresión. No se pretende negar el complejo sistema de retroalimentación entre la fisiología y las emociones, más bien se pretende centrar la atención en aquellas áreas accesibles a los expertos en este tipo de tratamientos.

Los pacientes designados con los que he trabajado en este proyecto han experimentado todos o parte de los siguientes desencadenantes de la depresión: abuso físico y sexual en la infancia, racismo o discriminación pasada o actual, desempleo, infertilidad, impotencia sexual, marginación educativa y social, privaciones y duelos, abandono y pérdida del apoyo familiar, violencia y hostilidad por parte de las parejas y la injusticia de la mala suerte. Por un lado se puede decir que esta retahíla de sufrimientos forman parte de la condición humana, y que no todo aquel que los experimenta se deprime tanto como para ameritar un diagnóstico psiquiátrico y, en algunos casos, años y décadas de infructuosos tratamientos. Por otro lado, también se puede decir, desde el punto de vista psicoterapéutico, que no hay nada en el repertorio de las psicoterapias que pueda reparar heridas tan graves.

Sea como sea, desde una perspectiva sistémica no siempre somos capaces de influir en las estructuras, acontecimientos u otros elementos de los sistemas que formamos parte, pero alguna vez podemos cam-

biar nuestra “dis-posición” en el sistema, y así llegar a “re-autorizar” el cambio de significado de nuestro propio rol. Por “dis-posición” (Jones, 1998a), entiendo el sitio que ocupo en el sistema en relación a los otros, qué represento y qué soy asumiendo (mi posición); así como la estructura de mi pensamiento, la forma en la que atribuyo significados y emociones a mis experiencias (mi disposición). Uso la palabra con un guión para recalcar sus dos significados potenciales, que me permiten pensar sobre lo que, en mi dis-posición, puede tratar de cambiarse. Puedo, por ejemplo, cambiar dónde estoy en relación a los demás en el sistema respecto a la proximidad, punto de vista, alianza, etc., o puedo cambiar mi postura emocional o relacional hacia ellos. Como parte del sistema observador en el que tiene lugar la terapia, el cambio en mi dis-posición puede invitar o disparar el cambio en otros y soy más capaz de cambiarme a mí mismo que de cambiar a los otros. Tal cambio de dis-posición puede llevar a una aceptación de lo que no puede ser cambiado y a un sentido de responsabilidad existencial sobre cómo uno se comporta, por ejemplo, frente a la inesperada muerte de un niño; también puede llevar a encontrar más libertad para auto-definirse, cambiar respuestas y preguntas en relación a otros, a un sentido de auto-valoración y “agente” en relación al mundo “de afuera”, o a cambiar los significados y sentimientos asociados a las experiencias de la propia vida.

¿Foco individual o foco interaccional?

Dado el contexto de investigación, estamos al corriente de la necesidad de ser respetuosos con el estatus del diagnóstico de uno de los miembros de la pareja (ver también el capítulo 5); en otras palabras, los miembros de las parejas no estaban necesariamente pidiendo terapia de pareja para los problemas de su relación, pero el miembro “indiaagnosticado” accedió a acompañar al PI en la terapia. La importancia de este factor varió según la pareja. En algunas situaciones el foco se fijó en las dificultades de una persona y en la forma como la pareja fue capaz de estimularlo o estimularla; en otros casos, el énfasis cambió al principio, o incluso antes de la primera entrevista con el terapeuta, hacia las dificultades vividas en la relación de pareja, con las que algunas parejas relacionaban directamente los síntomas del PI.

Ejemplo:

Martin, de 31 años, era un profesional británico blanco. Su episodio actual de depresión se prolongaba desde hacía algunos años. Según él había sido precipitado por una enfermedad que lo había dejado estéril debido a los efectos del tratamiento que recibió contra la infertilidad. Tenía la esperanza de que su esposa Mary pudiese tener otro hijo además del que ya tenían de 10 años, el episodio también lo había precipitado su anterior jefe y una posible pérdida de trabajo, y además una situación de estrés grave durante la boda. Mientras Martin tuvo unas tremendas discusiones con Mary, que terminaron en una separación, el principal problema seguía ligado a sus sentimientos depresivos, aspecto que era negado enérgicamente por Mary. Desde su perspectiva, las broncas fueron la *consecuencia* de la depresión de Martin y la falta de confianza, que ella veía como un patrón constante, había sido agravada por los recientes acontecimientos. Ella se sentía culpabilizada y atacada ante cualquier intento de implicarla en la exploración de los patrones interaccionales o al poner a prueba nuevas conductas. Decía que asistía a las sesiones en parte porque ella, al igual que Martin, tenía alguna esperanza en que la relación se pudiese salvar por el bien de su hijo, y en parte porque había renunciado a la relación, pero no había perdido la esperanza de poder separarse amistosamente. Indicó que se la podía tratar, como mucho, como una observadora. A pesar de todo Martin tenía el fuerte sentimiento de que, mientras parte de su desesperación tenía relación con quién era él, no tenía grandes aspiraciones, su infelicidad estaba muy anclada en la ruina de su relación. De esta manera la tarea del terapeuta consistió en mantener a Martin implicado en la tarea de tratar de aceptar una definición interaccional de su problema, y también en mantener ocupada a Mary en evitar sentirse culpabilizada por la perspectiva interaccional.

Así, en las etapas tempranas del trabajo, la terapeuta se concentró en tratar de ayudar a Martin a desarrollar una mayor confianza en sí mismo mediante apoyo, comprender sus antecedentes personales y contextuales de su depresión y sugerirle nuevas conductas. Dado que, inevitablemente, tuvo implicaciones en la relación con Mary, también me incumbió como terapeuta intentar explorar las diferentes respuestas de Mary, sin irritarla y sin preocuparme por si ello podía ser causa de una pérdida de confianza de Martin. Se podría casi decir que la terapia transcurrió en pistas paralelas durante las primeras sesiones. La terapeuta

resolvió mantener una postura sistémica de “no culpabilización” lo que significa aplicar la idea de que a lo largo del tiempo los individuos hacen lo que pueden bajo la presión de lo que están viviendo en función de los sistemas que co-constituyen o de los que forman parte. Esta postura alentó a Mary a no sentirse responsable del estado de ánimo de Martin. Esto le permitió empezar a reclamar un espacio para ella en las sesiones, hablando sobre cómo de vez en cuando se sentía atrapada en un estilo de actuar como una “madre cascarrabias”.

Ejemplo:

Anne era una mujer blanca de 44 años cuyo historial psiquiátrico se remontaba a 30 años atrás. Había sufrido numerosas hospitalizaciones por depresión y también por tentativas de suicidio. Expresaba con rumiativa y confusa aceptación que un médico de urgencias la hubiese recibido como víctima diciéndole que “el suicidio se había convertido en una forma de vida para ella”. Había sufrido muchas pérdidas y muchos abusos, la primera vez que nos entrevistamos con ella, estaba viviendo con su hijo de 15 años en un piso de protección oficial en el que pasaba la mayoría de los días en la cama incapaz de encontrar motivación para moverse. Su pareja Andrew había estado con ella durante más de un año, por lo que técnicamente reunían los requisitos necesarios para ser incluidos en el estudio. Sin embargo, Andrew vivía en un hogar de hombres solteros, y aunque tenía la voluntad de ayudar a Anne en lo posible, sabía poco sobre su vida y no estaba implicado en su existencia diaria. A mitad de la terapia, desapareció por una temporada, irse de “paseo” parecía ser parte de su repertorio usual. Continué entrevistándome a solas con Anne hasta que él volvió. Así, aunque él quería dar apoyo y seguir las sesiones cuando estaba cerca, esta terapia se podría describir mejor como un trabajo individual con la compañía de un amigo.

Ejemplo:

A veces el enfoque de pareja es intrínseco al trabajo, no porque las relaciones entre los cónyuges sean una parte significativa del problema, sino porque sus historias y dinámicas individuales les han bloqueado en un círculo vicioso de forma que el movimiento de uno puede enredar al otro y viceversa hasta alterarles a los dos. Un año antes de empezar la

terapia, Dan, un fontanero de 55 años, había perdido el empleo en el que había estado trabajando durante toda su vida debido a un fraude y a la bancarrota de sus empresarios. Como consecuencia, había perdido su derecho a la indemnización, a la pensión por desempleo y tenía pocas esperanzas de encontrar otro trabajo. Seis meses más tarde, dos de sus hermanos pequeños murieron de una enfermedad de corazón en un periodo de quince días; su padre había muerto por causas similares a los 59 años de edad. No es sorprendente que Dan estuviese deprimido en este momento. No obstante, surgió una complicación más de la historia de su esposa Dorothy. Cuando ella era adolescente, su padre perdió el empleo después de la muerte de un familiar cercano; él se convirtió entonces en un alcohólico, conduciendo a la familia a varios años de infelicidad antes de morir (en el hospital psiquiátrico en el que nos encontrábamos! El temor de Dorothy a que la historia se repitiese hacía que estuviese extremadamente ansiosa ante el dolor, la angustia y la preocupación de Dan por sus propias experiencias. Ello significaba que era incapaz de sentir comprensión hacia el pánico de Dorothy sobre su depresión. Para cambiar “la depresión” era conveniente que el sistema rompiera su círculo cerrado de retroalimentación y autorrefuerzo.

Preparándose

Otras parejas empiezan la terapia planteando las dificultades en la relación de pareja. Así, desde el principio, el terapeuta puede explorar el significado y el contexto de la depresión del PI y cómo la relación de pareja interactúa con éstos, agravándola, provocándola o manteniéndola. Trabajando con las regularidades de la retroalimentación, con los patrones de la relación, con los contextos individuales y con las construcciones del significado, se aumenta la probabilidad de un cambio duradero para todos los que están implicados en la terapia.

De hecho, es posible que el cambio afecte a los que no están presentes en la sala de terapia, que están vinculados de forma significativa con el sistema de la pareja en pleno cambio, y que ayude a los cónyuges a que se puedan animar el uno al otro en los intentos de cambiar las interacciones. Esto facilita que el trabajo terapéutico tenga continuación en los periodos entre sesiones, lo que permitirá que se apropien de sus avances más que atribuirlos a la influencia del terapeuta.

Ejemplo:

Kathy, una mujer inglesa de raza blanca de 29 años de edad, había sufrido abusos físicos y sexuales en su infancia, su madre la había abandonado a los 6 años y pasó varios años de su infancia implicada en delincuencia, acabando en un periodo de custodia a cargo de la autoridad local. Al principio de su adolescencia había sufrido un aborto provocado después de una violación, viviendo estos hechos de forma pasiva y silenciosa, mientras los demás actuaban y decidían por ella y sobre ella. Tenía un hermano menor que había sufrido lesiones cerebrales a causa de las repetidas palizas de ambos padres en la infancia.

Su primera pareja, el padre de su hija mayor, Tracy de 11 años, había sido violento con ella, al igual que lo era su pareja actual, Ken, con el que tenía una hija de 2 años, Ally. Actualmente no tenía empleo.

Aunque Kathy había sido diagnosticada de depresión en repetidas ocasiones desde los 14 años y había recibido tratamiento con medicación y asesoramiento, sin ningún resultado, el principal tema que ella quería tratar al principio de la terapia era su pobre relación con Ken y su baja autoestima.

Kathy, llegó sola a la primera sesión, diciendo que Ken tenía que venir directamente desde el trabajo aunque pensaba que era posible que no se presentara ya que se había mostrado muy ansioso y sólo accedió a acudir por su amenaza de dejarle si no intentaba con ella un cambio en la situación. Como ella había tratado de dejarle un par de veces antes, no estaba claro si su amenaza iba a ser efectiva en el presente.

Mi experiencia trabajando con parejas es que no es raro que uno de los cónyuges (generalmente el hombre) acudan a la primera cita bajo coerción. Es entonces, tarea del terapeuta establecer un campo neutral en el que ambos cónyuges puedan confiar en ser tratados por igual.

Debido a la ausencia de Ken al comienzo de la sesión, comenté a Kathy que no trataríamos temas que hicieran más duro para él reunirse con nosotras en una etapa posterior; esto significa que bloqueé el hecho de hacer intentos de tratar sus dificultades como pareja a solas, así que me concentré en hacer una exploración detallada de la historia de la familia de Kathy y de la historia de su relación con profesionales de la salud mental. Ken llegó a los dos tercios de la de la sesión, olien-

do a cerveza. Decidí tratarlo como un ejemplo de “envalentonamiento del beodo”, aunque en general no es aconsejable trabajar con clientes que están bajo la influencia del alcohol. Después de explicarle a Ken lo que Kathy y yo habíamos estado tratando, le invité a hablar sobre sus orígenes familiares. Esta información y el grado de compromiso resultante que se percibía entre los dos a causa de haberse escuchado sus tristezas y dificultades, fueron de gran valor en la segunda sesión cuando tuvimos que tratar con urgencia el problema de la violencia. En cualquier caso es habitual en los terapeutas sistémicos obtener información de las dos generaciones previas antes de empezar a trabajar. Esto da un sentido al entorno en el que los clientes han adquirido sus creencias y patrones de comportamiento sobre los roles e identidades y actúa como un marcador o indicador para los clientes sobre el estilo de la terapia y las áreas en las que se hará hincapié o se tendrá más curiosidad.

Ken, también blanco e inglés, era el más pequeño de tres hermanos. Su padre bebía y agredía habitualmente a su madre quién, “por el bien de los niños”, continuó con el padre hasta que Ken tuvo 16 años. En la infancia, Ken sentía simpatía hacia su madre y cólera hacia su padre, pero cuando su madre le dejó, ofreciéndole un hogar con ella y su nueva pareja, él se quedó con la esperanza de encender la bondad en su padre al observar su derrumbamiento emocional. Sin embargo, 2 años más tarde, renunció a toda esperanza de recibir atención por parte de su padre, después de haber sufrido necesidades y continua dejadez. Ahora trabajaba como albañil no especializado. (Es obvio que Kathy y Ken pertenecen a lo que se llama clase trabajadora. Yo misma me encontré como una recién llegada a la cultura de clases británica, en la que cada vez se hace más incómodo el uso de las designaciones de clase, en parte porque me parecen muy críticas y cargadas con sus identificaciones, y en parte porque no me gusta la ironía del concepto “clase trabajadora” para los que son más vulnerables al paro. Por tanto, dejaré a los lectores que hagan sus propias conclusiones sobre mi descripción de clase). Para Ken su relación con Kathy era la primera relación seria que había tenido. Él estaba muy entusiasmado con que funcionase, pero estaba ansioso y a la defensiva ante la posibilidad de ser culpabilizado.

Usamos el trabajo con Kathy y Ken para explorar los principales temas de este capítulo.

Crisis y Seguridad

Después de la primera sesión hubo un considerable intervalo de tiempo hasta la siguiente unas veces porque cancelaron dos citas a causa de crisis relacionadas con el trabajo de Ken, y otra porque fue Navidad. Durante la segunda sesión me dijeron que habían tenido una gran pelea en la víspera de Navidad, acabando en una agresión de Ken hacia Kathy. Kathy también había visitado, en este intervalo, a un psicopedagogo en relación con Tracy, quién había dado muestras en la escuela de estar muy infeliz en cuanto a la situación del hogar. El psicopedagogo le había dicho a Kathy que debía dejar a Ken, lo que la hizo sentir “estúpida” e incomprensible. La sesión transcurrió pidiendo una detallada descripción del violento incidente y trabajando un “contrato de seguridad” con ellos.

Hay muchos escritos sobre ideas y técnicas relacionadas con el trabajo en parejas en las que uno de los cónyuges es violento con el otro (Bograd, 1999; Dobash & Dobash, 1992; Geffner, 1997; Goldner, 1998; Goldner et al. 1990; Jacobson & Gottman, 1998; Jasinski & Williams, 1998; Jones, 1998b). Aquí sólo daré algunos detalles para resumir las ideas principales. En primer lugar, es útil hacer una distinción entre “agresión mutua” (o pelea) y “paliza”: cuando hablamos de palizas el tamaño, el poder y el sentido de legitimidad de uno de los cónyuges contrasta con el sentimiento de parálisis, intimidación, depresión y miedo del otro, incluso si ambos se dedican al ataque físico (Hamberger, 1997a; Jacobson & Gottman, 1998). A menudo se observa que las parejas, en una relación en la que el hombre apalea a la mujer, se perciben a sí mismas incapaces de separarse; de hecho, para ellas la resistencia a separarse y la reconciliación posterior a la violencia puede aportar un significado más profundo a la relación. Además, cada uno puede hacer al otro responsable, en una extraña simetría que continúa permitiendo el patrón de violencia ininterrumpida. Es decir, la mujer siente que el hombre debería ser responsable de darle seguridad: “si solamente me quisiera no me heriría...”; así ella está poco dispuesta a ponerse a sí misma y a sus hijos en un lugar seguro cuando se da cuenta de que la situación está escalando hacia la violencia. Él también apoya la responsabilidad de ella en su violencia: “si ella no me provocase...”; así él no se hace responsable de cómo expresa su enfado, frustración o cualquier excitación emocional, que para él son un desencadenante de su violencia.

Kathy y Ken adoptaron éste patrón: Kathy sentía que era injusto que ella debiera cuidar de sí misma, así que era Ken quién estaba equivocado; Ken sentía que ella “le hacía comportarse así”. Sin embargo, para el terapeuta es vital descubrir si la pareja puede empezar a mostrar interés por esta nueva división de la responsabilidad, a menudo expresada como una necesidad del terapeuta para tener una base segura para el futuro trabajo. A menos que se consiga una línea base, el trabajo del terapeuta puede implicarle en los motivos de otra paliza de un cónyuge al otro. La habilidad en este trabajo consiste en indicar a la vez dos perspectivas: es decir, el terapeuta quiere un reconocimiento lineal de desaprobación de la violencia, con o sin provocación previa, y que ella también muestre su disposición a no juzgar los antecedentes, contextos y retroalimentaciones relacionales en espiral, que rodean el acto de violencia. Al final de la segunda sesión, Kathy y Ken habían expresado su compromiso de intentar esta nueva manera de tratar sus furias y frustraciones.

Al interesarme por la descripción del incidente violento, intenté especialmente invitar a Ken a dar su propia opinión de lo que él había hecho y de las circunstancias que le habían conducido a ello. Esto sirvió para situarle en una posición de responsabilidad, la de alguien que es dueño de sus actuaciones y esto le evitó el fenómeno de sentirse “en el banquillo de los acusados” como hubiese sucedido de permitir a Kathy ir más allá de su narración de los actos de Ken. Lo que llamaba la atención del relato de Ken fue la visión de pasividad que tenía de sí mismo. Su relato estaba sembrado de frases como “yo no podía hacer nada”, “ellos me hicieron hacerlo” (sus compañeros le había incitado a ir de juerga y beber así que él abandonó los planes de salir en Navidad con Kathy)), “tuve que pegarle”, “no fue por mi culpa”. Esto me permitió, sabiendo desde la charla anterior lo importante que para él era su imagen de masculinidad, invitarle a comprometerse en la terapia como una manera de encontrar la manera de controlar más su vida.

Establecer una agenda terapéutica compartida

El relato de Kathy sobre su percepción del incidente y de lo que les condujo a él proporcionó una detallada descripción de su baja autoestima: “Piensan que no soy lo suficientemente buena para ellos”, “Él pen-

só que simplemente se podía deshacer de mí”, “Mis planes no cuentan para nada”. Esta baja autoestima está directamente relacionada con su depresión y desencadenó la sensación de ser rechazada y despreciada la mañana de Navidad cuando finalmente Ken llegó a casa.

Una agravante más de la situación deriva de la sensación que tenía Kathy desde su más tierna infancia: siempre que hay una relación triangular, ella es la excluida. Esto es especialmente descriptivo de sus experiencias más tempranas cuando fue abandonada por su madre, de la proximidad exclusiva de su padre hacia su madrastra después de que su madre se hubiese marchado, de las infidelidades de su primer marido y de la herida que le produjo el hecho de que la única aparición de Ken tuviese lugar mientras ella estaba dando a luz a Ally. Identificó esto como una de las razones por las que no se podía permitir dejar la relación, incluso sabiendo el grave riesgo que corría; ella no creía que Ken la quisiera, pero pensaba que la toleraba porque era la madre de Ally. En otras palabras, otra vez se estaba considerando como una intrusa en la relación que Ken tenía con su hija y se sentía obligada a aferrarse a ello.

Ken estaba igualmente atrapado en la idea de que la relación no podía funcionar pero todavía era incapaz de dejarla: estaba profundamente celoso de la relación de Kathy con el padre de Tracy y con la propia Tracy, y creía que Kathy ahora no le cuidaba por lo mal que se había portado con ella. Creía que ella estaba con él sólo porque la había asustado con sus amenazas si ella le dejase y esto hacía incómoda su presencia en la relación, mientras él era incapaz de dejar que se marchara. Él había observado que Ally parecía tenerle miedo, esto le motivaba a continuar participando en la terapia en busca de un cambio ya que veía en Ally su propia infancia, y se daba cuenta de que, a pesar de sus mejores intenciones, había llegado a ser como su violento y alcoholizado padre.

