

**Universidad San Francisco de Quito**

**La Terapia Sistémica- Relacional como tratamiento para el Trastorno  
Depresivo Mayor: un estudio de caso.**

**Claudia Faini Terán**

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Psicología  
Clínica

Quito

Noviembre, 2010

**Universidad San Francisco de Quito**

**Colegio de Artes Liberales**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**La Terapia Sistémica- Relacional como tratamiento para el Trastorno  
Depresivo Mayor: un estudio de caso.**

**Claudia Faini Terán**

Esteban laso Ortiz  
Master en Terapia Familiar Sistémica  
Director y Miembro del Comité de Tesis

---

Teresa Borja PhD.  
Miembro del Comité de Tesis

---

Jacobo Recalde  
Psicólogo Clínico  
Miembro del Comité de Tesis

---

Carmen Fernández- Salvador  
Decana del Colegio de Artes Liberales

---

Quito, Noviembre 2010

© Derechos de Autor

Claudia Faini Terán

2010

A mis padres: por su apoyo, amor y comprensión.

## **Resumen**

La terapia sistémica con su visión tanto relacional como circular fue efectiva en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada subclínico de una mujer de 22 años de edad. La intervención sistémica se enfocó principalmente en reducir los síntomas de depresión y ansiedad, ampliar la red social, aumentar la nutrición emocional, re-contextualizar las experiencias, facilitar la sensación de placer, y disolver los circuitos recurrentes. Para medir la eficacia de la psicoterapia se utilizaron tres tests: la Escala de Hamilton para la Ansiedad, la Escala de Hamilton para la Depresión y el Listado de Síntomas 90-R. En cada uno de éstos tests los índices tanto de depresión como de ansiedad se redujeron significativamente, por lo que se puede concluir que la terapia sistémica fue eficaz.

### **Abstract**

Systemic therapy with its circular and relational perspective was effective in the treatment for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety subclinical Disorder of a 22-year-old woman. The systemic psychotherapy mainly focused on decreasing depression and anxiety symptoms, expanding the social network, increasing emotional nutrition, reframing experiences, facilitating the sensation of pleasure, and dissolving recurrent cycles. To measure the effectiveness of the therapy provided, three scales were used: the Hamilton Anxiety Rating Scale, the Hamilton Depression Rating Scale and the Symptom Checklist 90-Revised. In each one of these scales the rating measures of the symptoms of depression and anxiety decreased significantly demonstrating that the systemic psychotherapy was effective.

**Tabla de Contenido:**

Base Teórica .....	p. 1 -14
Introducción al caso .....	p. 14
Profundización del caso .....	p. 15
Historia de la Familia .....	p. 15- 18
Evaluación .....	p. 18- 23
Conceptualización del caso .....	p. 23- 33
Procedimiento .....	p. 33- 37
Tratamiento .....	p. 37- 61
Resultados .....	p. 61- 63
Implicaciones de Tratamiento en el caso y Recomendaciones.....	p. 64- 65
Referencias Bibliográficas .....	p. 66- 69
Anexos .....	p. 70- 72

### **Base Teórica:**

El Trastorno Depresivo Mayor presenta síntomas como la desesperanza, la falta de confianza, la tristeza prolongada, la reducción de energía, el deterioro de la capacidad de disfrutar, la disminución del interés y de la concentración, pensamientos alrededor de la muerte, entre otros (American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR*, 2000; Organización Mundial de la Salud, *CIE-10*, 2008). Investigaciones mencionan que la depresión es más común en mujeres casadas, hombres solteros, en personas que han tenido experiencias de pérdida en la infancia o adolescencia, y en personas sometidas a estrés agudo prolongado (Manfrida, 1996). Según algunas investigaciones la prevalencia de la depresión es de entre el 7% y el 10% de la población mundial (Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón & Díaz-Granados, 2004). En Estados Unidos se espera que una de cada ocho mujeres desarrollen un episodio depresivo a lo largo de su vida (American Psychiatric Association, *DSM-IV-R*, 2000). Entre el 20% y el 25% de los pacientes que consultan a un médico familiar por una dificultad psiquiátrica corresponde a personas con depresión (Gómez-Restrepo, et al., 2004). Así mismo, es un trastorno que ha tenido buena eficacia en cuanto a su remisión con el uso de psicofármacos (Linares & Campo, 2000). Sin embargo, se ha apreciado que las intervenciones psicoterapéuticas también son de gran ayuda (Linares & Campo, 2000).