Patrones del pasado en el presente

Para ambos cónyuges, la exploración de los patrones aprendidos en el pasado fue un hito significativo en sus intentos actuales de cambiar los que establecían en la relación entre ellos y con los demás, que habían demostrado ser inútiles. Kathy encontró la idea de la repetición de triángulos extremadamente útil y empezó a observar sus respuestas a expe-

riencias “indeseables”. La idea de que sus repetidas experiencias siendo víctima de abusos en sus relaciones podían tener algo que ver con las expectativas que se planteaba, el comportamiento de los demás y el suyo propio, y los contextos que estaban más allá de su control, le permitieron empezar a despojarse de la idea de sí misma como de alguien que no merecía nada o que “pedía” el abuso.

Durante la terapia ella se implicó en un programa de rehabilitación para madres de hijos pequeños que intentaban volver al trabajo y encontró muy útiles los ejercicios de reafirmación personal que formaban parte del mismo. Al aplicar estos nuevos aprendizajes a las sesiones de terapia, fue capaz de poner a prueba e integrar sus nuevas herramientas y de contemplarse a sí misma mientras hacía avances hacia la adultez a pesar de las duras experiencias vividas. Así sería capaz de amar y ser amada y digna de merecer mucho más de lo que había tenido hasta entonces. Mientras se sentía más respaldada por sí misma, también recibía una retroalimentación diferente y más gratificante por parte de los demás, lo que le daba fuerzas para experimentar un amplio repertorio más amplio de expresiones de sí misma.

Por parte del terapeuta también era importante no avergonzar a Kathy por su fracaso al intentar dejar a Ken. La experiencia habitual de las mujeres en la situación de Kathy es que la gente bienintencionada, que se preocupa por ellas, les dice que deben dejar a sus cónyuges violentos. Su fracaso al hacerlo puede ser debido a una compleja combinación de factores tales como la falta de dinero, de recursos, de alternativas, a los condicionamientos sociales, a la intimidación, a la familia y a los aprendizajes relacionados con su rol sobre las expectativas que deben abrigar, sobre el amor, la pareja, el papel de la mujer y la actitud protectora hacia su cónyuge. Ello, sin embargo, las hace sentir culpables cuando continúan con su cónyuge violento o cuando vuelven con él después de un intento de separación. La experiencia previa de Kathy con otros profesionales era precisamente que “la hacían sentir estúpida”. Como Virginia Goldner nos recuerda (Goldner et al., 1990), para los terapeutas puede ser duro entender que las mujeres pueden amar a hombres que les hieren. Nuestro fracaso en librarlas de estas relaciones a menudo nos hace poner en marcha teorías peyorativas como el “masoquismo femenino”, por ejemplo.

Era igualmente importante para la terapeuta no culpar a Ken por seguir imitando lealmente a su padre. Por tanto exploramos las mane-

ras en que Ken deseaba ser diferente a su padre. Esperamos que Ally, de aquí a veinte años, no deba tener conversaciones con un terapeuta sobre la manera en que su padre había maltratado a su madre. Al mismo tiempo, observamos y valoramos la forma en la que Ken cuidó y se preocupó de su padre compartiendo algunas actividades masculinas tradicionales como ver partidos de fútbol o jugar a cartas. Ken, de forma gradual, se dio cuenta de que no tenía modelos de comportamiento masculino que no implicaran violencia e incapacidad emocional y relacional.

Hablando del género

En algún sentido, Ken y Kathy encarnan los extremos de los estereotipos generalmente aceptados sobre los géneros. Ken se gana la vida gracias a su fuerza física, es emocionalmente inexpresivo (Frosh, 1992), recurre a la violencia en circunstancias en las que siente miedo, está fuera de control o está indeciso (por ejemplo, cuando teme perder a Kathy), recurre a la acción más que al diálogo y está emocionalmente desconectado de los demás (Taffel, 1991). Kathy es emocionalmente expresiva en el continuum de su vulnerabilidad/tolerancia pero es incapaz de autoafirmarse de forma efectiva; no se siente con ningún derecho, ni se da ningún valor y asume que su papel en la vida es el de víctima pasiva. Considera que los demás no esperan gran cosa de ella, mientras todavía anhela ser amada como forma de dar valor a su vida.

En el curso del trabajo terapéutico, exploramos las formas en las que ellos aprendieron el rol de su género y como podrían re-aprender más cosas de forma directa o indirecta. Obviamente el género y la edad del propio terapeuta tuvieron aquí especial relevancia: Kathy claramente tomó ciertos aspectos de mi conducta y de mi habla como potenciales modelos para ella. Es útil para los terapeutas, sean del género que sean, recordar que, a los ojos de los clientes, somos más andróginos de lo que a veces pensamos (Jones, 1993). En este sentido podemos ofrecer modelos de conducta y habla de afirmación “masculina” que puedan ser útiles a clientes mujeres, pero también de habilidades de escucha y de empatía “femenina” que clientes masculinos pueden encontrar más aceptable cuando vienen de alguien que no es su pareja.

Sin embargo, cuando trabajamos con una pareja heterosexual, el género percibido al terapeuta puede actuar como un factor desequilibrante. Me alertó la posibilidad que Ken, a veces, se pudiese sentir “excluido” de forma que introduce “voces” varoniles en la terapia mediante anécdotas o información sobre el papel del hombre.

Como Ken continuó buscando otras formas de ser varonil le ofrecí información, en un lenguaje y un formato acorde con la situación, sobre los habituales conocimientos y conflictos relacionados con los problemas a los que podríamos llamar “La crisis de la masculinidad” en la sociedad contemporánea. Fue útil para él ver que no estaba solo en sus intentos de levantar un mapa del territorio inexplorado. Un ejemplo puede ser ilustrativo de pequeñas interacciones y anécdotas.

Ken y Kathy habían empezado a explorar pequeñas vías de cambio en sus relaciones mediante las tareas de entre-sesiones que habían sido planeadas durante las mismas por todos nosotros y habían emergido de la presente situación. Kathy había dicho que anhelaba tener más conversaciones entre ellos. Por ejemplo, cuando Ken llegaba del trabajo a casa, a ella le hubiese gustado algo más que un gruñido como respuesta a su pregunta sobre cómo le había ido el día y también le hubiese gustado que él le preguntase cómo le había ido a ella. Kathy en este punto, estaba en la situación de las amas de casa con niños pequeños, que se pasan todo el día sin tener una conversación con adultos. Por su parte, Ken, regresando a casa después de una extenuante jornada de trabajo físico, sólo quería dejarse caer en el sillón frente a la tele, tomarse un te e ir a dormir. De todas formas él estuvo de acuerdo en probar. En la siguiente sesión Kathy explicó con mucha emoción que Ken obedientemente le había interrogado sobre lo que había hecho durante el día; explicó una anécdota sobre una discusión que había tenido con el verdulero y que luego ella tuvo que contenerle agarrándolo por el cinturón para que no fuera a atizarle por lo que había pasado con su mujer. Esto desembocó en una discusión sobre la posibilidad de expresar su apoyo mediante una escucha empática y no mediante la acción o intentando solucionar el problema. Ken se mostró bastante escéptico sobre eso de que “limitarse a escuchar y compartir sentimientos pudiese ser útil”.

El riesgo de seguir por ese camino fue que Kathy y yo, como mujeres, podíamos convertirnos en expertas en algo en lo que Ken, como hombre, desconocía. Así, entonces, le conté de una forma considerablemente dramática, la historia que relata Brian Dimmock (Reimers &

Dimmock, 1990) sobre su propia lucha con este mismo problema en la que sus intentos de remediar los apuros de sus niños mediante solución de problemas, razonamientos y demás soluciones por el estilo, fallaron, mientras que la confesión empática de sentimientos compartidos resultó de ayuda para todos.

Ken quedó fascinado por la historia. Me parece que ésta cumplía diversas funciones: ofrecía un ejemplo de una forma diferente en la que se puede comportar un hombre en una situación en la que no se trata de encontrar una solución para un problema, y el modelado que ofrecía un hombre, colega de la terapeuta, (p.e.: alguien que, en el contexto terapéutico, tiene poder y estatus) y además persona educada, que escribe artículos para revistas profesionales. Esto facilita a Ken compararse con otro hombre en su exploración de la “crisis de masculinidad” y por tanto le hace sentirse honrado en lugar de humillado.

Curiosidad y una postura de auto-observación

La técnica de preguntas circulares del terapeuta, consistente en explorar y compartir hipótesis y en insinuar constantemente descripciones o definiciones alternativas actúa en los clientes como un estímulo para mostrar curiosidad sobre sus propios patrones de comportamiento, emoción y relación. Esto es probablemente uno de los puntos de apoyo para producir el cambio en la terapia sistémica. Hay otras acciones por parte del terapeuta que permiten al cliente adoptar una posición en la que pueden observar más que participar.

Por ejemplo, en la quinta sesión, Kathy habló de una discusión telefónica que había tenido con un amigo de Ken en la que ella se había mantenido firme y había expuesto su opinión sobre las correrías que tenían él y Ken con la bebida, y en la que él intentaba despreciarla. Ella se sentía muy a gusto con su comportamiento asertivo y veía que había llegado a un buen y respetuoso clima de entendimiento con el amigo. Ken, sin embargo, estaba alarmado y furioso y empezó a interrumpir las explicaciones de Kathy en la conversación con el terapeuta haciendo comentarios cada vez más agresivos. Él indicó que Kathy no tenía derecho a hablar con su amigo a sus espaldas. Sus continuas interrupciones, tono de voz y postura corporal se hicieron intimidatorias hacia Kathy, que empezó a cambiar de actitud entre disculpándose y enfureciéndose.

Aquello me pareció el tipo de interacción que, de haber sucedido en casa, podría haber desatado una situación de violencia. Por esta razón, empecé a interrumpir las interrupciones de Ken preguntándole una y otra vez, en un tono de voz que iba creciendo: “¿Es así como la intimidas?” (refiriéndome a las explicaciones previas de Ken, sobre las maneras en las que él intimidaba a Kathy para asegurarse que ella se asustaría tanto como para no dejarle). Finalmente mi comportamiento irritó a Ken lo suficiente como para que se volviese hacia mí y continuase discutiendo con vehemencia su opinión que Kathy nunca debería interactuar con otro hombre. Nuestra conversación fue subiendo de tono durante un rato hasta volver a un tono que facilitaba una mejor cooperación.

Bajo mi punto de vista, las partes de este proceso fueron las siguientes: Debido a mi experiencia profesional, a mi rol y al escenario en el que nos encontrábamos desafié a Ken desde una posición de confianza y sin temores, así que yo no daba señales de ansiedad como Kathy lo hacía. También me apoyé en mi género, en mi edad, en nuestra ya establecida relación y en mi conocimiento sobre su cariño y su actitud protectora hacia su madre, permitiéndome hacer uso del hecho que yo era de la misma generación que ella. Como he expuesto en otras ocasiones (Jones, 1996) los terapeutas según sus diferentes condiciones (sean negros, varones, jóvenes, por ejemplo) tendrán que acceder al repertorio de facetas compartidas con los clientes para llevar a cabo intervenciones arriesgadas como ésta. También, cuando me pareció oportuno, recurrí al humor, después de averiguar lo que podía compartir con ellos. Así, cuando Ken dijo en cierto momento: “Pero ella sabe que no debería hacer tales cosas porque sabe que si lo hace tendré que pegarla”. Yo le podía decir con cierta camaradería: “¡Oh, no me lo creo!, Ken, tú sabes que no me voy a dejar engañar por este tipo de razones. El resultado fue una risa arrepentida. En el proceso de esta interacción Ken fue invitado repetidamente por mí a contemplar su comportamiento actual y a relacionarlo con la exploración previa de sus patrones de vulnerabilidad. Así, hacia el final del episodio, pude incrementar el uso de palabras como “miedoso”, “perdido” y “celoso” en lugar de las palabras que él daba sobre control territorial y enfado, y lo pudo ir aceptando.

Kathy, por otro lado, tuvo la oportunidad de retirarse de una situación de desafío en escalada en la que ella solía ser participante y pudo, por tanto, observar los patrones usuales, en los que ella estaría dema-

siado agitada como para apercibirse y también pudo darse cuenta de la forma en que mis interacciones con Ken eran diferentes, y quizás más efectivas, que sus respuestas previas.

Reelaboración

Siguiendo con el incidente anterior, Ken empezó a referirse a una observación que había hecho sobre las diferencias entre él y Kathy. Él le dijo al terapeuta: “Debes pensar que soy estúpido porque sigues preguntándome cuestiones como “¿Qué piensas tú?”, “¿Cuál es tu punto de vista?”, y así sucesivamente, y yo sigo diciendo “No sé”. Continuó explicando que esto no era debido a que él no fuera colaborador, sino a que él estaba preocupado porque no tenía vida interior. Esto había sido así especialmente desde el nacimiento de Ally, cuando él tuvo miedo de poder haber contraído una enfermedad de transmisión sexual debido a una aventura que tuvo en aquel momento; esto le hizo confesarse a Kathy. Desde entonces, había continuado sintiéndose apático, exhausto y según él “perezoso”. A medida que iba explorando esto en detalle con él, Kathy estaba cada vez más fascinada, hasta que de pronto dijo: “¡Pero si él está tan deprimido como estaba yo!”.

Recordé el punto de vista de Taffel: “... la distinción entre depresión y el estado diario de muchos hombres no está claro. ¿Cómo deberíamos llamar a alguien que no se siente muy bien, que no tiene verdaderas amistades, que no tiene otros intereses que no sean el trabajo o que no puede relacionarse con la gente cercana?” (Taffel, 1991, p. 258). Etiquetar el estado mental de Ken como una depresión era, en este contexto, vivido como algo positivo porque Kathy había estado deprimida durante muchos años y, en esta etapa, ya estaba significativamente “des-deprimida”; ahora su experiencia con la depresión era la de algo de lo que era posible recuperarse. Esto también le permitió a Kathy ser más colaboradora y dar más apoyo a Ken, y a Ken aceptar algunos “consejos” de Kathy para ir más allá de lo que estaba en su “ruta de recuperación”.

Deberes

La creación de tareas y de rituales para que los clientes realicen en casa siempre ha sido parte del repertorio de la terapia de familia. Ha-

ciendo trabajo en casa, una tarea de observación, un experimento con nuevos comportamientos intermitentes, rituales de curación o intentos paradójicos, se crea un espiral en el espacio limitado entre los encuentros terapéuticos y la complejidad de la vida diaria de los clientes. Las tareas para casa no sólo dan información al terapeuta y a los clientes sino que muestran comportamientos cambiantes y facilitan atribuirles significado de tal manera que es más probable que el cliente obtenga un mayor sentido de dominio y autonomía en relación con lo que pueda surgir. Idealmente, las tareas para casa, se generan conjuntamente a partir las ideas surgidas en la sesión.

Kathy y Ken usaron los deberes para intentar nuevas maneras de relacionarse el uno con el otro y con los demás. Debían traer sus observaciones a las siguientes sesiones para discutirlo y analizarlo. De esta manera, ellos empezaron a experimentar otras maneras de pasar el tiempo con los niños y con sus amigos. Kathy, había intentado previamente mantener su relación con Tracy casi escondiéndose de Ken por miedo a que sus respuestas negativas pudieran hacerle daño a su hija. Ahora ella empezó a pasar “tiempo de calidad” con Tracy, en parte como una madre y una hija en actividades normales, y en parte en respuesta a la angustia de Tracy que ya había sido vista por los servicios de educación. Al mismo tiempo Ken también empezó a forjar una relación independiente con Tracy, y Kathy algo inquieta se mantenía aparte para permitirles hacerlo. Estos esfuerzos sucedieron en un contexto de nueva conciencia de sí mismos y también fomentó un mayor auto-conocimiento y una mayor auto-observación. Ellos me dijeron que en una ocasión, Kathy había planeado que Ally pasara un día con la madre de Ken para que así ella y Tracy pudieran tener un “día de salida para chicas”. Esto fue muy bien y cuando llegaron a casa de muy buen humor, más o menos 5 minutos después de Ken, le encontraron con el ceño fruncido y preguntándoles dónde habían estado. En lugar de mostrar su habitual sentimiento anterior de haber hecho algo mal, lo que hubiese desencadenado una respuesta apaciguadora, ansiosa y defensiva, Kathy interpretó su postura como que había que bajarle los humos (porque ella había estado fuera con la hija en lugar de estar preparando su comida). Ella se rió, puso sus brazos alrededor de él y le dijo: “He pensado en ti y he traído algo de comida para cenar”. Ken también pudo responder con más consciencia y humor.

Humor

El humor es, tal y como Bateson (1972) nos recuerda, un síndrome trans-contextual; es decir, salta a través de los límites, permite contextos disparatados y juntar diferentes niveles de conocimiento, por tanto va muy unido a los mecanismos de cambio y creatividad. Para decirlo más sencillamente, es difícil ser rígido cuando se está riendo. Yo tengo una afición por lo absurdo y hago pequeñas incursiones desde el principio de mi contacto con los clientes para ver si esto también es así con ellos. Por supuesto uno debe tener cuidado en no ofender al buscar una risa en circunstancias trágicas, pero puede ser útil para mí tener la información de que los clientes pueden ser capaces de usar el humor.

Al principio Ken y Kathy habían dado señales de ser capaces de reírse en medio de la angustia y esto fue a más cuando empezaron a sentirse más libres y confiados. En sus negociaciones sobre el cambio, Kathy había expuesto sus objeciones sobre las partidas de póker del fin de semana de Ken con su padre y otros amigos a las que Ken no estaba dispuesto a renunciar. Tampoco estaba dispuesto a telefonarla si él pensaba que llegaría más tarde de lo habitual. Una noche de vigilia en la que él llegaba tarde solía desencadenar sus peores miedos: que Ken pudiese estar con otra mujer, o que llegase a casa bebido y le pegara. Después de alguna negociación, ella afirmó que podría aceptar que él pasase la noche fuera “con los chicos” a cambio de tener una “noche fuera con las chicas” yendo a bares, porque a ella le gustaba bailar y a él no. Esta discusión sucedió en un contexto en el que el terapeuta les sugería que podían considerar el hecho de salir juntos, lo que ellos etiquetaron como algo extraño y de iclase media!

Ken respondió a este experimento con una gran carcajada de auto-desaprobación. En su tercera salida, Kathy no llegó a casa a la hora esperada, cuando los bares cerraban y tampoco llamó por teléfono. Ken empezó a sentirse ansioso, convencido de que ella se había ido con otro hombre. Explicó que en estos momentos de ansiedad iba comprobando alternativamente si las niñas estaban dormidas y recorriendo en bici las calles oscuras alrededor de su casa comprobando posibles puntos de reunión. “Allí estaba yo pedaleando a través de la oscuridad como un loco, muy asustado y también desternillándome de risa porque parecía un tonto”. Ésta era una postura muy diferente de sus primeros esfuerzos por controlar y dominar. Habiendo sufrido la ansiedad en ambos sentidos,

pudieron acordar un sistema para darse mensajes tranquilizadores el uno al otro.

Elección y anticipación del futuro

En las últimas sesiones, el foco de la terapia empieza a cambiar a través de la anticipación y los ensayos en imaginación del futuro. Con ello habrá que decidirse por alguna opción cuando uno se ve obligado por el contexto o las diferentes circunstancias.

Tan pronto como Kathy estuvo menos deprimida y más manifiestamente enfadada, dijo firmemente que ya no aceptaría más las condiciones que había mantenido anteriormente en su relación con Ken y con sus parejas anteriores. Ella sabía que, por su parte, con dos niñas y sin educación formal, podría tener que hacer frente a una situación de seria pobreza, pero también creía que no tenía que aceptar más los abusos y la negligencia a cambio de mantener una relación.

En un momento posterior Ken dijo que, aunque ellos todavía no estaban seguros de ser capaces de estar juntos, por su historia pasada, habían estado hablando sobre hacerse cargo de que, incluso si se separaban, era poco probable que volviesen a tener de nuevo unas relaciones tan destructivas. El cambio de Kathy en su propia percepción también afectó a su manera de relacionarse con sus hijas, de forma que ahora les ofrecía un modelo claramente diferente de cómo ser mujer. A través del curso de entrenamiento que empezó, Kathy hizo nuevos amigos, y al final de la terapia montó un negocio desde casa con una amiga, lo que a su vez, mejoró su autoestima y la situación financiera de la familia.

A ambos cónyuges se les pidió que cumplimentasen el Inventario de Depresión de Beck en cada momento estipulado, muchos de los clientes lo usaron también como una manera de monitorizar sus propios progresos.

A media terapia, Ken me señaló que estaba empezando a batir un "record" de puntuación en el BDI. De modo que, mientras al principio había estado desconectado de cualquier tipo de conciencia de sí mismo y se limitaba a contestar simplemente "no" a todas las preguntas, ahora se estaba dando cuenta de su sensación de tristeza debida a su soledad. Decía que había reparado en cómo Kathy hablaba con sus amigos y también con él y con su madre, y había visto a hombres en lugares públicos

y en televisión, y que había empezado a darse cuenta de lo que debía ser una relación amigable y de confianza que él nunca había experimentado. Sus “compañeros” eran los hombres con los que trabajaba y bebía, y no se hablaban el uno al otro de la forma en la que él empezaba a desear. En este sentido, todavía se sentía falta de algunas herramientas. Sin embargo, también tenía conciencia de su capacidad para experimentar y expresar su tristeza, lo que era una indicación del viaje hacia el gran cambio en el que se estaba embarcando para el futuro. Rachel Hare-Mustin (1998) dijo: “Cuando imponemos un ideal de masculinidad en los hombres, estamos imponiendo prescripciones que muchas veces son contradictorias, como dar ideas sobre sus derechos que a la vez se yuxtaponen con lo que deben de hacer, produciendo un sentimiento de inadecuación en encontrar un compromiso. Después de todo, se trata de objetivos imposibles” (p.44). Cuando Ken empezó a dejar la idea de que él podía o debía controlar a los demás, empezó a abrirse a aprendizajes, sentimientos y cambios.

Al final de la terapia pasamos parte de la sesión en repasar cada sesión entre cada uno de ellos y yo, y así trazar un patrón simétrico con el comienzo de nuestros encuentros. Esto sirvió para subrayar cómo habían ganado en autonomía y para ver que, mientras el futuro pareciese esperanzador para ellos como pareja, el verdadero objetivo de la terapia no sería que ellos permanecieran juntos, si no el bienestar de cada uno de ellos (aunque el objetivo del proyecto de investigación era la recuperación de Kathy de su depresión).

Separada y conjuntamente, opinaron que los dos habían cambiado significativamente, con ellos mismos y con su relación entre ellos y con las niñas. Todavía no estaban seguros de si esto significaba un futuro para ellos como pareja. Lo importante era que ambos aceptaban completamente la idea de que Kathy había escogido, es decir, que ella no era la víctima de su vida en una posición pasiva, sino una propulsora en una posición activa. Esto también significaba para Ken haber tomado la dura decisión de dejar de agarrarla, de forma que si ella continuaba con él sería por su propia decisión.

Puesto que mantengo la opinión de que la vivencia de la impotencia es un elemento principal en el grupo de síntomas al que denominamos depresión, también doy importancia al hecho de recuperar la capacidad de decisión como un indicador de la mejoría. Así, esta retroalimentación fue crucial; también fue bueno comprobar, al final de los dos años de seguimiento, que Kathy no tenía depresión.

Resumen

Intentaré resumir los elementos más interesantes del proceso de cambio de este largo caso. Lo hago con una cierta turbación, ya que cualquier intento de resumen resaltará una puntuación subjetiva motivada por la perspectiva parcial del momento. Sin embargo, espero que esto pueda ser de utilidad para los lectores.

Se pudo crear un “espacio” seguro y contenedor en el que los riesgos y los cambios pudieron ser explorados; para dar esta seguridad fue esencial el hecho de atender sus explicaciones sobre la violencia con gran seriedad y esperar que ellos llegaran a un compromiso que hiciese menos probable la violencia en el futuro. Al conseguir esto, fueron capaces de darse cuenta que estaban deseando responsabilizarse de ellos mismos, con una esperanza de cambio y como una pareja esperando un futuro común. Prestamos atención a la forma en que los patrones del pasado organizaban su presente de manera que ellos se sentían atados a un destino interminablemente repetitivo. Explorando su sus aprendizajes individuales, fueron capaces de acceder a un repertorio mayor de comportamientos. El estilo de conversación y las preguntas del terapeuta invitan continuamente, a considerar abierta y sutilmente sus afirmaciones como muestras de un punto de vista entre muchas otras posibles perspectivas y, a medida que pasa el tiempo, a tener más curiosidad sobre sus propios puntos de vista, creencias, etc. Con esto se vieron más capaces de adoptar una actitud más observadora sobre sí mismos. Buscamos conjuntamente más encuadres positivos para sus problemas. También propusimos tareas y experimentos que podían llevar a cabo en los intervalos entre sesiones, asegurándonos que estuviesen implicados activamente en cambiar y expandir su repertorio de recursos. Encontraron su manera de expresar emociones intensas y desafiantes, y sus puntos de vista sin desencadenar un conflicto insostenible; de este modo se facilitó el proceso en los temas difíciles.

Kathy devino capaz, a través de la revisión de su pasado, de atribuir diferentes significados a algunas experiencias y así, de construir una visión diferente de sí misma en el presente. Esto le proporcionó la habilidad de poder actuar como alguien con valía. Estas nuevas acciones, que demandaban y recibían más respeto, eran retroalimentadas, así se reforzaba su sentimiento de valía permitiéndole experimentar nuevas maneras de ser. Estos cambios fueron explorados entre Kathy y el tera-

peuta, y entre ella y la gente de su entorno, pero también fue importante hacerlo en presencia de Ken y con su interacción. Él también estaba en un proceso de cambio similar, tanto con él mismo como en su relación con Kathy. La decisión de Ken de controlar su comportamiento violento le permitió empezar a plantar cara a su propia pasividad y a sus sentimientos de poca valía. Aceptó y ganó el respeto que implicaba la proposición del terapeuta de que él podía cambiar. Como con Kathy, las nuevas intervenciones también reforzaban a Ken, lo que le permitía posteriormente experimentar mayores cambios, por ejemplo, respecto a sus sentimientos de baja valoración de sus emociones y vulnerabilidades. Así, conjuntamente y por separado, empezaron a sentir que ya no iban a estar atados sin esperanza a los patrones repetitivos del pasado y que tenían muchas opciones para el futuro.

La “seguridad” del terapeuta en la relación terapéutica

El terapeuta como parte del problema: Confianza

He tratado más arriba maneras en las que el terapeuta puede usar aspectos de su propia persona, como edad, clase o género para causar un cierto impacto en su trabajo con los clientes. También a veces los atributos del terapeuta pueden constituir un obstáculo para el trabajo y para el futuro y pueden a menos que sean tenidos en cuenta, obrar contra el establecimiento de confianza y cooperación. En tales casos, es responsabilidad del terapeuta invitar a discutir los obstáculos. Un primer ejemplo de esta situación lo constituye el caso de una terapeuta blanca, como yo, con clientes negros. En un contexto británico, hay que tener en cuenta que el terapeuta representa a la mayoría dominante y que es probable que los clientes hayan sufrido discriminación y racismo por parte de representantes del grupo étnico del terapeuta. Dada la frecuente discriminación a las minorías y dado el poder dinamizador de la situación terapéutica, los clientes no se sentirán libres de tratar asuntos de racismo, lo que puede aumentar las dificultades de entrar en una terapia y su relación con el terapeuta. El terapeuta deberá actuar abiertamente y con una comunicación sutil y muy matizada para hacer posible la comunicación. (Context, 1999; Miller & Thomas, 1994).

Ejemplo:

Derek, un hombre negro afrocaribeño, había emigrado a Londres a la edad de 7 años con su padre y sus hermanos, después de haber pasado la mayor parte de su infancia en la isla caribeña en la que había nacido su padre. Allí había empezado a ir al colegio y se lo pasaba muy bien. Su primer día en un colegio inglés le causó una impresión muy desagradable. Recibió insultos raciales por parte de una compañera de clase blanca durante el primer recreo, él la abofeteó por lo que fue expulsado del colegio y al llegar a casa su padre le golpeó con un látigo. Sólo después de varias sesiones, durante las que la terapeuta había ofrecido muchas oportunidades para discutir el tema del racismo y las implicaciones de que fuera blanco, cuando pudo explicar esta anécdota.

Esto llevó a la revelación de muchas otras experiencias similares, incluyendo ataques verbales y físicos de sus profesores de la escuela del reformatorio de menores donde fue enviado más tarde. La cuidadosa exploración de todos estos temas, incluyendo los intentos de la terapeuta de señalar su concienciación, su buena voluntad, su capacidad de hacerse responsable de las cosas, las actitudes de la sociedad blanca, proporcionaron un contexto en el que se pudo tratar otros aspectos dolorosos de su vida. La extrema violencia de su padre hacia él y el resto de su familia, y su propia violencia en la vida adulta hacia su mujer, Dawn, quién por su parte había vivido otros muchos ejemplos de discriminación y abusos verbales y físicos tanto de tipo racial como sexual, se convirtieron en parte del amplio abanico de las diferentes formas en las que se pueden explotar poder e impotencia. La etnia del terapeuta, y darse cuenta de lo que esto podía significar para Derek y Dawn, la puso en situación y facilitó una profunda discusión sobre victimización y agresión.

Ejemplo:

Salman (de 34 años) y Safia (de 17 años) era una pareja hindú. Ambos habían crecido en un país francófono lejos de Inglaterra y se habían casado allí por un acuerdo familiar de hacía años. La depresión de Salman había aparecido al fracasar en su intento de consumir el matrimonio debido a una impotencia eréctil. Había muchos factores relevantes en el desencadenamiento y mantenimiento de la depresión de Salman y de la angustia de Safia, quizás eran lo mismo. Entre estos factores estaban el rol representado por ambas familias de origen, la soledad y juventud de

Safia, su relativa carencia de experiencia y escaso conocimiento sobre el sexo, etc, pero estos no podían ser tratados adecuadamente hasta que no se pudiese hablar abiertamente de los obstáculos para la relación terapéutica. La terapeuta invitó repetidamente a los clientes a considerarlo, incluyendo un reconocimiento de las limitaciones en su elección del tipo de ayuda. Estaba claro que su pobreza y el distrito en el que vivían hacían poco probable que recibieran una buena ayuda terapéutica fuera del proyecto de investigación. Me preguntaba si debían ser derivados a otro terapeuta sistémico, teniendo en cuenta que para Salman, como musulmán y hombre, podría ser más fácil tratar sus dificultades sexuales con un doctor que fuese hombre. Sin embargo, para Salman, mi género no era el obstáculo principal para trabajar juntos. Mucho más importante para él era la identidad “occidental” que me atribuía y su significado, y tenía claro que haría las mismas atribuciones a Eia. Él ya había tenido experiencias negativas con otros profesionales masculinos a los que había acudido en demanda de ayuda. Creía que Eia y yo respaldaríamos los valores de occidente tales como feminismo, costumbres sexuales socialmente decadentes, materialismo y cristianismo. Él era muy crítico con esto, e intentó proteger a Safia de estas influencias corruptoras ya que ella era considerablemente más joven que él, con un inglés menos fluido y hacía poco que estaba en Inglaterra, mientras que él vivía desde hacía unos diez años. Sin embargo, estos impulsos de protección se habían ido confundiendo con las dificultades que había entre ellos, cuánto menos competente se sentía él como hombre, más trataba de controlarla; cuanto más aislada y sola se sentía ella, más amor y gratificaciones sexuales demandaba de él además de un bebé para hacerle compañía.

No traté de confirmar o negar las atribuciones que Salman hacía sobre mis valores (algunos eran ciertos, otros no). En lugar de esto, alenté una discusión sobre ellos, y sus diferentes creencias y valores. Conduje algunas partes de la sesión en francés (básico) para permitirles (en especial a Safia) mostrar su propia fluidez en su primera lengua. Contextualicé mis opiniones como derivadas de mi (sesgada) posición. Por ejemplo, hablé con ellos sobre mi opinión a cerca de su inexperiencia sexual y su falta de información, que combinada con una alta excitación, agotamiento e incitación sexual de la ceremonia de boda, que duraba varios días, hacía previsible el fallo de fuerzas de Salman. De todas maneras, él mantuvo que nadie más en sus circunstancias habría fallado y que, por tanto, era culpa suya. Debatimos el asunto de muchas formas,

siempre evidenciando que mis opiniones provenían de una posición occidental y por tanto potencialmente parciales. Estos debates, al mismo tiempo, se realizaban con mucho cariño, risa, algo de reto y curiosidad sobre las diferentes costumbres culturales; así me fue posible comunicar un poco de información sexual y algunas técnicas sexuales clásicas de desensibilización que ellos usaron con creatividad y eficacia, en cierta forma como “así es como nosotros, los raros occidentales, lo hacemos”

La terapia como parte del problema: Atascarse

Ejemplo:

Lorna (la PI) y Larry, blancos y a media treintena, estaban entre las primeras parejas que empecé a ver en el estudio de la depresión y entre las que menos se beneficiaron. Hay probablemente muchos factores que lo explican y puede que hubiese sido difícil ayudarles en cualquier contexto.

Las contribuciones al atasco del sistema por su parte son múltiples: Lorna había sido agredida violentamente por su madre alcohólica durante su infancia y esos ataques continuaban en el presente; esto generó en ella un desesperado deseo de creer que la gente se debía volver “agradable” solamente si uno se mantenía esperando y pendiente de los demás. Lorna y Larry estaban juntos desde hacía cuatro años durante los que habían tenido una vida caótica y desesperada en varias ciudades y países: habían vivido improvisadamente en las calles, como “ocupas”, en alojamientos para vagabundos, durante este tiempo Lorna había sufrido un aborto, de forma que vio que sus limitados recursos para sobrevivir se ampliaban hasta su incapacidad para tener un bebé. Lorna había estado trabajando poco tiempo y había perdido su trabajo a causa de su depresión; había invertido el dinero de su invalidez en un negocio que Larry proyectaba y que más tarde fracasó. Ambos se habían expuesto a grandes riesgos por su imprudente carrera de drogas y sexo, así que ambos estaban esperando los resultados de un análisis para detectar VIH cuando empezó la terapia. La violencia formaba parte de su relación cotidiana, aunque no lo admitían como algo significativo. Frecuentemente rompían y reiniciaban la relación, y Larry mantenía relaciones con otras mujeres la mayor parte del tiempo. Visto retrospectivamente mi contribución al bloqueo parece estar ligada a mi incorporación al pro-

yecto de investigación. Venía de trabajar únicamente en equipo, de forma que encontrarme de repente trabajando a solas con los clientes, sin poder consultar de forma regular con alguien que compartiese mi orientación (milanesa), fue algo desconcertante. A pesar de que Eia y yo nos repetíamos mutuamente que no necesitábamos estar organizados dado el contexto de la investigación y que debíamos sentirnos libres de dejar que las consideraciones clínicas estuviesen por encima de cualquier otra, yo no dejaba de sentirme muy influenciada por las sensaciones de estar siendo examinada y en competición. Esto fue especialmente así en las primeras fases de mi participación en el proyecto, mientras intentaba situarme en un contexto que me era extraño. Como yo no vivía en Londres, donde tenía lugar el estudio, veía clientes en dos locales diferentes (uno de los cuales no era acogedor ni adecuado para el trabajo clínico) en sitios opuestos y separados por la gran división que impone el Támesis, tenía que viajar en transporte público y con unos horarios incómodos. Así, pasé la primera parte del estudio resistiéndome a sentirme segura y sin un adecuado sentimiento de pertenencia. Mientras esto no parecía afectar en el trabajo con las otras parejas vistas previamente en el estudio, probablemente había muchas cosas en esta pareja que se reflejaban mi proceso: Lorna y Larry, en sus experiencias de la infancia y en los patrones de su relación mutua, se sintieron despojados de sus bienes, sin techo o sin base estable, al igual que yo.

Además, en mi deseo de mantenerlos en la terapia para el beneficio del estudio, rompí una de mis principales reglas en relación con la violencia en la terapia. Fue difícil obtener información clara sobre la violencia y, durante mucho tiempo, siempre que surgía el tema, ambos aseguraban que la violencia era mutua e insignificante. Hasta la 11ª sesión no empecé a tomar consciencia de lo serias y frecuentes que eran las palizas de Larry a Lorna. Aunque yo estaba familiarizada con este tipo de situaciones y sabía que el común acuerdo para rehuir el tema y la insistente negación de la gravedad de los ataques, significaban que la terapia no iba a poder desarrollarse convenientemente ni con éxito, persistí en ello. En aquel momento sabía que el estudio tenía dificultades para conseguir suficientes pacientes, por lo que estaba empeñada en no rendirme y esto puso de manifiesto (desde luego visto ahora “a pelota pasada”) otro aspecto del sistema de los clientes: al igual que Lorna, me volví más optimista y determinada a probar que la persistencia podría hacer que todo fuese bien.

También es interesante mencionar que este es mi trabajo más largo en el estudio (en número de sesiones) y el más amplio (en número de cartas de apoyo escritas, el contacto con otros profesionales, etc.). Había estado trabajando en otro contexto en el que aprendí que hacer “más de lo mismo” repetidas veces solía ser de muy poca utilidad; también podía haber usado el verme reflejada y el proceso paralelo como una oportunidad de entender mejor aquel sistema y así cambiar mi disposición hacia ellos, lo que, además, podía haber sido más útil para Lorna y Larry.

Idiosincrasia y excepciones

Cuando los psicoterapeutas nos reunimos informalmente, la charla a veces va sobre anécdotas que pocas veces llegan a publicarse, o especulamos sobre lo que nos atreveríamos a hacer si nos desviásemos de un manual. Ésto puede también ser útil e incluso creativo. Con las mismas intenciones confesaré una interacción “instructiva” con Rosa y Rube.

Ejemplo

Ellos fueron una excepción desde el principio, en el estudio inicialmente se había decidido un punto de corte para la edad de 65 años como límite superior. Rosa, la PI, tenía 72 años y su marido Rube tenía 92. Era una pareja judía, había vivido toda su vida en la parte de Londres del East End, en donde estaban rodeados por una comunidad familiar que les daba apoyo y estímulo. Las cosas habían empezado a ir de mal en peor cuando, después de la jubilación de Rube a los 70 años, decidieron comprar una casa para descansar al sur del río. A lo largo de los años el valor de la pensión de Rube se fue reduciendo hasta el extremo de que les era difícil visitar su vieja comunidad o proseguir con una vida social tan activa como la que habían disfrutado en el pasado; además, muchos de sus amigos, antiguos vecinos y familiares habían muerto. Se habían ido aislando cada vez más. Después de la muerte de sus dos hermanos Rosa se angustió y se deprimió ya que le quedó el sentimiento de que la muerte también la estaba esperando a su puerta. Para ambos, como para otros muchos judíos de su generación, la pérdida de familia-

res y amigos era más dramática puesto que todavía tienen presente el recuerdo del Holocausto. En la época en que los vi por primera vez cualquiera de los dos se hubiese podido incluir como PI en el proyecto, puesto que estaban embebidos de desesperanza. Su relación, que había sido de afecto, mutuo respeto y apoyo, aunque nunca demasiado apasionada, había devenido hostil y destructiva; era como si con el círculo de relaciones progresivamente reducidas, se atacasen entre ellos cada vez más, haciendo que el otro tuviese que soportar la culpa y la carga de todos los desacuerdos y enfados.

En las primeras sesiones nos centramos en los lamentos de Rosa por la muerte de sus hermanos y por el temor por su propia vida. Ella, poco a poco, adoptó una perspectiva de esta situación que le permitía estar triste sin sentir pánico. Nosotros también establecimos una relación de trabajo afectuosa y respetuosa en la que mi simpatía por ellos fue correspondida por Rube tratándome con una galantería a la antigua usanza y por Rosa llamándome “criatura”. De todas maneras, su rabia mutua, el rechazo y las recriminaciones emergían una y otra vez. Después de una sesión particularmente horrenda, en la que su batalla destructiva había aplastado una y otra vez los pequeños avances ganados con penas y trabajos, me sentí vencida por la tristeza y la angustia, por una especie de disgusto por ser miembro de la especie humana en la que unas vidas que habían sido vividas con coraje y dignidad, se podían agriar y demoler en su final por un pánico ciego: la imagen que veía era la de gente en un naufragio dándose patadas en la cara los unos a los otros en un intento desesperado de alcanzar el bote salvavidas.

En la siguiente sesión, les leí la cartilla. Hice un discurso elocuente sobre mi percepción de su situación y sobre mi propia impotencia ante su repetida destrucción de cualquier cosa buena que pudiese quedar en su relación. El discurso empezó, “Rosa y Rube, sé que soy lo suficientemente joven como para ser su hija, pero creo que debo deciros...” desde entonces mostraron una marcada mejoría que continuó durante unas pocas sesiones más y a lo largo del seguimiento. Ellos se mostraron impactados por mi discurso y dijeron que, ahora que caer en la destructividad parecía que iba a convertirse en un hábito, uno o el otro podrían frenar las futuras situaciones conflictivas diciendo: “¡Elsa se va a disgustar mucho con nosotros!” En el seguimiento de dos años, me conmovió y me complació ver que ambos estuvieran bien, juntos ¡y vivos!

Conclusión

En la terapia sistémica de pareja para la depresión, ¿Cuál es el componente crucial? ¿Hay algo particular en la depresión que la hace tratable mediante la terapia sistémica? Quizás sí: desde los tiempos de Job, la depresión ha sido útil para construir diferentes significados y causalidades. Por tanto, esta puede ser una aproximación terapéutica que se mantiene abierta a múltiples significados y es útil en la deconstrucción de un fenómeno en el que el significado dado a los síntomas se dirige a consecuencias serias y divergentes. La presencia de la pareja también es probablemente significativa, la cooperación de ellos en los temas de la terapia significa que es menos probable que el problema sea categorizado como una patología individual, y que es más probable que los cambios hechos en la sesión se instauren en la vida diaria de la pareja y la familia. ¿Se me puede perdonar la propensión a decir que un abordaje sistémico, dispuesto a recibir la retroalimentación y el constante cuestionamiento de los significados, puede ser útil en muy diversas situaciones precisamente porque se asume que cualesquiera que sean las respuestas, es más probable que estén entre los propios recursos del cliente o paciente, que en el limitado repertorio de capacidades del terapeuta?

4

Trabajando con la depresión II

Eia Asen

Antecedentes

Rosie M. es una mujer blanca de 31 años de clase media y con 25 años de historia en los servicios psiquiátricos. A los 6 años, fue remitida por su médico de cabecera a un psicólogo clínico infantil porque era “callada, lloraba todo el tiempo, estaba abatida y no tenía amigos”. Fue visitada durante seis meses un total de ocho ocasiones, primero con su madre, luego sola y una vez con su padrastro. Se dieron algunas mejorías. A los 8 años, volvió a ser remitida al psicólogo, esta vez por el colegio. Los profesores decían que estaba “callada, sola y sin amigos”. Fue valorada y explorada por un psicólogo infantil, a lo que siguió una intervención que tuvo lugar en la escuela. Rosie también recibió 6 sesiones individuales de orientación. A los 10 años, fue derivada nuevamente, esta vez por parte de sus padres, a causa de una “depresión”. Se le ofreció psicoterapia individual infantil y después de un tiempo de espera, Rosie fue atendida una vez a la semana durante 1 año. Tenía 13 años cuando sus padres contactaron con el Servicio de Consultas Infantil y Familiar, la describieron como “deprimida y muy difícil de manejar en

casa”. Se les ofreció terapia de familia, pero Rosie abandonó después de la segunda sesión. Ocho meses más tarde fue ingresada en el hospital local después de haber ingerido una sobredosis de paracetamol. El psiquiatra infantil la diagnosticó de “depresión clínica” y le recetó antidepresivos. Dos meses más tarde Rosie ingirió una segunda sobredosis, esta vez de la medicación antidepresiva prescrita. La respuesta médica fue rápida y predecible: a Rosie se le recetó un antidepresivo diferente que debía ser controlado por su madre y que se le debía administrar cada día. Sólo seis semanas después, Rosie había tomado otra sobredosis, de paracetamol en esta ocasión, y esto hizo que se la ingresara en la unidad de adolescentes. Una vez allí, tuvo una etapa completamente turbulenta: empezó a autolesionarse cortándose y se negó a ver a sus padres durante su estancia. Nueve meses más tarde, con casi 16 años, Rosie fue dada de alta. Ya no volvió a la escuela, y se fue a vivir de “ocupa”. Hizo dudosas amistades y empezó a tomar drogas. Su historial médico muestra que entre los 16 y los 18 años tomó 3 grandes sobredosis, pero que no recibió ningún tratamiento específico. A los 18 años tuvo un ingreso de 6 semanas, seguido de 3 más entre los 18 y los 26 años. Los diagnósticos dados variaron de “enfermedad depresiva” a “trastorno esquizoafectivo” pasando por “trastorno de personalidad”. Desde entonces, había visto a diferentes psiquiatras en numerosas ocasiones, con una gran variedad de antidepresivos prescritos.

El informe de derivación contenía mucha información sobre su “carrera” psiquiátrica, pero llamaba la atención la escasez de información sobre su historia personal y familiar. El derivante la valoró claramente como un “caso perdido”. Sólo de pasada se mencionaba que tenía un hijo de 7 años, Paul, fruto de una relación previa y una hija de 1 año, Lisa, habida con su actual pareja, Jack.

Comentario:

En el contexto del trabajo psiquiátrico se tiende a trabajar con los “casos” derivados, psiquiatrizándolos. El terapeuta debe respetar las estructuras asistenciales por una parte, mientras que por la otra debe evitar que le organicen su trabajo. Esto es más fácil de decir que de hacer, dado que es imposible no sentirse desesperanzado ni optimista sobre las posibilidades de tratamiento o terapia en casos como éste. Entretenerse con unas cuantas hipótesis sistémicas como se describió en el capítulo

segundo tiene, por tanto, un efecto positivamente liberador: nos permite, al menos temporalmente, salir de la tradicional visión de la depresión del paciente. En el pasado, una derivación como ésta me hubiese hecho sentir orgulloso, por el hecho de tener que esforzarme heroicamente para “curar” a esta persona y a su familia, sobre todo para demostrar la superioridad del abordaje sistémico. Sin embargo, después de una larga experiencia a lo largo de los años, he aprendido a evitar forzar la entrada de este tipo de clientes con sus parejas en terapia. En su lugar, pensé que mis esfuerzos terapéuticos difícilmente iban a cambiar una historia de 26 años de búsqueda de ayuda y de respuestas de la psiquiatría. En consecuencia me planteé unos objetivos mucho más modestos: introducir algún nuevo pensamiento sobre la depresión implicando al cónyuge en esta exploración con la esperanza de que ello pudiese modificar los síntomas depresivos.

Guión de las sesiones

Sesión 1: Respetar la depresión del paciente

Jack fue el primero en hablar. Sostenía que estaba “a punto de dejar a Rosie porque siempre estaba mal”. Dijo que no quería venir a la clínica porque “esto es su problema..., no es mi culpa..., ella estuvo deprimida mucho tiempo antes de que viviésemos juntos”. Rosie confirmaba lo que decía Jack: “No creo que sea justo para él..., realmente lo ha intentado mucho..., yo tengo esta depresión, la he tenido durante años, parece que no puedo deshacerme de ella. Y ahora esto causa todas nuestras peleas, nosotros no discutiríamos si yo no estuviese deprimida”. El terapeuta preguntó a Rosie sobre su depresión, cuánto empezó, cómo progresó, etc. y se aseguró que Jack estuviese escuchando de forma activa la historia de la depresión de Rosie preguntándole constantemente (“¿Es esto nuevo para ti? ¿Lo sabías?”) y preguntando a Rosie, de vez en cuando: “¿Cuándo le habías dicho esto a Jack por primera vez? ¿Cuál era su respuesta cuando tú le hablabas sobre tu depresión?”. Esto llevó a una discusión espontánea entre ellos dos, con Rosie acusando a Jack de “no escuchar nunca” lo que ella decía y Jack contestando que ella “nunca paraba de hablar de su pasado”. “Sólo porque tú nunca escuchas”, le respondió

Rosie. En este punto, Jack se inquietó, se levantó y cogió su chaqueta, dispuesto a dejar el consultorio. El terapeuta agradeció a Jack que hubiese venido con Rosie y le preguntó si se podía quedar sólo unos pocos minutos más porque “es útil tener a alguien más de la familia presente para ayudar. Nosotros sabemos que si una persona está deprimida, ello afecta al cónyuge a los hijos, y también sabemos que sus respuestas afectan a la persona deprimida. Por esto sería útil oír de ti, Jack, cómo es la depresión de Rosie y cómo esto te afecta a ti y a otras personas”. Entonces Jack lanzó un monólogo auto-compasivo altamente crítico contra Rosie. El terapeuta le interrumpía ocasionalmente para preguntarle “y si ella hace esto..., ¿tú qué haces?...”, y cómo responde ella a eso?”. También hacía entrar a Rosie pidiéndole de vez en cuando que comentase lo que Jack había dicho. El terapeuta no animó a ninguno de ellos a discutir directamente sus diferentes puntos de vista, y durante el resto de la sesión, intentó apaciguar cualquier conflicto emergente entre ellos dos. Al final de la primera sesión, el terapeuta manifestó que había sido útil ver sus diferentes perspectivas y que habría más oportunidades en la siguiente sesión para que cada uno de ellos aclarase sus respectivas posiciones. Finalizó la sesión diciendo: “Por tanto yo les recomiendo que no discutan más lo que han hablado hoy aquí hasta la próxima vez que nos reunamos”.

Comentario:

Rosie había sido definida, y probablemente se definía a sí misma, como una “depresiva” y con “status de paciente”. El terapeuta asumió que no sólo ella sino también Jack se habría resistido a cualquier intento de presentar su relación como “el problema”. De hecho, Jack hizo interminables intentos de asegurar al terapeuta que no era el culpable. A pesar de estar tentado de hacerlo, de forma deliberada el terapeuta no desafió la definición y el foco del problema aparente de la pareja. Cuando las diferencias entre los dos se hicieron más visibles, y particularmente cuando Jack pareció “poner a prueba” el escenario terapéutico (e implícitamente la posición del terapeuta) comportándose como si fuese a abandonar la sala, el terapeuta consideró necesario estabilizar temporalmente la situación confirmando sus roles establecidos, Rosie como paciente y Jack como el “sufrido” cónyuge de una paciente depresiva. Parecía que ambos se sentían más tranquilos aparentemente unidos por el terapeuta mediante este “acuerdo”. El comentario del terapeuta al final

de la sesión estaba pensado para indicarles que podía haber problemas si los conflictos desenterrados en la sesión aparecían en la vida cotidiana.

Sesión 2: El cónyuge como informador

Jack fue otra vez el primero en hablar. Dijo que no habían discutido durante la semana previa y que Rosie había estado “muy deprimida”. Rosie, en silencio, inclinó su cabeza mientras Jack continuaba hablando. El terapeuta invitó a Jack a decir más sobre la depresión de Rosie, sus orígenes, fluctuaciones, sus teorías sobre la naturaleza de la depresión. Jack habló sobre lo que él llamó “la historia familiar de la depresión” en la familia de Rosie. Parecía estar muy informado sobre su educación y nombró incluso algunos miembros remotos de la familia extensa, sus síntomas médicos y sus enfermedades. Durante la primera mitad de la sesión, Rosie escuchó casi impasible. El terapeuta le preguntaba a ella de vez en cuando si quería añadir algo, y ella dio detalles específicos sobre sus auto-lesiones, ingresos en hospitales, los efectos secundarios y la ineficacia de todos los diferentes antidepresivos que le habían sido prescritos. Cuando se le preguntó cuál de las muchas diferentes teorías de Jack con respecto a su depresión encontraba más adecuada dijo: “Esto tiene que ver conmigo y con mis relaciones..., muchos años atrás, y ahora..., y yo no quiero que mis hijos crezcan como yo”.

Terapeuta (T): “¿Qué tendría que ser diferente para tus hijos, para vivir sin depresión?”

Rosie: “Si mis padres se hubieran llevado bien, al menos habría sido un comienzo...”

T: (cautelosamente) “¿Es igual o diferente para tus hijos?”

Jack: “Nosotros no nos llevamos bien la mayor parte de tiempo”.

T: “¿Y esto es por la depresión?”

Jack: “La depresión no ayuda. Pero hay otras muchas cosas”.

T: “Quizás vosotros queréis hablar de ello en algún momento, pero os quiero recordar que estáis aquí por la depresión de Rosie, y no os quiero preguntar mucho sobre vuestras relaciones...”

Jack: “A mí no me importa... puede que todo esté relacionado”.

Rosie: “Doctor, ¿usted cree que mi depresión se podrá curar?”

Jack: “No estamos hablando de tu depresión ahora, estamos hablando de nosotros”.

T: “Bien, os dejaré decidir a vosotros cuánto queréis discutir sobre vuestra relación al venir aquí. Ambos tenéis que decirme cuándo queréis hacerlo y cuándo pensáis que es inapropiado. Entre tanto, os sugiero que durante el curso de la siguiente semana tú, Jack, realmente te fijes en la depresión de Rosie. Mira cómo varia, porque la depresión nunca está igual, se mueve. Quizás podrías hacer un diario sobre cómo cambia de una día a otro y registrarlo y así, la próxima vez, podremos estudiar más la depresión. Quizás tú, Rosie, deberías tomar tus propias notas, quizás veas que cosas mejoran o empeoran la depresión. Incluso puedes evaluarlo, como si le dices una nota...”.

Comentario:

Sólo cuando la pareja está preparada y da permiso explícito para abordar su forma de relacionarse es cuando el terapeuta empezará el trabajo con ellos. En esta sesión, el terapeuta aceptó la posición de “paciente que sufre de depresión” de uno de los cónyuges, al menos a un nivel. En otro nivel, él preguntó usando una estructura interaccional, comportándose como si viese a la pareja como “informante” (informando sobre el familiar, en la forma tradicional de la psiquiatría a la antigua usanza) de esta forma aumentaba las probabilidades de ser aceptado por la pareja en esta fase de la terapia, aquí el terapeuta tenía que ser particularmente sensible a la retroalimentación. Así Rosie se mostró más reacia a implicar a su pareja en la definición del problema, posiblemente protegiéndolo. A diferencia de la entrevista psiquiátrica tradicional donde el “informante” es entrevistado separadamente del “paciente”, este contexto les incluye a ambos, que no podrán por menos que responder a lo que el otro dice. El foco de la tarea inter-sesión está en la depresión como si estuviese “externalizada”, con sus fluctuaciones monitorizadas y las incidencias contextuales anotadas.

Sesión 3: Progresando de informante a colaborador

Ambos cónyuges llegaron a la sesión provistos de sus diarios sobre la depresión de las semanas anteriores. El terapeuta mostró su sorpresa por que ambos hubiesen traído la tarea, preguntándose en voz alta si quizás

habían pensado que sin los “deberes” el “maestro-terapeuta” se hubiese enfadado. Esto imprimió un tono de juego a la sesión. El terapeuta preguntó a Rosie que era lo que podía haber anotado Jack, y ella especuló. A Jack se le pidió que no le replicara inmediatamente. Rosie continuó imaginando cómo su pareja había visto fluctuar su depresión durante las semanas previas y particularmente los momentos cuando ella se imaginaba que él pensaba que estaba menos deprimida. El terapeuta preguntó: “¿Y si Jack hubiese pensado que tú estabas menos deprimida, entonces, habría actuado bien o no?” Rosie sonrió y replicó “no”. El terapeuta le pidió a Jack que respondiera a lo que había dicho Rosie, y ellos empezaron a comparar las anotaciones, comprobando las ideas de él sobre la depresión y las ideas de ella sobre cómo él trataba lo que ellos denominaban “depresión”. Más tarde en la sesión, el terapeuta preguntó a Jack si él creía que algo de lo que hubiera hecho pudiera tener un efecto positivo en el humor de Rosie. Él hizo una pausa y dio dos ejemplos. Rosie rápidamente añadió otro. El terapeuta entonces preguntó a Jack si había algo que de forma intencionada o no pudiese hacer para empeorar su humor. Jack hizo una pausa y contestó: “¿No estarás sugiriendo que yo estoy causando su depresión, verdad?”.

T: (Volviéndose hacia Rosie): “¿Cuál es tu respuesta a la cuestión de Jack?”.

Rosie: “No, él no está causándola, pero hay cosas que él podía no hacer para que mi depresión no fuese a peor...”.

T: “¿Quieres preguntarle a Rosie cuáles son?”.

Jack: “Creo que lo sé de todos modos...”.

Los dos empezaron a hablar sobre cómo se afectaban el uno al otro, examinando los efectos de la depresión de ella en él, sus respuestas a los síntomas y cómo esto podía ser mejor o peor en función de lo que él hiciese o no.

Comentario:

En esta sesión hay un cambio en la idea de que la depresión sólo pertenecía a Rosie, implicándose a Jack progresivamente más. El uso de preguntas hipotéticas circulares ayudó a explorar esta área. Cuando se da un cambio así, los terapeutas sistémicos se sienten triunfantes: la terapia parece estar funcionando, y se han echado los cimientos para ver la depresión en su contexto. De aquí en adelante, parecería que la terapia

sistémica se despliega como se hace en la mayoría de los casos, sin tener en cuenta la presentación inicial del problema. En este sentido, la terapia que sigue no es específica de depresión:

Sesión 4: La depresión como consecuencia de la relación de pareja

Esta vez Rosie comenzó la sesión describiendo los altibajos de su depresión durante las semanas anteriores y cómo ellos habían empezado a hablar sobre la relación que esto podía tener con la manera en la que él le respondía. Jack dijo que había encontrado algunas cosas que él podía hacer para animarla. Rosie respondió preguntando a Jack por qué, si él sabía qué podía hacer, cómo no lo había puesto en práctica, y añadió: “Lo encuentro muy deprimente”.

Jack: “¿Tú me encuentras deprimente?”

Rosie: “Sí”.

T: “Quizás los dos necesitáis discutir qué es lo que cada uno encuentra deprimente”.

Esto les permitió hablar sobre asuntos concretos de la relación, como las discusiones “típicas” que tenían cada domingo sobre si salir con la familia o no, cuándo hacer visitas a los suegros, cuánto dinero gastar y en qué, etc.

T: “Si tuvieseis que escoger uno de estos asuntos para hablar sobre cómo hacer las cosas menos ‘depresivas’, ¿cuál de ellos escogería cada uno?”

Después de alguna discusión, acordaron hablar sobre la salida del próximo fin de semana. Pronto se convirtió en una pelea a gritos. Jack se volvió hacia el terapeuta y dijo que Rosie sólo estaba discutiendo porque estaba deprimida.

T: (Dirigiéndose a Rosie) “¿Ahora mismo estás deprimida o enfadada?”

Rosie: “No lo sé”.

T (A Jack): “¿Cómo sabes cuándo está trastornada? ¿Cómo sabes cuando está enfadada o deprimida?”

Jack estaba perplejo. Rosie no decía nada. Esto permitió una exploración muy abierta de cómo cada uno de ellos usaba la “depresión” como excusa para no hacer nada diferente.

Comentario:

Mientras aún se haga uso de la palabra “deprimido”, ésta se transforma gradualmente en un concepto compartido, denotando no necesariamente enfermedad sino maneras de interactuar de ambos cónyuges. La representación que se les propuso creó tensión, con el resultado de que los dos se centraron en asuntos concretos de la relación. ¿Hay en esta sesión alguna cosa específica para el tratamiento de la depresión? Mi respuesta es categórica: “no”. Ahora estamos haciendo terapia sistémica en donde hay una persona que es calificada de “deprimida”, pero en la que los asuntos de interacción se devienen el foco principal.

Sesión 5: Charla sobre las discusiones en lugar de la depresión

Tanto Rosie como Jack parecían desdichados. Habían pasado una semana horrible. La salida había sido un fracaso total, con Jack diciendo que él había estado “demasiado deprimido” para aguantar tener que ir al zoo. Añadió que Rosie no había estado particularmente deprimida, “sólo muy irritable..., como yo..., a veces sólo estamos enfadados”. Habían discutido mucho sobre temas triviales. El terapeuta les preguntó a cada uno cómo podían diferenciar entre “estar irritados”, “estar enfadados” y “estar deprimidos”.

T: “¿Cuál es la típica situación en la que tú piensas que él está enfadado? ¿Cómo sabrías que él no está deprimido? ¿Y cómo sabes que ella está irritada y no deprimida? ¿Tus respuestas serían diferentes?”.

Ambos cónyuges empezaron a examinar sus propias respuestas y las del otro y tuvieron una conversación reflexiva sin discutir. El terapeuta sugirió que podían mantener la tarea del diario hasta la semana siguiente para recoger y calificar sus propios comportamientos y los del otro en tres categorías: “irritación”, “enfado” y “depresión”.

Comentario:

La desconstrucción gradual de la idea de depresión tuvo el efecto de hacer re-examinar a cada cónyuge los comportamientos e interacciones familiares usando una referencia diferente. Se ha escrito mucho sobre la relación entre depresión y enfado contenido, y existe un “prejuicio”,

igualmente compartido por clientes y terapeutas, que si la gente se pudiera enfadar, estarían menos deprimidos. No suscribo este prejuicio: el termino “depresión” tiene muchos significados diferentes para la misma persona en entornos diferentes. Puede ser “conveniente” temporalmente para el terapeuta etiquetar un comportamiento depresivo como “de enfado”, sólo para provocar en la persona o en la pareja que use un marco diferente. Sin embargo, si un terapeuta cree de hecho que la “depresión es enfado contenido o reprimido”, esta convicción puede llevar al terapeuta a pedir al cliente que exprese su enfado, con la esperanza de que el cliente pueda por tanto eliminarlo y estar menos deprimido. Este modelo hidráulico de cambio no encaja fácilmente con la estructura de trabajo sistémico. La tarea del terapeuta sistémico es llevar al cliente y a su pareja a cuestionar sus formas habituales de ver las cosas, induciendo así a una reflexión que permita examinar los “síntomas” con toda una variedad de contextos, y así crear una serie completa de nuevos significados que dan forma a la interacción y al comportamiento.

Sesión 6: Reencuadrar la depresión como una “estrategia conveniente”

Rosie y Jack hablaron sobre como el proceso de observar les había hecho conscientes que “para vivir había otras cosas además de la depresión”. Rosie dijo que ella mirando atrás, a menudo, escondía su rabia tras de la “cómoda excusa” de “Hoy estoy deprimida”, “Ello me sacaba de situaciones difíciles”. A la pregunta del terapeuta de si él encontraba a veces la depresión de Rose “cómoda”, Jack respondió: “Supongo, es una opción fácil... Entonces puedo culpar a esta cosa llamada “depresión” que está casi fuera del control de Rosie... Encontraría más difícil criticarla por sus cosas que no me gustan... y no creo que a ella le gustase”. Los dos hablaron entonces sobre lo que representaba ser constantemente criticada. Rosie habló sobre lo que, en su infancia, había significado tener unos padres muy críticos: “Nada de lo que hacía estaba bien”.

T: “¿Crees que estar deprimida te salva de ser criticada?”

Rosie: “Nunca lo había pensado así... Supongo que cuando me deprimí por primera vez, ellos fueron mucho más amables... me trataban como si estuviese enferma...”

Ella reconoció que esto podía haber sido una dinámica importante, pero añadió: “Creo que mis padres estuvieron realmente alimen-

tándomelo durante un tiempo..., y luego ya no pude dejar de estar deprimida”.

Jack: “Recuerdo cuando los dos nos encontramos por primera vez... Te encontré muy vulnerable... No me atrevía a decirte nada que pudiera enfadarte”.

Rosie (Aparentemente emocionada): “¿Quieres decir que te sentías controlado por mí o por lo que pensabas era mi depresión?”.

El resto de la sesión transcurrió haciendo especulaciones sobre los efectos que podría tener a corto plazo dejar de “permitirse” usar la depresión como escudo, ¿heriría demasiado la “verdad”? ¿cómo podrían ambos encontrar la forma de ser abiertos sin ser demasiado críticos?

Comentario:

Aquí se están estableciendo las conexiones entre el “problema presente” y los asuntos del pasado. Desde luego, enmarcar la depresión como una “estrategia” más que como una enfermedad podría decirse que es una estrategia en toda regla: asignando un propósito a lo que se podía definir como una enfermedad “que está afectando” a una paciente (o, a su cerebro) es una forma diferente de presentar de un marco de significados dirigido a perturbar la forma habitual de ver las cosas de esta pareja.

Sesiones 7 a 10: Revelación del abuso

Jack parecía particularmente enfadado cuando la pareja llegó a la siguiente sesión: “Hemos tenido una semana terrible... La prefiero deprimida”.

Jack entonces relató cómo él había empezado a recordar su propia infancia, con sus padres peleándose constantemente delante de los niños, “mi madre siempre reñía a mi padre”. Él dijo que entonces decidió no casarse nunca, o de hacerlo, casarse con una mujer que no quisiera peleas.

T: “Así, ¿tú crees que la depresión de Rosie es el precio que tenéis que pagar para que haya paz doméstica?”.

Jack: “Si se le puede llamar paz”.

El terapeuta le pidió a Rosie entonces que averiguase más sobre la infancia de Jack, su adolescencia y las expectativas que él tenía sobre su

nueva familia. Rosie dijo que ellos nunca habían hablado de eso y Jack contestó que Rosie siempre había querido hablar de su propio pasado y de su vida tan difícil. Esto fue señalado por el terapeuta como una posible maniobra protectora por parte de Rosie, proteger a Jack de estar triste por su propia vida.

En este punto el terapeuta animó a Rosie a simular que ella era la psicóloga de Jack, permitiéndole hablar de las dificultades de su vida. Jack se resistió al principio, pero con la ayuda de su cónyuge, poco a poco, reveló una infancia caracterizada por los abusos físicos por parte de su padre y por el descuido emocional en general de ambos progenitores. Lloró durante su relato y durante las dos sesiones siguientes y dijo que estaba sorprendido de ver a Rosie “tan fuerte y positiva”.

Comentario:

Ahora el foco está centrado el cónyuge “no sintomático”, con el “paciente” situado deliberadamente en el rol de “terapeuta”. Esto no se hizo de una forma forzada, sino que ocurrió lentamente, a lo largo de bastantes sesiones. Jack fue mostrando sus vulnerabilidades cuando el contexto terapéutico lo permitió. La terapia a menudo toma rumbos inesperados (inesperados tanto para los clientes como para los terapeutas), de forma que una persona inicialmente definida como “fuerte”, “poderosa” o “competente” puede durante el curso del trabajo sistémico parecer que se comporta de un modo opuesto. Verse el uno al otro comportándose de forma diferente perturba los aparentes pactos que han convenido a la relación de pareja y puede producir lágrimas en momentos inesperados. ¿Es este curso de acontecimientos específico del trabajo en la depresión? ¡Desde luego que no! En este momento del proceso terapéutico, los problemas presentados parecen irrelevantes. Los terapeutas con experiencia habrán visto sesiones como ésta con parejas y familias que presentan anorexia, ansiedad, violencia o abuso.

Sesión 11: Dirigiendo la distancia en la relación de pareja

Rosie empezó esta sesión diciendo “algo pasó en mi infancia que me ha hecho sentirme distante”. Era incapaz de decir qué era ese “algo”. Jack se lo respetó y le remarcó que a menudo “había mucha distancia entre

tú y yo”. Hablaron sobre sus relaciones sexuales y de los “altibajos” que habían tenido. Ambos, algo incómodos, cambiaron de tema y empezaron a hablar de los hijos. Rosie expresó preocupación sobre cómo todo eso podía afectar a su hijo. Se acordó que lo traerían en una próxima sesión.

Comentario:

En esta sesión, el término “depresión” no fue mencionado por ninguno de los cónyuges. Los asuntos referentes a su relación sexual fueron tratados superficialmente, pero el terapeuta no quiso profundizar ya que Jack y Rosie parecían incómodos. El terapeuta estuvo de acuerdo con la decisión de traer al hijo a la siguiente sesión, posiblemente como una maniobra para regular la distancia. ¿Qué rol y lugar tienen las otras personas significativas en una actividad como la “terapia de pareja”? En mi opinión, los otros miembros de la familia (u otras relaciones importantes) están casi siempre presentes en las sesiones, incluso cuando están físicamente ausentes. En algunas etapas durante la terapia, su presencia (no física) puede ser tan intensa como para que plantee la posibilidad de invitarlos a participar en una sesión en el futuro. Esto no es una prescripción o una instrucción, sino que es generalmente introducido como una pregunta: “¿Cuáles serían las ventajas y las desventajas de tener a X persona aquí la próxima vez?, ¿Qué asuntos les ayudaría a arreglar y cuáles no?”. Esto induce un proceso de reflexión, dando el mensaje de que el sistema terapéutico está “abierto” (Jenkins & Asen, 1992), así que los otros familiares significativos pueden aceptar la invitación de los clientes. En alrededor de un quinto de las parejas que vi durante el proyecto, otros miembros de la familia se unieron durante dos sesiones: hijos, padres, abuelos y tías.

Sesión 12: Madre e hijo

Jack había decidido, consultándolo con Rosie, que esta sesión sería “sólo para madre e hijo”. Paul, que parecía un chico brillante, tomó asiento lo más lejos posible de su madre. Rosie describió lo “distante” que era su hijo y que él nunca quería estar cerca de ella, ni sentarse en mi falda.

T: “¿Cuándo fue la última vez que te sentaste en la falda de tu madre?”

Rosie: “Él nunca quiere sentarse en mi falda”.

Paul: “Ella no quiere”.

Rosie: “Tú nunca me lo pides...”.

T: “¿Qué pasaría si le pidieras que se sentara ahora en tu falda?”

Paul: “Mira su cara...”.

T: “¿Qué te dice su cara?”

Paul: “Que no le gusta”.

Rosie: “¿Quieres sentarte en mi falda?”

Paul: (Con una gran sonrisa) “Sí”.

Entonces, Paul caminó hacia su madre, la abrazó y se sentó en su falda. Rosie parecía violenta y durante los siguientes quince minutos, su hijo y ella experimentaron una confortable intimidad. Rosie dijo que había vivido este deseo de intimidad de su hijo como algo abrumador. Estaba apunto de llorar. Paul, pendiente de su angustia, trató de consolarla. Entonces Rosie pidió ver al terapeuta a solas. Rompió a llorar y a sollozar desconsoladamente durante unos minutos. Luego habló sobre Paul, él tenía la misma edad que ella cuando “todo esto comenzó”. No podía o no quería decir lo que era “esto”. Luego habló sobre la necesidad de intimidad de Paul, de la misma manera en que ella lo había deseado de su propia madre. Habló de cómo su madre había sido incapaz de mostrarse cercana física y emocionalmente con ella y de cómo ella se sentía por no haber sido capaz de confiar en ella.

Comentario:

En esta sesión Rosie se hizo consciente de cómo las dificultades en las distancias en sus relaciones actuales estaban relacionadas con su experiencia pasada y afectaban al presente. Paul la ayudó a darse cuenta de ello, actuando casi como un “co-terapeuta”, ayudando a su madre a hacer una primera conexión entre pasado y presente. Está claro que hay algunos problemas éticos al usar a un chico para ayudar a su madre. Es responsabilidad del terapeuta proteger a Paul de ser maltratado en nombre de la terapia. Sin embargo, experimentar la intimidad con su madre pareció ser una nueva (u olvidada) vivencia emocional que, como más tarde descubrí, constituyó un paso significativo en la reconstrucción de su relación. No obstante me planteé usar esta sesión para

progresar el trabajo de la relación de pareja, esperando que Rosie le explicase a Jack lo que había sucedido y que esto tuviese alguna repercusión en su relación.

Sesión 13: Regulando las distancias

Rosie empezó la sesión describiendo cómo le había contado a Jack lo que había ocurrido en el encuentro anterior, con su hijo. Había estado muy inquieta y le explicó muchas cosas a Jack sobre cómo se sentía cuando tenía la edad de Paul, con una madre tan distante y un padrastro haciendo insinuaciones inapropiadas: “Me quedaba helada”. Sentir a su hijo sentándose en su falda creó un conjunto de sentimientos encontrados: Le hacía sentirse “rastrera” y al mismo tiempo le hacía sentirse muy cercana y cálida hacia su hijo, deseando abrazarlo. Dijo que había llorado todos los días durante la última quincena, “pero no estoy deprimida..., sólo es que me siento triste por lo que no le he dado a mi hijo..., y por lo que me sucedió”. Luego Jack y Rosie hablaron sobre su propia relación, la distancia entre ellos, cómo podría haber un acercamiento “seguro” y de sus miedos y esperanzas sobre el futuro de su relación.

Sesiones 14-15: Conexión de patrones con el presente y el futuro

En estas sesiones, ambos cónyuges discutieron las expectativas que cada uno había aportado a la relación y cómo éstas se basaban en sus experiencias individuales en sus familias de origen. Rosie trajo a su madre a la sesión 15 porque sentía que esto podría clarificar asuntos del pasado: “Quizás yo pueda ser una madre mejor si entiendo lo que hizo mi madre...”.

Sesión 16: Prevención de recaídas

A las treinta semanas de tratamiento, la pareja pidió unas “vacaciones” de terapia. Sin embargo, querían tener la seguridad de poder volver si fuese necesario. Así contactaron dos meses más tarde, diciendo que las cosas estaban bien, pero que querían saber cómo prevenir una recaída de ambos en la depresión de Rosie y cómo mantener la calidad

de sus relaciones. Esta sesión tuvo lugar un poco antes del límite de los nueve meses de la terapia.

* * *

Rosie no tenía ningún signo ni síntoma de depresión al final de la terapia, ni durante los dos años de seguimiento. En total, habían asistido a dieciséis sesiones, trece de las cuales había sido sólo con la pareja, una con Rosie, Jack y los dos niños, una con Rosie y su madre, y otra con Rosie y su hijo.

Comentario:

La depresión, a quién Rosie parecía estar pegada o incluso casada, un elemento tan destacado en la vida de esa mujer, era al principio el objeto de esta terapia. Al principio el trabajo terapéutico fue muy respetuoso con esta pareja de casi toda la vida: la depresión. Sin embargo, durante las sesiones subsiguientes su otro cónyuge, Jack, fue sacando gradualmente de su sitio a su rival, desmontando la depresión poco a poco, hasta el punto en que la “depresión” perdió su papel en la vida de la pareja. Las primeras sesiones estuvieron muy centradas en la depresión, pero el trabajo terapéutico se fue incrementando hasta parecerse mucho a otras muchas parejas o familias, sin tomar en consideración la presentación inicial. En una etapa más tardía el sistema terapéutico se amplió y se atendió a otros miembros de la familia. La última fase de la terapia consistió en la “prevención de recaídas”, un término prestado del trabajo con pacientes “enfermos” en el contexto médico. Este término fue usado realmente con Rosie y Jack, quienes parecían ser capaces de relacionarlo consigo mismos. Puede ser apropiado hacer uso del término “prevención de recaídas” cuando se trabaja con personas que han estado “sobreepuestas” a la asistencia médica o que se ven a sí mismos como “pacientes” que sufren una “enfermedad” diagnosticada. Este es el precio de la importancia de la enfermedad y sus síntomas asociados, y de lo difícil que es dejar lo que se ha convertido en parte de la identidad de uno, mientras está siendo constantemente reforzado por la asistencia médica y por la familia.

5

Temas y variaciones

Mientras participábamos en el estudio, durante el período de trabajo directo con parejas y cuando teníamos acceso a los resultados, nos encontramos atascados por un número de temas que parecían de particular significación en el trabajo con este grupo de clientes en unas circunstancias tan particulares. Algunos de estos temas, son de interés general para el trabajo sistémico o en todo trabajo con parejas; algunos son quizás más relevantes para el contexto concreto de este trabajo. En este capítulo trataremos los temas que fueron de relevancia para nosotros dos; otros temas se exponen en los capítulos de clínica individual (capítulo tres y cuatro). Algunos de estos temas son de tipo clínico, mientras que otros están más relacionados con la experiencia.

El trabajo con el compromiso de los cónyuges

Eia Asen

Trabajar en un contexto público calificado como “psiquiátrico” implica derivantes diferentes a los que uno tendría, por ejemplo en un

contexto privado que se anuncie como “Terapia de Familia”, “Consulta Sistémica” o similares. Desde luego esto orienta mucho a los derivantes. Mientras que, en el marco de la psiquiatría pública, algunos de los derivantes desean que sus pacientes (así es como les denominan) reciban una terapia de pareja o de familia además de otras formas de tratamiento. Por lo menos la mitad de estos pacientes tienen suerte si llegan a sus primeras citas por sí mismos. Las razones de ello son diversas: poca preparación para este tipo de trabajo por parte de los derivantes, un deseo de retener el estatus de “paciente”, miedo de someterse a una “nueva” terapia desconocida, etc. Trabajar en este contexto me ha enseñado a componérmelas con lo que salga y a respetar el poder de la “enfermedad”, el del diagnóstico y el de la construcción que se ha hecho de ello la persona presentada como “paciente”. Esto implica que el terapeuta debe comportarse como si ningún otro miembro de la familia fuese un recurso potencial para ayudar en el tratamiento del paciente, de aquí vendría el término terapia con “asistencia del cónyuge” o con “asistencia de la familia”, o cuando la orientación es más médica, “tratamiento”. De esta manera estoy acostumbrado a los procesos de derivación y al problema de las definiciones de los pacientes con depresión o, de forma más correcta, “individuos diagnosticados por psiquiatras como pacientes de depresión clínica” e “individuos que han recibido tal etiqueta”. Sabía que la mayor parte del trabajo inicial tenía que centrarse en el reclutamiento del cónyuge y en mantenerlo en el tratamiento. Después casi todas mis sesiones iniciales se centraron en los síntomas de la depresión, respetando al cónyuge como un informante y una ayuda potencial. El resultado fue que ninguno de los cónyuges (y pacientes designados) abandonaron el tratamiento. Se recurrió al contacto telefónico con las parejas cuando se habían saltado las citas.

El protocolo de la investigación estipuló que los tratamientos tenían que ser “puros”: los pacientes que recibían terapia de pareja no podían tomar medicación. A los médicos de cabecera o de medicina general se les pidió que pusieran avisos en las anotaciones de las historias clínicas de sus pacientes para asegurarse de que no se les recetaría medicación o, en caso de ser necesaria la medicación, ser excluidos del protocolo. Los terapeutas también fueron puestos al corriente de ello. Finalmente ninguno de los pacientes del grupo de terapia de pareja recibió ninguna medicación psicotrópica.

De todas maneras, en la práctica habitual de psicoterapia, los clientes pueden tomar medicación mientras están en terapia. Se puede mantener la mente abierta y una posición neutral respecto a esta cuestión mientras se invita al cliente a especular sobre las ventajas y desventajas de seguir con la medicación o dejarla.

La historia del caso que presento en el capítulo cuatro es una ilustración típica del trabajo que he hecho con este grupo de pacientes y sus parejas. De forma deliberada uso la vieja expresión “paciente”: el contexto del estudio, el contexto del hospital, el énfasis del diagnóstico y sus procedimientos, todo ello me hace respetar a la persona que viene “con” depresión (o acompañada por la depresión) a la primera sesión. El cónyuge era a menudo un compañero reacio y eso significaba tener que maniobrar muy lentamente para crear un ambiente en el que el cónyuge se convirtiese en “cónyuge de la depresión”. Hay que decir que algunos de los pacientes deprimidos presentaban, desde la primera sesión, su relación de pareja como la principal razón para la depresión y, si el cónyuge coincidía en esta opinión, el trabajo tradicional sistémico podía iniciarse de inmediato, permitiendo al terapeuta ser menos “respetuoso” con los síntomas presentados y su pretendida “posición”.

En este ejemplo, la “depresión” desempeñaba un papel muy importante en la vida de Rosie, una idea reforzada durante muchos años por el sistema médico. Parecía que ella misma se había aferrado a ello: esto se había convertido en parte de su identidad. En cierta forma, la paciente era La Depresión. Parecía que sólo tomando a este “paciente” en serio, sería posible desafiar poco a poco su poder, dejando en otro nivel el trabajo de deconstrucción y de construcción de la relación. Mientras que en las primeras sesiones apareció la depresión específica, desde la sesión 4 ó 5 en adelante el trabajo terapéutico se pareció mucho al que se hace con muchas parejas o familias, sin tomar en consideración el motivo inicial. El término “prevención de recaídas”, prestado (en vista del contexto del proyecto de investigación) del marco médico, puede ser apropiado en el trabajo con pacientes medicados, sin perder nunca de vista la “enfermedad” o el “síntoma”, respetando lo difícil que es soltar algo que se ha convertido en parte de la propia identidad y siendo reforzado constantemente por el sistema médico y por la familia.

Elsa Jones

Me incorporé a este proyecto después de un periodo de nueve años de trabajo en un instituto especializado en familias en el sector del voluntariado, al que los clientes venían auto-derivados. Éstos a menudo lo hacían así a sugerencia de otros profesionales y, muchos de ellos, tenían un miembro de la familia con un diagnóstico psiquiátrico o médico/psicosomático. No obstante, se mantenían en una posición de “cliente” en parte porque proponíamos a colegas nuestros que les animasen a auto-derivarse. Nuestra práctica consistía en tener algunas charlas, o en escribirnos con ellos, para negociar la asistencia a la primera sesión de los miembros de la familia que considerábamos oportuno, mantuve esta práctica aquí. La mayoría de las veces, ambos miembros de la pareja asistieron a la primera sesión.

En el caso presentado, el de Kathy y Ken en el capítulo tres, he expuesto mi actitud en una situación donde la PI se presentó sola a la primera sesión y el cónyuge llegó mucho más tarde. Éste es generalmente una forma de mostrarse flexible a la hora de aceptar lo que hay, mientras que no se arriesgue la imparcialidad en el trabajo futuro por haber permitido dar más información a uno por la ausencia del otro.

Por ejemplo, trabajando con Derek y Dawn, Derek (el PI) se presentó sólo a la primera sesión, diciendo que Dawn tenía intención de participar en el trabajo terapéutico, pero que estaba muy enfadada con él por una pelea que habían tenido la noche antes. Por tanto, ella había querido que él fuera solo a la primera sesión. Visto retrospectivamente, sospecho que esto era para probar su compromiso de cambio. Con este trato, la llamé por teléfono durante la primera sesión para empezar el proceso de vinculación, para oír brevemente su posición y así comunicarle mi intención de escuchar los dos puntos de vista; el resto de la sesión estuvo dedicado a escuchar a Derek con la misma atención con la que lo había hecho en el caso de Kathy.

Como Eia, intento respetar el significado y el peso de la etiqueta “enfermedad”, incluyendo mantenerme neutral e imparcial respecto al uso o la retirada de la medicación psicotrópica. Esta postura deriva en parte del interés sistémico en el significado de las construcciones y de las atribuciones de los clientes, y de otra parte de la experiencia de años de trabajo en contextos psiquiátricos en los que una llega a ser muy consciente de que el discurso sobre la enfermedad y la participación de

muchos profesionales de la salud mental constituyen, junto con el PI y sus relaciones significativas, el sistema relevante que ha de ser tenido en cuenta mientras se trabaja, incluso cuando no es posible, o conveniente, tener todo este sistema en la consulta (Jones, 1987). Como se indicó en el capítulo tres, las parejas incluidas en el estudio presentaban un tipo diferente de implicación del tema “pareja” en relación a la depresión, pero la mayoría tenía historias psiquiátricas significativas y de larga evolución. Como en todo trabajo sistémico, la tarea del terapeuta consiste en entender cómo los clientes construyen sus vidas respecto a sus recursos y valores, tanto como respecto a sus dificultades, de modo que el trabajo resultante con ellos consistirá en conducir los esfuerzos hacia una resolución en términos que tengan sentido para ellos.

La cuestión de los abandonos se tratará después en este capítulo.

La construcción social de la depresión

Elsa Jones

Como ya he dicho en otros escritos (Jones, 1994), “un abordaje que se precie de tener ‘ideas contextuales’ no puede continuar ignorando los contextos de género, pobreza, injusticia y poder” mientras busca formas de tratar la depresión. Los titulares actuales en los periódicos declaran que “la depresión es la segunda mayor asesina de Occidente” mientras se publican numerosos anuncios de libros de autoayuda. Es probable que haya muchos factores que contribuyan a la construcción del contexto de la depresión y que den ideas de cómo soportarla o resolverla. Muchos de ellos pueden estar relacionados con el género, la pobreza, el racismo, el abuso y sus consecuencias.

Género: La mayoría de datos publicados indican que hay más mujeres que hombres diagnosticados de depresión (Jones, 1994). Se ha especulado con que estas diferencias pueden residir en las diferentes vivencias de la vida (p.e.: la vida de las mujeres puede ser más deprimente que la de los hombres), en las formas diferentes de percibirla (p.e.: por parte de los profesionales, es más probable que la angustia de las mujeres pueda ser considerada como depresión más que la de los hombres) y en las diferentes formas de comunicarla (p.e.: hombres y mujeres pue-

den tener diferentes formas de mostrar su angustia). Por un lado, todos estos factores parecían relevantes en el trabajo con nuestros clientes: Derek (ver capítulo 3), por ejemplo, me dijo en la primera sesión: “Todos ellos dicen que estoy deprimido, pero lo único que he hecho es estar enfadado”. Con “ellos”, él quería decir los profesionales que le habían diagnosticado y su pareja, Dawn. Al proseguir con el trabajo quedó claro para todos que Derek estaba, y con razón, profundamente triste, afligido y melancólico, y que había sufrido serios abusos por cualquiera que hubiese podido estar en una posición de poder respecto a él. Sin embargo, para Derek, al comienzo de la terapia, “enfado” era la única palabra que él podía usar para describir sus sentimientos. El discurso del género puede hacer reaccionar, o llegar a paralizar, a los hombres al sentirse presionados, una muestra de ello es lo que el cónyuge de una mujer (PI) exclamó (al presentar el caso de su propia depresión en comparación con la de su pareja): “¡No hay nada que pueda hacer más vulnerable a un hombre!”.

A pesar de la validez general de los patrones descritos más arriba, nos sorprendió encontrar que nuestros propios derivantes reflejaban un cuadro diferente. Alrededor del 40% de los PIs en mi grupo eran hombres. ¿Cómo podemos explicar esto? ¿Quizás los derivantes se están haciendo más sensibles a la tristeza y a la impotencia experimentada por sus pacientes masculinos? ¿Quizás los hombres comunican su vulnerabilidad de un modo más accesible? Sería interesante ver si esas estadísticas constituyen una casualidad en el proceso de selección de pacientes para el proyecto, si anuncian una nueva equidad en las relaciones entre los géneros, o si está reflejando la “crisis de la masculinidad” que ahora concierne más a los terapeutas, educadores y a la sociedad en general.

Pobreza: Los datos del estudio muestran un aumento significativo del grupo de fenómenos que ha sido ampliamente asociado a la depresión, concretamente: pobreza, desempleo y tipo de ocupación. La combinación de limitación en las ofertas, muy influenciada por el estatus educacional, la vulnerabilidad al desempleo y la pobreza, pueden producir un sentimiento de indefensión individual cuando se lucha por mantener la autoestima y el sentimiento de ser útil para la comunidad. En el grupo con el que trabajé, casi el 60% vivían en la pobreza; el 45% de los PIs y alrededor del 40% de sus cónyuges no trabajaban. Esto no implica que no haya factores intra-individuales o interpersonales entre los elementos causantes y que mantienen la depresión; sin embargo, las cosas pueden

cambiar cuando el valor y la capacidad de adaptación de alguien están sometidos a un entorno que refuerza su sensación de minusvalía.

Racismo: El 87% de los PIs en el estudio eran indígenas británicos blancos, una proporción que no refleja las cifras de la población de Londres, donde el estudio tuvo lugar. Un 21% de los PIs con los que trabajé eran negros o asiáticos, y en cualquiera de los dos casos quedó claro, trabajando con ellos, que la experiencia de discriminación era un factor más o menos significativo tanto durante sus vidas como en el curso de la búsqueda de ayuda para su depresión. La respuesta a esta situación por parte del terapeuta se trata más adelante en éste mismo capítulo (ver también capítulo 3).

Abuso: Es sabido que raramente se habla de abusos en la primera entrevista con los profesionales (Hamberger, 1997b). Por tanto no es de sorprender que este tema fuera expuesto al terapeuta durante el curso de las sesiones, con más prevalencia, que a los investigadores en la evaluación inicial. En el grupo con el que trabajé, el 50% de los PIs había sufrido abuso sexual infantil y alrededor del 40% mencionó que actualmente había violencia en su relación de pareja. En todos los casos la violencia consistía en agresiones del hombre pegando a la mujer, aunque en uno de estos casos la mujer también respondía con violencia generalizada, por ejemplo tirando un ladrillo por la ventana (ver Jacobson & Gottman, 1998). Estos hechos coinciden con la impresión que se tiene de los individuos que sufren una depresión grave. En mi opinión, el dato más llamativo al elaborar los cálculos fue que el 71% de los PIs de mi grupo había sufrido abuso sexual en la infancia (como lo había tenido alrededor del 20% de sus cónyuges); muchos de ellos también manifestaron haber sido testigos de acciones violentas de uno de sus padres contra el otro (Hughes, 1997; Wolak & Finkelhor, 1998). Otro dato de interés es que la mayor discrepancia entre los datos reunidos tanto al principio como durante la terapia se dio en este tema; ¿Es posible que los clientes y los profesionales de salud mental consideren importante detectar la presencia del abuso sexual en la infancia, y no den la misma importancia a los abusos físicos en esta misma etapa?

Conocer estos contextos sociales y su influencia en la construcción y mantenimiento de la depresión de nuestros clientes permite al terapeuta influenciar al PI en su relación con el mundo exterior. Al trabajar con Anne y su cónyuge Andrew (capítulo 3), me coordiné con el hospital psiquiátrico cuando Anne fue ingresada después de una sobredosis. Poste-

riormente le pedí a Julian Leff que se reuniese con nosotros durante una sesión, en parte para aprovechar sus conocimientos sobre el sistema local de psiquiatría del National Health Service (Servicio Nacional de Salud en Inglaterra) para ayudar a Anne a entender cómo funcionaba (o cómo “hacerlo funcionar”) y en parte, para usar su influencia en este sistema para ayudarla a tener la sensación de que podía elegir un poco. Con otros PIs y sus parejas, la acción implicaba escribir cartas de apoyo para que consiguieran una nueva vivienda (p.e.: cuando una mujer maltratada y su pareja estaban intentando separarse) o apoyando el activismo político de un PI en el estado de la urbanización del barrio y su deseo de informar a sus vecinos sobre la relación entre la depresión y la pobreza en la ciudad.

Eia Asen

Elsa tiene la habilidad de formular ideas que me hacen sentir unas veces reduccionista y otras innecesaria y pragmáticamente concreto. Tiendo a defender mis limitaciones connotando positivamente esta postura y reivindicando que tengo un interés especial en traducir ideas teóricas predominantes a la práctica clínica. En esencia, no estoy en desacuerdo con los puntos de vista de Elsa y comparto su opinión de que la depresión es un fenómeno construido socialmente. De hecho, los hallazgos de este estudio me convencen todavía más de que la depresión no es una enfermedad.

Como Elsa, creo que una aproximación contextual tiene que contemplar el desenvolvimiento de la persona deprimida en una variedad de contextos que incluyen no sólo la dinámica de la pareja sino también, por ejemplo, las relaciones con las familias de origen y extensa, así como el contexto cultural y social. Cerrar el foco en la depresión del PI y en su relación de pareja mantiene una perspectiva muy limitada, aceptable quizás para los directivos y políticos de la salud que son los que, en última instancia, nos dan empleo, pero demasiado estrecha y unidimensional para un observador sistémico.

El género, la pobreza, la injusticia y el poder son creadores y, al mismo tiempo, parte, de contextos específicos a diferentes niveles lógicos. La postura multi-contextual informa de mi práctica en cada etapa del encuentro terapéutico facilitando contemplar los diferentes estratos pre-

sentes. Cliente/s y terapeuta, de forma consciente o no, realizan constantes elecciones de nivel, o de contexto, en el que se está dirigiendo el encuentro. En mi práctica, tiendo a centrarme inicialmente en el contexto de la definición del problema, tal como lo define el cliente/s y/o quien lo deriva. Esto es lo que pretenciosamente llamo el “contexto relevante”. Mientras se desarrolla el (esperanzador) trabajo terapéutico, irán surgiendo como “relevantes” otros contextos ya para el punto de vista de mi/s cliente/s ya para el mío; si es para el mío, puedo hacer referencias a esos “otros” contextos. Esos pueden incluir, en un nivel, referencias a asuntos de género o de injusticias o, a otro nivel, a la cultura de los clientes; y aún a otro nivel, se puede “introducir” el contexto de la familia extensa. Por ejemplo, puedo referirme a estadísticas sobre la incidencia de la depresión según el género e invitar a reflexionar al cliente sobre este asunto.

Sin embargo, me iría rápidamente de las generalidades hacia lo específico, preguntando si en el presente esto podría ser un tema para este individuo o para esta pareja en particular, y qué consecuencias podría tener. Si fuera conveniente podría introducir otros temas, como la invalidez, el racismo, la pobreza u otras injusticias que proporcionarían un contexto y una estructura en las que podría tener lugar la sesión terapéutica. De hecho esto podría dar un buen resultado fuera de la consulta, una acción directa por parte del terapeuta con parte del sistema psiquiátrico (como en el ejemplo de Elsa) o interviniendo con el servicio de centros protegidos trabajando activamente en colaboración con un hogar de acogida para mujeres para ayudar a la cliente a ponerse a sí misma a salvo.

Elsa dice que en su grupo de parejas una mayor proporción de la esperada de los PIs resultó estar compuesta por hombres (40%), de los que el 45% no tenían trabajo, y el 21% eran negros o asiáticos. Las características de mi muestra eran algo diferentes: aproximadamente el 33% eran hombres, 15% asiáticos o negros y el 50% no tenían trabajo. Esta diferencia en principio podría ser explicada por el gran número de clientes que vi, y que probablemente resultaría ser una muestra más representativa, que me fue adjudicada mediante un proceso randomizado. No obstante, las conclusiones extraídas de cada muestra representativa pueden ilustrar el proceso de la construcción social de la depresión y explicar algunas de las diferencias entre los planteamientos míos y los de Elsa. Por ejemplo, no considero el desempleo equivalente a la pobreza,

si tengo en cuenta que algunos de mis clientes en paro no eran pobres. Sin embargo, en la línea del pensamiento de Elsa, sí tendría en cuenta el efecto del paro en el autoestima y en el sentimiento de ser un miembro valioso para la sociedad, elemento que plantearía en un momento apropiado de la terapia.

El tema de la separación

Eia Asen

Las cifras han demostrado de forma significativa que hubo más separaciones de parejas durante y después de la terapia, que en la línea de la investigación en la que el tratamiento era con medicación. Esto no nos sorprendió: en algún punto durante la terapia sistémica, la relación es cuestionada y las situaciones se vuelven más forzadas. Los terapeutas implicados en una terapia de pareja no se la plantean con el objetivo de conseguir que la pareja se separe o permanezca unida. Casi el 25% de mi muestra se separó (incluyendo las parejas piloto), habitualmente fueron las mujeres quienes dejaron a los hombres. En todos estos casos, había habido violencia física entre los cónyuges. En otro 10%, el tema de la violencia del cónyuge era tratado durante las sesiones con algún éxito. En ocasiones, se programaban sesiones individuales con el cónyuge maltratado para tratar el modo de mantenerse a salvo y seguro. También había sesiones con el cónyuge violento para ayudarle a encontrar formas de afrontar la responsabilidad de sus acciones y para dar con formas para proteger al cónyuge de futuros episodios de violencia.

Elsa Jones

Alrededor de un tercio de las parejas que vi, la separación no se planteó ni antes, ni durante, ni después de la terapia. Del resto, la mitad se separaron después o durante la terapia y la otra mitad resolvió sus dificultades y permanecieron juntos con un mayor compromiso que antes, algo que les pareció satisfactorio a ellos y a nosotros, los terapeutas. Unos breves ejemplos para ilustrarlo. Después de finalizar la terapia, Martin y Mary, y Kathy y Ken (capítulo 3) renovaron el compromiso de

su relación: los primeros volvieron a vivir juntos y los segundos se casaron. Por otro lado, John y Jane (no comentados anteriormente) estaban en una situación en la que habían ido cambiando por el miedo de Jane a que la depresión de John, posterior a la repentina muerte de su hijo adolescente unos años antes, fuera tal que él se pudiese suicidar si ella lo dejaba. Estaban atrapados en una trampa mutua, en la que Jane no podía abandonar porque John estaba muy deprimido, y John no podía dejar su depresión por miedo a que ella le dejase. El enredo resultante les hacía sentirse desesperanzados y perder el respeto entre ellos mismos y con los demás. Con la terapia, fueron capaces de separarse sin las temidas y calamitosas consecuencias. Aquí el tema central para el terapeuta es no dar instrucciones para seguir juntos o para la separación, sino permitir a cada miembro de la pareja explorar las alternativas, consecuencias, obligaciones y posibilidades potenciales en la libertad del espacio terapéutico.

El índice de separaciones entre las parejas vistas por mí y por Eia me parece bastante similar; lo que me choca es que lo que señale la diferencia en nuestro trabajo sean las parejas en las que la violencia era una característica de la relación. Mientras la mayor parte de estas parejas se separaron en el grupo de Eia, la mayoría de las de mi grupo permanecieron unidas; los hombres (que habían sido agresores en todos los casos) fueron capaces de dejar la violencia, y las mujeres cambiaron su posición respecto al derecho a su seguridad y al propósito de protegerse a sí mismas, de forma que reaccionaban de forma diferente ante las situaciones que parecían amenazadoras.

Apruebo el punto de vista de Eia sobre la necesidad realizar, en ocasiones, sesiones por separado y centrarse, ante todo y de forma principal, en la seguridad (ver también la discusión en el capítulo 3). También estoy de acuerdo con muchos terapeutas sistémicos que abogan que la terapia de pareja no debería hacerse cuando una mujer está siendo maltratada por su cónyuge (Jacobson & Gottman, 1998; Kaufman, 1992).

Sin embargo, creo que como en tantas cosas del área clínica, que también es una cuestión que depende de la valoración y de la experiencia clínica. Como mis colegas en el Proyecto Violencia de Ackerman (Goldner et al., 1990), he encontrado que, si bien, hay algunas situaciones en las que intentar un abordaje terapéutico es una gran imprudencia, es mejor emplear la energía y la autoridad profesionales para intentar dirigir y aconsejar a los miembros de la pareja a un trabajo terapéutico por separado y orientado a lograr su seguridad, incluso hasta el punto de

rechazar trabajar con ellos de otra manera. Lorna y Larry (capítulo 3) constituyen uno de estos casos. Les entrevisté juntos y por separado; rompían frecuentemente; enfoqué el trabajo sobre todo sobre las cuestiones de seguridad y de responsabilidad, pero no rehusé trabajar con ellos. Por otro lado, hay muchas parejas que parecen atascadas en un camino potencialmente peligroso, pero que al mismo tiempo parecen dispuestas a cambiar. Son parejas en las que la mujer se ha sentido incapaz de dejar al cónyuge violento y el hombre se ha sentido incapaz de controlar su violencia. Con todo, el terapeuta tiene la sensación, mientras les hace la entrevista inicial, de que ambos están dando señales de estar dispuestos a aceptar el compromiso de un cambio significativo. En estas situaciones suelo tener éxito trabajando con la pareja, tanto en los aspectos de su relación que han sido capaces de cambiar, como en los que están directamente relacionados con la violencia. En la mayor parte de casos este trabajo se ha realizado en sesiones de pareja y, muy ocasionalmente, con pocas sesiones individuales. Es importante, en este contexto, tener en mente los hallazgos de un amplio grupo de investigadores según los cuales “el 60% de las mujeres casadas serán maltratadas o agredidas en algún momento a lo largo de sus vidas” (Hamberger, 1997b); no todas estas relaciones acabarán en separación.

Si fuese un terapeuta masculino, como Eia, creo que tendría ciertas dificultades al trabajar en estas situaciones especialmente con tantas sesiones individuales tratando el tema de la separación. Me preocuparía la posibilidad de ser visto como un desafío o como un rival por el hombre y como un salvador y “mejor hombre” por la mujer. Sin embargo, creo que las buenas intenciones de Eia cuando se muestra directivo me habrían sido útiles cuando me atasqué con Lorna y Larry.

Eia Asen

Al ser un terapeuta masculino, quizás soy más proclive a evitar ser percibido como una “vía muerta” para un hombre violento. Haciendo continuas referencias, directas e indirectas a la separación como única opción segura para huir de una situación violenta, puede parecer que adopto una posición directiva. De hecho, hubo dos parejas a las que pedí entrevistarme con la mujer a solas para darle los números de teléfono de centros de acogida para mujeres. El hecho de proporcionar esta infor-

mación de esta forma es una diferencia de la práctica de Elsa, ya que ella lo hace en presencia del cónyuge.

La relación terapéutica

Elsa Jones

En los últimos tiempos los terapeutas sistémicos han centrado su atención en la relación entre clientes y terapeuta (Flakass & Perlesz, 1996; Jones, 1998 a). Desde hace tiempo, hemos sido conscientes de las diferentes implicaciones del poder en la relación terapéutica, en especial de las dimensiones de género, práctica multicultural y otras jerarquías potencialmente opresoras de la sociedad. Cuando se trabaja con parejas heterosexuales, el género de los terapeutas coincidirá con uno de los cónyuges y diferirá del otro; esto puede no ser un inconveniente, pero ello puede hacer sentir a un cónyuge excluido de la cooperación necesaria para la terapia. Nosotros intentamos tener en cuenta este factor con un terapeuta de cada sexo.

Sin embargo, nosotros somos blancos y es probable que seamos percibidos como de clase media por muchos clientes. El hecho de que muchas parejas del estudio fuesen pobres o no tuviesen trabajo podría suponer que diesen una especial significación a nuestra clase social y estatus profesionales; en situaciones particulares, nuestra raza o género podría ser visto como un obstáculo para establecer una relación de confianza. He tratado formas de aproximarme a estas situaciones en el capítulo 3.

En general, es importante que el terapeuta sienta que dispone de mayores niveles de poder y elección en el campo terapéutico del que tienen sus clientes. Así, el terapeuta tiene que invitar a los clientes a empezar a hablar sobre los asuntos difíciles y relevantes en sus vidas de una forma que no les reste autoridad y no les alarme. Por ejemplo, los clientes negros necesitan hablar sobre sus experiencias de discriminación racial, pero será difícil para ellos tratar este tema sin que los terapeutas les animen y les den mucha libertad para hacerlo ya que representan, se quiera o no, la clase dirigente y quienes también pueden representar la dominante raza blanca. Los clientes que se perciben a sí mismo como “inferiores” en términos de clase puede que no se sientan capaces de

desafiar los prejuicios basados en la clase del terapeuta a menos que el terapeuta se comporte de un modo que lo haga posible.

Eia Asen

Una de las características clave del abordaje sistémico es que ofrece múltiples perspectivas: permite ver los problemas individuales o de pareja desde diferentes puntos de vista; se introduce, se comparte y reflexiona con los clientes y emergen nuevas perspectivas que permiten a los clientes adoptar nuevas y diferentes actitudes.

Los comentarios de Elsa respecto a la relación terapéutica coinciden mucho con mis puntos de vista, así que tengo poco que añadir. Pero, ¿qué hay de la relación entre los dos terapeutas? A causa de la presión del tiempo, la carga del trabajo y las distancias, los dos terapeutas no trabajamos juntos, ni nos supervisamos mutuamente. Esto no fue nada fuera de lo normal, hasta que mi práctica habitual se vio afectada: trabajando en un lugar público, raramente me puedo permitir el lujo de trabajar los casos en colaboración. Durante el curso de este estudio, Elsa y yo ocasionalmente tratábamos los asuntos clínicos problemáticos en una supervisión de igual a igual. Una vez más esto me parecía un lujo. Generalmente, llevamos los casos en la más completa soledad.

El contexto de la terapia realizada en un proyecto de investigación significaba que la relación terapéutica estaba mucho más definida de lo normal, el protocolo permitía hasta veinte sesiones en un periodo de hasta nueve meses. En muy pocas ocasiones trabajo con tanto tiempo y con una “estructura” como ésta en las sesiones en mi práctica habitual. Sin embargo, fue interesante descubrir al final del proyecto que el promedio del número de sesiones era de doce con una duración promedio de menos de una hora por cada sesión. ¿Es esto es realmente tan diferente de lo que hacemos normalmente?

Tratando con el futuro

Los editores se apercibieron de que parecía que contemplábamos las perspectivas de futuro de forma diferente al final de la terapia, así que fuimos invitados a conversar sobre este hecho.

Eia Asen

La introducción de una estructura estricta de tiempo, como fue el caso de este estudio, crea un contexto específico que afecta a la práctica clínica. La arbitrariedad de nueve meses (seguramente una estructura de tiempo prestada de la biología) con la posibilidad de dos más, no en vano llamadas sesiones “impulsoras”, antes de los dos años de seguimiento organizaron, quizás incluso medicalizaron, mi pensamiento. A menudo la terapia, particularmente cuando su frecuencia y ritmo es negociado con los clientes, es indefinida y tiene que ser dirigida. Esto tiene tan claras ventajas e inconvenientes que preocupa a terapeutas y clientes. Tratar la finalización al principio de la terapia, con la posibilidad de tener sesiones “de reserva”, es muy diferente a dar la impresión de que no hay límite en la terapia y que esta podría continuar “para siempre”.

El contexto tan específico de este proyecto me llevó a pensar en el asunto de la “recaída”, ¿creyendo en qué? Bien, claramente en la sintomatología depresiva. Adoptando en una parte de mi cerebro esta estructura médica, me permití pensar en la idea de la prevención, un pensamiento no tan raro dado que gran parte del trabajo psicoeducativo de reducción de la EE en las intervenciones familiares, se dedica a prevenir las recaídas reduciendo la EE en familiares clave. Como que me suscribo a un modelo diferente de cambio, tuve poca opción de idear diferentes formas de intervención de prevención de recaídas, así que me dediqué a trabajar con situaciones hipotéticas que podían indicar al PI o al cónyuge que las cosas estaban yendo mal. Se trataba, sobre todo, de preguntas hipotéticas y de futuro (Penn, 1985) que eran empleadas por las parejas para identificar señales de peligro y considerar formas de responder a éstas.

Elsa Jones

Estoy de acuerdo con la utilidad del ensayo de las recaídas, y estaría particularmente inclinada a hacerlo con los clientes en los que el problema (una vez resuelto) tuviese una forma clara y una identidad, de forma que se pudiese identificar si volviese a aparecer, aprender a evitarlo, etc.

Sin embargo, veo que el trabajo con el futuro tiene otro significado. Tiene alguna relación con las proposiciones de Peggy Penn (1985) quién con sus preguntas de futuro explora cómo los clientes lo pueden imagi-

nar. También tiene relación con el interés de Luigi Boscolo y Paolo Bertrando (1993) en la manera de estructurar el tiempo de los clientes que puede llegar a congelarse en el pasado o en el presente, de forma que el futuro se hace inimaginable, y también conecta con las ideas de Peter Lang y Elspeth McAdam's sobre "soñar conversaciones" (1997). Una de las características de estar "atascado" es una incapacidad para moverse y, especialmente, para moverse en armonía con la corriente de cambio, cambio que es la única constante. Ciertos síntomas y eventos en las vidas de familias e individuos pueden tener el efecto de congelar el tiempo: el duelo, el nacimiento de un niño cuyas dificultades conllevan que no crecerá con el ritmo esperado de desarrollo, o ciertas experiencias sintomáticas como los diagnósticos de esquizofrenia y depresión. Los clientes en esta situación tendrán dificultades en responder a cuestiones hipotéticas de futuro, pero si el terapeuta puede encontrar formas de hacer posible este tipo de exploración, es probable que esto actúe como un desencadenante del cambio. Imaginar el futuro significa empezar a vivirlo en la mente, y por tanto, empezar a hacerlo posible.

La experiencia de ser investigado

Eia Asen

La experiencia de trabajar con parejas, ¿ha afectado a nuestro trabajo clínico? Y si es así, ¿cómo?

Trabajar en un proyecto de investigación, en cierta forma, provoca ansiedad. ¿Y si resulta que lo que uno hace es menos efectivo que lo que pueden conseguir los fármacos antidepressivos? Ésta es la dinámica que contribuye al fenómeno habitual de que los terapeutas en los ensayos de investigación trabajen "muy duro". Uno de los motivos concierne a los abandonos del ensayo. Mientras que en una clínica privada o con mucha presión asistencial los clientes no que no asistan a una sesión concertada pueden ser, a veces, hasta en cierta forma "bien vistos" por el alivio que puede representar para la agenda, es un inconveniente cuando se estudia la aceptación del tratamiento. En este estudio ambos terapeutas se han puesto en contacto inmediatamente con una pareja si no han acudido a una sesión, para evitar perder a algún sujeto.

Cuando nos fueron comunicados los resultados de la investigación, vimos que ninguna de las parejas que había estado viendo había abandonado el tratamiento. Este panorama era algo diferente del de mis experiencias habituales y me hizo cuestionarme mis prácticas habituales. ¿Qué pasaría si me esforzara de forma similar para mantener a todos mis clientes, a toda costa, en el tratamiento? ¿Serían mejores mis resultados? ¿Cuál de los clientes que vi en el proyecto se hubiese beneficiado de no ser perseguidos por un terapeuta empeñado en no dejarles ir? Además, esta experiencia hizo cuestionarme la suposición, que a menudo hacemos cuando los clientes no vuelven, de que están “mejor” y que por tanto no necesitan ayuda.

Creo que, tanto Elsa como yo, compartimos un escepticismo general sobre la mayor parte de lo que la investigación científica es capaz de mostrar y lo que no es capaz de mostrar. Nosotros dos quedamos muy aliviados al descubrir que lo que hicimos parecía marcar una diferencia, medible con instrumentos de investigación validados. Pero, ¿qué es lo que se mide (Asen et al., 1991)? Las dudas permanecen incluso si hay algo tan claramente constituido como la “terapia sistémica de pareja para la depresión”. ¿Hay algo diferente en la terapia que describimos aquí? ¿Podría ser aplicado a otras áreas del sufrimiento humano?

Elsa Jones

Globalmente, la experiencia ha servido para reforzar algunos de mis prejuicios y para poner en duda o cambiar otros. A la vez ha fortalecido un sentimiento que encuentro difícil de describir, pero que está compuesto, a partes iguales por deber y subversión. Aunque inicialmente me entrené rigurosamente en el lenguaje y escala de valores de la investigación, me he situado durante un tiempo considerable, como una de esas psicoterapeutas que son (acertadamente) críticas con las investigaciones que no hacen unos planteamientos correctos de sus preguntas, mientras que (erróneamente) no son capaces de hacer la clase de investigación que encontrarían apropiada. Me parece que los investigadores más tradicionales se parecen al hombre del cuento de las enseñanzas sufíes, que se encuentra bajo una farola buscando algo en el suelo. Cuando le preguntan qué está haciendo, él contesta que está buscando su reloj, que lo ha perdido. Resulta que de hecho había per-

dido el reloj en el otro extremo de la calle, y no donde estaba buscando. “¿Entonces por qué no lo buscas allí?” –“Bien”, contesta él, “porque aquí hay más luz”.

Por otro lado, es difícil justificar una posición tan crítica cuando uno no está investigando nada mejor, así me pareció que podría tener lo mejor de ambos mundos participando en una pieza bien construida de investigación como objeto de escrutinio más que como “escrutador”.

Lo que los datos de la investigación no muestra

Como psicóloga preparada para la construcción y uso de cuestionarios de investigación y otras formas estructuradas de recogida de datos, siempre he sido crítica con tales instrumentos por dos razones: primera, la formalidad y rigor de los cuestionarios pueden ocultar la complejidad del significado que el entrevistado puede considerar como lo más representativo de su realidad subjetiva, tales cuestionarios rara vez permiten al evaluador entender que hacer determinadas preguntas da lugar sucesivamente a unas “realidades”, mientras que oculta otras. Esta posición constructivista, en la que nosotros participamos mediante la creación de lo que intentamos observar, está en el centro de la perspectiva de la psicoterapia sistémica y, por tanto, constituye una crítica poderosa al intento de dar a conocer la investigación de la rejilla de las montañas, valles, volcanes y corrientes subterráneas de las vidas de los clientes y del sistema terapéutico.

Además, mi posición personal y como psicoterapeuta es la de asumir que la vida, a veces, puede tener elementos trágicos y problemas que no pueden ser eliminados mediante pastillas mágicas o reconstrucciones narrativas. Se puede considerar que la psicoterapia ha contribuido al cambio significativo en la vida de alguien, sin esperar que esta persona tenga ahora una perspectiva suficientemente alegre de la vida como para obtener un resultado bajo en el BDI. Mi trabajo con Derek y Dawn (ver capítulo 3) es un ejemplo de esto.

Su madre abandonó a su marido, el padre de Derek, huyendo de su violencia antes de que él, el más pequeño de nueve hermanos, cumpliera dos años. Derek no recordaba nada de ella. Su padre se comportaba de un modo inestable y cruel con todos los hijos. Derek y Dawn me pusieron muchos ejemplos del terror extremo que había vivido en

su infancia entre los que estaba el palo para atarlos y azotarlos del patio trasero, donde uno de sus hermanos fue dejado colgando durante cuatro días. Antes de los ocho años, Derek había visto como una muchedumbre linchaba a su hermano y supo que otro de sus hermanos había sido asesinado en Gran Bretaña mientras estaba detenido en los calabozos de la policía. Su infancia estuvo dominada por los fantasmas de sus hermanos muertos; él nunca le habló de esto a nadie porque simplemente sabía que nadie le podría dar ninguna respuesta satisfactoria. La brutalidad en casa y la discriminación racial en el colegio, eran tales que abandonó éste tan pronto como pudo, habiendo así adquirido muy poca educación formal. Dos de sus hermanos habían sido diagnosticados de esquizofrenia; al igual que un hijo que tuvo en un matrimonio previo (ver Bennett & Dennis, 2000, respecto al papel que juega el racismo en el sobre-diagnóstico de esquizofrenia entre la población británica de raza negra). Derek asumió la responsabilidad de cuidar de toda su familia de origen, de forma que siempre que había una crisis era a él a quien llamaban. El hecho de que todos su hermanos mayores recurriesen a él en caso de necesidad no aumentaba su autoestima, por el contrario, él se sentía fracasado por no poder cambiar de forma suficiente sus difíciles vidas. Poco antes de empezar la terapia, Derek había pasado tres días detenido por la policía y a disposición judicial por haber agredido gravemente a Dawn y al hijo pequeño de ésta, fruto de una relación previa.

Estos datos constituyen una pequeña muestra de las circunstancias de la vida de Derek hasta este momento; como se expuso en el capítulo tres, en la primera sesión él me dijo que no entendía su diagnóstico de depresión porque todo lo que desde siempre había sentido era enfado. Al final de nuestros encuentros, Derek mostró alguna pequeña mejoría en algunas categorías de la evaluación y, en el seguimiento al cabo de dos años, se constató que seguía estable y que a veces volvía a su anterior estado. Probablemente él seguirá siendo un hombre dado a la melancolía, con bajas expectativas respecto a la generosidad de la vida. Sin embargo, me parece también importante contrastar los sólidos datos de la investigación con los datos informales provenientes de nuestras conversaciones durante y después de la terapia. Los pacientes tenían la opción de beneficiarse de unas pocas sesiones de seguimiento cuando les era necesario y, pese a que no usaron esta opción, Derek y Dawn me llamaron por teléfono una vez al año, cada Navidad,

durante tres años. Así que pude hacer un seguimiento informal y anecdótico. Una breve anécdota podrá ilustrar la calidad de los cambios de Derek.

En una sesión a mitad de la terapia, Dawn había expresado su enfado con Derek porque cada vez que ella le confiaba algo triste a él, él no prestaba atención a sus sentimientos sino que solía responder con un relato de experiencias similares que le habían ocurrido. En respuesta a las quejas de Dawn de esta sesión, Derek no “se había puesto de mal humor”, como de costumbre, sino que continuó con la discusión hasta que quedó claro que lo que él pretendía era ofrecerle una experiencia parecida como forma de mostrar su empatía, mientras que Dawn sentía que ello le negaba el derecho de ser escuchada. En este momento, él se inclinó, puso su mano sobre la pierna de ella y le dijo suavemente y con una sonrisa tranquilizadora: “Dame tiempo, cariño, todavía estoy aprendiendo”. Me quedé impresionada por el enorme contraste que había entre éste y el hombre iracundo y con dificultades de comunicación de la primera sesión, que no sabía de otra forma de expresar sus sentimientos que no fuese el enfado.

Al final de la terapia, había habido muchos cambios cualitativos tanto en Derek como en Dawn como individuos, como pareja, como padres y como miembros de una intrincada red de relaciones. Derek había asistido a un curso de formación intentando, en primer lugar, mejorar su capacidad de lectura y escritura, y luego técnicas comerciales para que se pudiese establecer por su cuenta. Cuando me llamaron la tercera vez, en Navidad, me contaron que los negocios de Derek iban bien, que su hija pequeña y el hijo de Dawn iban muy bien en el colegio y que Dawn había solicitado y obtenido un puesto de gestión en su trabajo. Tal como ella dijo: “Hay que tener en cuenta todo esto para ver cómo han cambiado las cosas”.

No me sorprende, a pesar de estos cambios positivos, que Derek todavía diese una impresión tan triste y pesimista en la valoración. Lleva lo que otro de nuestros clientes llamó una vez “la carga del legado”: es decir, lo vivido por quienes han experimentado los horrores que los seres humanos son capaces de infligirse unos a otros, él había mirado dentro del “corazón de las tinieblas”. A pesar de esto, encuentra una manera de vivir su vida de tal forma que cumple con el criterio de salud mental de Freud: ser capaz de amar y de trabajar.

Lo que muestran los datos de la investigación

Una consecuencia inesperada de la revelación de los datos finales fue para mí, una renovación de mi fe en la efectividad del trabajo sistémico, que a veces ha sido llamado “larga terapia breve”. Muchos de los pacientes en el estudio tenían largas historias psiquiátricas o sufrían de múltiples problemas contextuales e individuales. A la conclusión de cada parte de la terapia, los terapeutas completaban un cuestionario en el que se nos preguntaba qué hubiésemos hecho de forma diferente si aquellos pacientes no hubieran estado en el contexto de la investigación. A menudo respondí que los habría visto durante más tiempo. Con esto, no quiero decir necesariamente que hubiese querido aumentar el número de sesiones. De hecho, mi experiencia fue que en los casos en los que agotaba las 20 sesiones, era más un indicador de atasco que de buena práctica. Lo que me hubiese gustado hubiera sido ofrecer sesiones ocasionales (a veces llamadas sesiones “ITV”) para dar apoyo a los cambios que se habrían hecho y hacerlo así durante un periodo de años. Estaba previsto hacerlo a corto plazo en el protocolo de investigación, pero no a largo plazo, aunque raramente fui capaz de hacer uso de ello porque estaba en otra ciudad y tenía menos disponibilidad.

Dudé que, dados los obstáculos de sus vidas cotidianas, algunos de los pacientes fueran capaces de mantener los cambios que habían logrado. Por ejemplo, al final del trabajo con Kathy y Ken (sólo nos habíamos visto durante 12 sesiones, pero habían asistido al encuentro al final del tiempo de la investigación) me sentí muy bien por los cambios que habían realizado juntos y sobretodo por lo notable de los de Kathy, aunque yo estaba más preocupada por Ken y por la reacción de recaída que pudiera tener sobre él la nueva etapa de bienestar de Kathy. Estas preocupaciones eran compartidas por la pareja. Todos nosotros sentíamos que Ken estaba nuevamente en un estado de cierta fragilidad y que había riesgo de que pudiese recaer si no se podía beneficiar del apoyo que le proporcionaban los encuentros terapéuticos. Si esto sucedía, el efecto rebote en Kathy y la tensión en su relación podían devolverles a su estado mental de antes de la terapia. Tratamos este problema a fondo durante las últimas sesiones e hicimos planes no sólo para prevenir la recaída, sino también para capacitar a Ken para planear formas de proseguir con el viaje iniciado en las sesiones, con la ayuda de Kathy y por su propia cuenta.

Estuve encantado de ver, cuando finalmente tuve acceso a los resultados de los dos años de seguimiento, que ellos como muchos otros pacientes, no sólo habían mantenido los cambios hasta el final de la terapia, sino que también habían continuado con su mejoría. La gráfica del BDI (Figura 1.1) refleja la dirección de su continuo cambio. Mirando atrás, mi sorpresa ante este hallazgo es probablemente uno de los efectos de la participación en un proyecto de investigación además de aclarar la duda concomitante (ver más adelante), puesto que la forma en la que hacemos terapia sistémica precisamente propone y permite a los clientes ejercer su sentido de propiedad y competencia respecto a los cambios que realizan, de que gran parte del trabajo terapéutico lo hacen los clientes en el tiempo entre sesiones terapéuticas. Tener este artículo de fe reforzado por los datos de la investigación constituyó para mí una gratificación inesperada.

Lo que los datos excluyen

Estaba asustada, cuando se nos permitió el acceso a los datos estadísticos una vez finalizados, dos de mis inequívocos éxitos fueron contados como retirados del tratamiento porque ellos completaron el trabajo en 2 y 4 semanas respectivamente. Así, mi consejo a los terapeutas sistémicos que participen en proyectos de investigación sería: ¡leed la letra pequeña! Yo provenía de un ámbito de trabajo en el que considerábamos normal un compromiso de unas cuatro sesiones, así no me sorprendió en estos dos casos que la pareja y yo hubiésemos decidido que el trabajo se había completado satisfactoriamente después de unas pocas sesiones. Era consciente de que habíamos puesto un número límite máximo de sesiones a realizar, pero no había tenido en cuenta que debía haber un límite mínimo de seis sesiones (¿Puedo dar toda la culpa de este descuido a mi ambivalencia sobre la participación en la investigación?) Mis subsiguientes quejas a los investigadores cayeron en saco roto; sabían que eran éxitos, como claramente se demostró en los resultados del seguimiento, pero pensaron que omitirlos de los cálculos no arrojaría diferencias estadísticas.

Si hubiese sido consciente del número mínimo de sesiones, ¿habría encontrado la manera de persuadir a la pareja de permanecer en la terapia un poco más por el bien de la investigación? y ¿hubiese sido ético?

Desde luego, es difícil especular sobre ello a pelota pasada. En el caso de las dos sesiones, creo que habría intentado mantenerlos: una de las razones por las que se consiguió una rápida resolución tenía que ver con el significado tan negativo que ellos atribuían a estar en terapia psicológica; así cualquier intento de aferrarme a ellos probablemente les habría dado la impresión de que yo pensaba que le ocurría un problema psiquiátrico a alguno de ellos. En el otro caso (ver Salman y Safia en el capítulo 3) quizás podríamos haber continuado dos sesiones más sin consecuencias negativas. En aquel momento ellos sentían afecto hacia mí y habían negociado, con cierta timidez, el permiso para que Safia me telefonease, en ocasiones extraordinarias, como a una madre sustituta para hablar sobre su embarazo; una de las fuentes previas de tensión entre ellos dos habían sido las caras conferencias telefónicas de Safia a su madre, que ésta había hecho desde su mísera soledad. Sin embargo, para ellos fue difícil acudir a la terapia: Salman tenía un largo e inflexible horario de trabajo vivían lejos de cualquier centro de terapia; encontraron caro el coste del viaje y eran demasiado orgullosos para aceptar que se les pagara los billetes. Así, persuadirles para venir y verme hubiese complicado nuestra relación, mientras que las dos o tres llamadas fueron muy útiles y eran fruto de su iniciativa. El nacimiento de una niña es, de todas formas, el indicador más concreto de la buena evolución que se puede desear en esta investigación dada la situación de los problemas que se presentaban!

Ser investigados

Sabíamos desde el principio que íbamos a sentirnos presionados por las restricciones y por el escrutinio del proceso de investigación e intentamos defendernos de ello recordándonos constantemente unos a otros que podíamos tomar las decisiones que fuesen necesarias. Incorporarse en la estructura de la investigación conllevaba un acuerdo según el cual el bienestar del paciente estaba por encima de las demandas de la investigación, así que podíamos sentirnos, en teoría, libres en nuestra práctica clínica incluso si el resultado era la exclusión del paciente de la investigación. El efecto de este acuerdo fue más psicológico que práctico y, como ya se ha expuesto en el capítulo 3, no siempre funcionó.

A pesar de nuestras mejores intenciones, a veces, era consciente de haber caído en una actitud competitiva en la que nosotros, como tera-

peutas sistémicos, estábamos opuestos a “los otros”, y en la que nosotros también estábamos opuestos entre nosotros. Uno debe adoptar un alto grado de curiosidad en la que cualquier hallazgo se añada al cúmulo de conocimientos, pero es muy difícil evitar el miedo a ser mostrado en público como un mal terapeuta. Los terapeutas sistémicos están acostumbrados a la transparencia en su práctica. Todo aprendiz de terapeuta de familia trabaja ante un espejo unidireccional; muchos terapeutas sistémicos también trabajan habitualmente bajo la mirada atenta de sus iguales. Sin embargo, esto es significativamente diferente del escrutinio al que, suponemos, estamos sometidos por parte de los otros, quienes no comparten la propia teoría o perspectiva clínica, y cuyas instrucciones no son las de estar allí compartiendo los abordajes terapéuticos, sino las de observar desde una postura “objetiva” imparcial. Pensando en la influencia potencial que tuvo este escrutinio en mi práctica es en cierta forma como intentar contestar a una de esas típicas preguntas filosóficas sobre la realidad o irrealidad de la caída de un árbol, no vista, en el bosque: ¿Qué diferencias había entre mi práctica en la investigación y mi práctica “habitual”? Ciertamente tenía más dudas que de habitual.

Eia y yo no nos reuníamos a menudo para consultarnos; cuando lo hacíamos nos encontrábamos con que, debido a nuestras diferentes orientaciones e historias, la consulta o supervisión quería decir diferentes cosas para nosotros. Esto estimuló más mi preocupación sobre las comparaciones que emergerían del estudio sobre nuestro trabajo. Como se evidencia en este libro, yo tiendo a ser más discursiva y habladora, y me acerco más a la teoría meta-contextual. También estaba acostumbrada a un estilo de consulta como el del grupo de Milán en la que la asociación libre y las orgías de hipótesis lineales me ayudan a enfocar mi pensamiento. Fui incapaz de invitar a Eia a participar en tan confuso discurso, y mi opinión de que su estilo era mucho más enfocado y directo reforzaba mi suposición de que su forma de trabajar era posiblemente más apropiada para este grupo de clientes y este contexto. Así que, no sólo me esperaba la humillación pública, sino que también podría salpicar mi particular modelo sistémico. Las afirmaciones de Eia cuando reconocía abrigar miedos similares no me convencían ni alentaban.

También encontré muchos de detalles concretos de este trabajo desagradables y no recomendables para la práctica de un buen trabajo. Ello puede haberse debido a mis circunstancias personales, por las que he tenido que recorrer una larga distancia para hacer este trabajo. Como

consecuencia de ello, yo no era tan flexible como suelo ser con el espaciado de las sesiones, ni tan capaz de influenciar la comodidad y la contención del marco terapéutico. Trabajé en dos sitios diferentes, en lados opuestos de Londres, para lo que tenía que hacer viajes agotadores e inseguros en transporte público. Uno de los equipamientos está dedicado al trabajo terapéutico y sirvió como refugio para mí y para mis pacientes; el otro es usado predominantemente para actividades académicas y era menos indicado. Mis compañeros del proyecto sistémico y de otras ramas del proyecto podían ver a los pacientes en sus propias consultas; yo, a veces, me encontraba sola en un edificio oscuro, por la noche, discutiendo temas violentos y hasta una vez me encontré, al final de un pacto de no agresión con una pareja, encerrada en el edificio por los trabajadores de la limpieza! Quisiera aconsejar a otros investigadores que estén considerando la participación en un proyecto de investigación que tengan en cuenta la importancia de tener algún control sobre su entorno, dado que mi incapacidad para hacerlo fue la influencia más negativa en mi trabajo. Si me tomo en serio la idea de que el “self” del terapeuta es una parte significativa del sistema terapéutico, la comodidad, el sentirse contenido y la seguridad del terapeuta, especialmente cuando se trabaja con situaciones volátiles, es un constituyente necesario para un entorno curativo.

Al final de todo, me quedo con la sensación de que, a pesar de las coacciones y las presiones del entorno de la investigación, de la limitada oferta de elección para los pacientes, de las dificultades en aplicar estructuras lineales al complejo discurso terapéutico, todos nosotros, pacientes, terapeutas e investigadores, hemos compartido una experiencia importante y valiosa. Quizás una explicación se halle parafraseando el dicho del Dr. Johnson “saber que vas a ser colgado en quince días te concentra la mente a las mil maravillas”.

Y así, finalmente, llegamos al tema del deber y la subversión. Me da cuenta, a medida que poco a poco iba progresando la investigación, mientras todos nosotros esperábamos los resultados del seguimiento, que los hallazgos iban a ser altamente significativos para los terapeutas sistémicos que trabajaban en condiciones de restricción constante en los servicios de salud, en los que “la práctica basada en la evidencia”, la rigurosidad financiera y el regreso hacia una psiquiatría más tradicional basada en la biología, amenazan cada vez más la supervivencia de los abordajes psicoterapéuticos sistémicos. Por ello sentí que era un deber

redactar este trabajo para aportar algún aliento de ánimo a colegas que están siendo asediados: no se puede decir que el trabajo que hemos hecho constituya una nueva forma de psicoterapia, pero es terapia sistémica con parejas, que puede ser llevada a cabo por cualquiera que haya sido preparado para llevar a cabo esta forma de tratamiento. Subversivamente, una vez publicados los resultados, también me di cuenta del enorme poder del discurso predominante de la opinión médica tradicional quién no ha visto con buenos ojos el desafío a la habitual hegemonía del tratamiento farmacológico, y de la que me ha asombrado su evidente sutileza y su gran poder de marginación y de silenciar la disidencia y las noticias sobre lo diferente. Así, entonces, también es un placer poder aportar un testimonio sobre la eficacia de una cura mediante la conversación y el ingenio de las personas deprimidas cuando se les ofrece la mínima oportunidad de mejorar su situación y de expresarse por cuenta propia.

Final

Una de las preguntas más frecuentes es si los resultados del Ensayo de Londres de Intervención en la Depresión podrían ser atribuidos a las características específicas de los pacientes, a las de los terapeutas o a las del modelo psicoterapéutico. En otras palabras: ¿son los resultados generalizables y replicables? ¿Otras terapias sistémicas diferentes habrían dado resultados diferentes? ¿Qué valor hay que atribuirle al factor terapeuta? ¿Los pacientes seleccionados para el proyecto de investigación son diferentes de los que en condiciones normales se beneficiarían de tal abordaje?

¿Pueden ser replicados los resultados?

La cuestión de si los resultados pueden o no ser replicados es muy importante y la respuesta afectará profundamente al trabajo futuro con pacientes deprimidos. Estamos muy satisfechos de que se haya puesto en marcha varios intentos de replicar el estudio en diferentes contextos. Por ejemplo, un grupo de psicoterapeutas sistémicos junto con psiquiatras y psicólogos investigadores en Holanda se han propuesto reproducir el diseño original del estudio, usando a terapeutas expertos en las tres

modalidades de tratamiento. Otro estudio en marcha en el Reino Unido intenta ver si terapeutas menos experimentados, trabajando en centros de atención primaria, pueden ser entrenados y supervisados en este trabajo con resultados similares.

¿Qué es atribuible al factor terapeuta?

Desde luego, lo que es atribuible al terapeuta es algo que debe ser tenido en cuenta. Como se desprende de este libro, nosotros dos nos parecemos bastante en algunas cosas y quizás, de forma significativa, somos diferentes en otras. Sin embargo, ambos tenemos una gran experiencia trabajando como psicoterapeutas en una amplia gama de contextos. Cualquier observador puede plantearnos si los resultados de este estudio son específicos de nuestro trabajo o si pueden ser replicados por otros terapeutas usando el mismo modelo. Sin menospreciar la importancia de los factores individuales del terapeuta, creemos que el modelo sistémico es el elemento central a tener en cuenta al contemplar los resultados. Hemos expresado repetidamente en este libro que lo que investigábamos no era un modelo de psicoterapia, sino la aplicación de la terapia sistémica de pareja en situaciones en las que un cónyuge estaba diagnosticado de depresión y que era el completo proceso el objeto de la investigación.

Somos conscientes de que los hallazgos de este y futuros estudios tendrán importantes implicaciones en el trabajo terapéutico sistémico en contextos en los que una disposición para el cambio y las limitaciones económicas requieren terapeutas capaces de satisfacer las demandas propias de la “medicina basada en la evidencia” tal como la definen Sackett et al. (1996) como “el uso concienzudo, explícito y sensato de la mejor opción actual para tomar decisiones para la atención individual de pacientes” (p. 71).

¿En qué medida son representativos los pacientes?

Como tratamos en el capítulo 1, el proceso de selección puede haber elegido a los pacientes más graves de la gama de la depresión. En el tra-

bajo habitual en los centros públicos, es probable que la gama de depresiones de los pacientes probablemente sea más amplia y que, por tanto, incluya menos clientes con depresión grave. A lo largo de los años, la terapia sistémica ha sido considerada útil para ser aplicada a un rango muy amplio de situaciones y problemas por quienes la practican. Este estudio ha indicado que la terapia sistémica puede dar buenos resultados con pacientes con depresión grave y crónica; es por tanto lógico asumir que puede incluso tener más éxito con el tipo de clientes habituales de estos centros.

¿Qué hacemos con la experiencia de este ensayo de investigación?

Como resultado de la participación en este proyecto, sentimos más simpatía hacia la investigación, la sensación de que es posible soportar la tensión de vivir con dos epistemologías, la lineal y la circular, al mismo tiempo, con la finalidad de hacer viable nuestra forma de trabajar entre los sobresaltos de los recortes presupuestarios. Somos conscientes de que los directivos responsables de los servicios de salud Mental puede que no tengan una visión entre bastidores de la complejidad de la psicoterapia. Así pueden, por tanto, ser fácilmente persuadidos por los resultados de investigaciones, que a menudo se han realizado con muestras muy pequeñas y con unos pobres y limitados análisis de los resultados, que resultan ser más llamativas respecto a la eficacia de determinados tratamientos. Si, como terapeutas sistémicos, queremos que nuestro abordaje sea valorado y financiado por los servicios públicos, tenemos que hacer posible y facilitar la evaluación de nuestro trabajo.

Participar en este proyecto ha confirmado nuestra percepción del complejo entretreído de los contextos, social, político, económico, cultural, de género, de clase, individual, interaccional, que configuran la experiencia etiquetada como “depresión”. El hallazgo de que puede haber un cambio positivo, y que se puede mantener, como consecuencia de unas pocas sesiones de terapia confirma nuestra creencia de que la terapia sistémica es una forma parsimoniosa y elegante de tener en cuenta esta complejidad sin tener que extenderse excesivamente en la terapia.

Así, parecería que este libro no es el final de este proyecto, sino una Obertura para otro emocionante trabajo nuevo en el campo sistémico.

Bibliografía

- ANDERSEN, Tom (1987). Reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26 (4): 415-428.
- ASEN, Eia (1997). From Milan to Milan: true tales about the structural Milan approach. *Human Systems*, 8: 39-42.
- ASEN, Karl Eia; BERKOWITZ, Ruth; COOKLIN, Alan; LEFF, Julian; PIPER, Robin; y REIN, Lorian (1991). Family therapy outcome research: a trial for families, therapists and researchers. *Family Process*, 30: 320.
- BATESON, Gregory (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in, Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. London: Chandler.
- BENNETT, Elizabeth; y DENNIS, Maxine (2000). Adult mental health module. In: Elizabeth Bennett, Maxine Dennis, Nneelam Dosanjh, Aruna Mahtani, Ann Miller, Zenobia Nadirshaw, & Nemisha Patel (Eds.), *Clinical Psychology, *Race* and Culture: A Training manual*. Leicester: BPS Books.
- BOGRAD, Michele (1999). Strengthening domestic violence theories: intersections of race, class, sexual orientation and gender. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25 (3): 275-289.

- BOSCOLO, Luigi; y BERTRANDO, Paolo (1993). *The Times of Time: A New Perspective in Systemic Therapy and Consultation*. New York: W. W. Norton.
- BOSCOLO, Luigi; Cecchin, Gianfranco; Hoffman, Lynn; y Penn, Peggy (1987). *Milan Systemic Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects*. New York: Harper & Row.
- BURNHAM, John B. (1986). *Family Therapy: First Steps towards a Systemic Approach*. London: Tavistock Publications.
- CAMPBELL, David; y DRAPER, Ros (Eds.) (1985). *Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*. London: Grune & Stratton.
- Context (1999). Sowing the seeds of cultural competence: family therapy training for a multi-ethnic society. The report of the CONFETTI working party on "race", ethnicity and culture in family therapy training. *Context: A Magazine for Family Therapy and Systemic Practice*, 44.
- DE SHAZER, Steve (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: W. W. Norton.
- DOBASH, R. Emerson; y DOBASH, Russell P. (1992). *Women, Violence and Social Change*. London: Routledge.
- FLASKAS, Carmel; y PERLESZ, Amaryll (Eds.) (1996). *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy*. London: Karnac Books.
- FROSH, Stephen (1992). Masculine ideology and psychological therapy. In: Jane M. Ussher & Paula Nicolson (Eds.), *Gender Issues in Clinical Psychology*. London: Routledge.
- GEDDES, Michael; y MEDWAY, Joan (1977). The symbolic drawing of the family life space. *Family Process*, 16: 219-228.
- GEFFNER, Robert (Ed.) (1997). *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* (Special Issue), 1 (1).
- GOLDNER, Virginia (1985). Warning: family therapy may be hazardous to your health. *Family Therapy Networker*, 9 (6): 19-23.
- GOLDNER, Virginia (1998). The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process*, 37 (3): 263-286.
- GOLDNER, Virginia; PENN, Peggy; SHEINBERG, Marcia; y WALKER, Gillian (1990). Love and violence: gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*, 29 (4): 343-364.
- HAMBERGER, L. Kevin (1997a). Female offenders in domestic violence: a look at actions in their context. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 1 (1): 117-129.

- HAMBERGER, L. Kevin. (1997b). Research concerning wife abuse: implications for physician training. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1 (1): 81-96.
- HARE-MUSTIN, Rachel T. (1998). Challenging traditional discourse in psychotherapy: creating space for alternatives. *Journal of Feminist Family Therapy*, 10 (3): 39-56.
- HALEY, Jay (1976). *Problem-Solving Therapy*. San Francisco, CA: JosseyBass.
- HUGHES, Honore M. (1997). Research concerning children of battered women: clinical implications. In: Robert Geffner (Ed.), *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1 (1): 225-244.
- JACOBSON, Neil. S.; y GOTTMAN, John M. (1998). *When Men Batter Women: New Insights into Ending Abusive Relationships*. New York: Simon & Shuster.
- JASINSKI, Jana L.; y WILLIAMS, Linda M. (Eds.) (1998). *Partner Violence: A Comprehensive Review o 20 Years of Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- JENKINS, Hugh; y ASEN, Karl Eia (1992). Family therapy without the family: a framework for systemic practice. *Journal of Family Therapy*, 14: 1-14.
- JONES, Elsa (1987). Brief systemic work in psychiatric settings where a family member has been diagnosed as schizophrenic. *Journal of Family Therapy*, 9: 3-25.
- JONES, Elsa (1993). *Family Systems Therapy: Developments in the Milan Systemic Therapies*. Chichester: John Wiley.
- JONES, Elsa (1994). Gender and poverty as contexts for depression. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation and Management*, 5: 169-183.
- JONES, Elsa (1996). The gender of the therapist as contribution to the construction of meaning in therapy. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation Management*. 7 (4): 237-245. [First published in Maurizio Andolfi, Claudio Angelo, & Marcella De Nichilo (Eds.), *Sentimenti e Sistemi*. Milan: Cortina, 1996].
- JONES, Elsa (1998a). Working with the "self" of the therapist. *Context*, 40: 2-6.
- JONES, Elsa (1998b). A feminist systemic therapy? In: Bruna I. Seu & M. Colleen Heenan (Eds.), *Feminism and Psychotherapy: Reflections on Contemporary Theories and Practices*. London: Sage Publications.

- KAUFMAN, Gus Jr. (1992). The mysterious disappearance of battered women in family therapists' offices: male privilege colluding with male violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18: 233-245.
- KNUDSON-MARTIN, Carmen (1997). The politics of gender in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23 (4): 421-437.
- KUIPERS, Elisabeth; LEFF, Julian; y LAM, Dominic (1992). *Family Work for Schizophrenia: A Practical Guide*. London: Gaskefi.
- LANG, Peter; y MCADAM, Elspeth (1997). Narrative-ating: future dreams in present living. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation and Management*, 8 (1): 3-12.
- LEFF, Julian; KUIPERS, Elisabeth; BERKOWITZ, Ruth; EBERLEINFRIES, Rosemarie; y STURGEON, David (1982). A controlled trial of social intervention in schizophrenic families. *British Journal of Psychiatry*, 141: 121-134.
- LEFF, Julian; VEARNALS, Simon; BREWIN, Chris; WOLFF, Geoffrey; ALEXANDER, Barbara; ASEN, Eia; DAYSON, David; JONES, Elsa; CHISHOLM, Daniel; y EVERITT, Brian (2002). The London Depression Intervention Trial: an RCT of antidepressants versus couple therapy in the treatment and maintenance of depressed people with a partner: clinical outcomes and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177: 95-100.
- MATURANA, Humberto R.; y VARELA, Francisco J. (1988). *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*. Boston, MA: Shambala.
- MCGOLDRICK, Monica; y GERSON, R. (1985). *Genograms in Family Assessments*. New York & London: W. W. Norton.
- MILLER, Ann; y THOMAS, Lennox (1994). Introducing ideas about racism and culture into family therapy training. *Context*. 20: 25-29.
- MINUCHIN, Salvador (1974). *Families and Family Therapy*. London: Tavistock.
- MINUCHIN, Salvador; y FISHMAN, H. Charles (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- PAPP, Peggy (1984). The creative leap: the links between clinical and artistic creativity. *Family Therapy Networker* (September/October): 20-28.
- PENN, Peggy (1985). Feed-forward: future questions., future maps. *Family Process*, 24: 299-310.
- PERELBERG, Rosine Jozef; y MILLER, Ann C. (Eds.) (1990). *Gender and Power in Families*. London: Routledge.

- POTE, Helen; STRATTON, Peter; COTTRELL, David; BOSTON, Paula; SHAPIRO, David; y HANKS, Helga (1999). *Systemic Family Therapy Manual*. Leeds: University of Leeds.
- REIMERS, Sigurd; y DIMMOCK, Brian (1990). Mankind and kind men: an agenda for male family therapists. *Journal of Family Therapy*, 12 (2): 167-181.
- SACKETT, David. L.; ROSENBERG, Williams M. C.; GRAY, J. A. Muir; HAYNES, R. Brian; y RICHARDSON, W. Scott (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312: 71-72.
- SCHWARZENBACH, Felix; y LEFF, Julian (1995). "Treatment Integrity of Couple, Cognitive and Drug Therapy for Depression." Unpublished manuscript, Institute of Psychiatry, London.
- SELVINI PALAZZOLI, Mara; BOSCOLO, Luigi; CECCHIN, Gianfranco; y PRATA, Giuliana (1977). Family rituals: a powerful tool in family therapy. *Family Process*, 16: 445-453.
- SELVINI PALAZZOLI, Mara; BOSCOLO, Luigi; CECCHIN, Gianfranco; y PRATA, Giuliana (1978). *Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction*. New York: Jason Aronson.
- SELVINI PALAZZOLI, Mara; BOSCOLO, Luigi; CECCHIN, Gianfranco; y PRATA, Giuliana (1980a). Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19: 312.
- SELVINI PALAZZOLI, Mara; BOSCOLO, Luigi; CECCHIN, Gianfranco; y PRATA, Giuliana (1980b). A ritualised prescription in family therapy: odd days and even days. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6: 3-9.
- TAFFEL, Ronald (1991). Why is Daddy so grumpy? In: Thelma Jean Goodrich (Ed.), *Women and Power: Perspectives for Family Therapy*. New York: W. W. Norton.
- TOMM, Karl (1987). Interventive interviewing, Part II: reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26: 167-183.
- TOMM, Karl (1988). Interventive interviewing, Part III: intending to ask lineal, circular, strategic and reflexive questions. *Family Process*, 27: 1-15.
- UKCP (1999). *Training Standards of the Family, Couple, Sexual and Systemic Therapy Section of the United Kingdom Council for Psychotherapy*. London.

- USSHER, Jane M.; y NICOLSON, Paula (Eds.) (1992). *Gender Issues in Clinical Psychology*. London: Routledge.
- VAUGHN, Christine; y LEFF, Julian (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15: 157-165.
- WATZLAWICK, Paul; WEAKLAND, John; y FISCH, Richard (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: W.W. Norton.
- WOLAK, Janis; y FINKELHOR, David (1998). Children exposed to partner violence. In Jana L. Jasinski & Linda M. Williams (Eds.), *Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

(Dirigida por José M. Gondra)

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lecky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. UN PUNTO DE VISTA EXPERIMENTAL, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA. por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por Goldstein-Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA, Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Uppes-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES, Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS, Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por Luis Mayor y Francisco Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención por Arnold P. Goldstein y Harold R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS, Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.

54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA, Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA, Su Naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por William H. Cormier y L. Sherilyn Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freeman y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. LOS HECHOS, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y CONTROL, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. INTRODUCCIÓN A LA PSICOÉTICA, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA EFICAZ, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. LA APORTACIÓN DE E. T. GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. UNA NUEVA PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA Y LA MORALIDAD, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS, Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. MENTE Y CONDUCTA, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.

96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Elsa Jones y Eia Asen.

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
RGM, S.A., en Bilbao,
el 8 de enero de 2004.

Terapia sistémica de pareja y depresión

La presente obra trata de la aplicación de la perspectiva sistémica a personas deprimidas y a sus parejas. Ha sido escrito como respuesta al considerable interés generado, en los ambientes psicoterapéuticos y psiquiátricos, por los hallazgos de un estudio comparativo sobre la depresión llevado a cabo a lo largo de varios años, en el que los autores han participado y que ha demostrado la efectividad de la terapia sistémica. Las noticias del proyecto de Jones y Asen y de sus resultados fueron recibidas con gran entusiasmo en el campo de la terapia familiar sistémica. Su trabajo ha sido audaz, innovador y de suma importancia.

Este manual tiene dos propósitos. Primero, servir como base para un programa de formación en terapia sistémica de pareja, que vemos como la siguiente fase del trabajo en depresión. Y segundo, al ser tan exhaustivo en la variedad de técnicas usadas, se convierte en una excelente base para la nueva generación de estudios de investigación, que deberán identificar los elementos esenciales que hacen eficaz esta terapia. Es excitante haber alcanzado esta etapa tan avanzada en la investigación en depresión, cuyo futuro desarrollo se verá muy facilitado por este magnífico libro que representa el destilado de la experiencia de dos terapeutas altamente especializados.



DESCLÉE DE BROUWER

ISBN 84-330-1836-1



9 788433 018366