La discusión acerca del origen de los trastornos depresivos suele fluctuar entre la posición biológica y la posición social, relacional (Linares & Campo, 2000). Desde el punto de vista relacional una característica relevante de las personas con depresión es que suelen referir aspectos carenciales en su historia personal (Linares, 2001). Estos aspectos carenciales se vinculan en un principio con la familia de origen. La parentalidad, es decir las funciones parentales, y la conyugalidad, las funciones conyugales, de la familia de origen se relacionan con una posible depresión del hijo en el futuro (Linares & Campo, 2000). Como mencionan Linares & Campo (2000):

“ Por parentalidad entendemos la plasmación de la nutrición emocional en el contexto relacional paternofilial: un conjunto de funciones que incluyen la sociabilización, necesaria para asegurar la viabilidad del niño en su ecosistema, así como el reconocimiento, la valoración y el cariño, imprescindibles para garantizar su consolidación como individuo. Las funciones conyugales, en cambio, están extentas del componente sociabilizador y se basan fundamentalmente en una oferta relacional que, al reconocimiento, la valoración y el cariño, añade el deseo ” (p.21).

Por lo tanto, para que el niño se sienta amado por sus padres debe sentirse valorado, reconocido, querido y adecuadamente sociabilizado. Si esto no ocurre sentirá una gran falta de afecto que puede llamarse carencia de nutrición emocional (Linares & Campo, 2000). Generalmente, en las personas que sufren un trastorno depresivo la carencia de nutrición emocional suele relacionarse de manera más fuerte con la falta de valoración (Linares & Campo, 2000). Se ha podido observar que cuando niños, las personas que desarrollan trastornos depresivos, suelen ser sumamente exigidos por sus familiares; determinando su sociabilización en términos altamente normativos y estableciendo un proceso aparentemente exitoso (Linares, 2001). Sin embargo, su contexto de abandono emocional puede hacer que exista un desvío de las normas llegando a los comportamientos autodestructivos característicos de la depresión (Linares, 2001).

La familia de origen de los pacientes con depresión, sus padres, suele estar marcada por una conyugalidad aparentemente estable en la que es común observar desigualdad en la pareja de los progenitores con uno de ellos claramente dominante y el otro que se presenta como débil (Linares & Campo, 2000). La pareja conyugal funciona aparentemente bien aceptando sus posiciones. Así mismo, se puede decir que la mayoría de éstas familias no triangulan a sus hijos pero si les cuesta proporcionar nutrición emocional por lo que se asienta la carencia emocional del hijo (Linares & Campo, 2000). Llama la atención en éstas familias el contraste entre el alto rendimiento que alcanzan en la sociabilización (dimensión normativa) y el fracaso en la nutrición emocional (Linares, 2001). Las familias suelen estar caracterizadas por el deseo común de ser útiles para los demás dejando de lado sus propias necesidades para intentar satisfacer las de la familia o comunidad en general (Linares & Campo, 2000). Por lo tanto, se suelen observar hijos preocupados y madres atentas en el ámbito servicial.

Por otro lado, la organización familiar suele ser rígida con valores y creencias estrictos. Estos valores y creencias se encierran dentro de la familia, muchas veces aparentando perfeccionismo, pero hay una clara intolerancia a las fallas y a las críticas por lo que los hijos temen defraudar las expectativas que se les imponen (Linares & Campo, 2000). El peso de la responsabilidad, la necesidad de ser considerado solvente, y la obsesión por preservar una apariencia de honorabilidad marca la vida de las personas que suelen generar procesos depresivos (Linares & Campo, 2000). Esto último forja la poderosa tendencia de las personas con depresión a negar los aspectos relacionales involucrados en su malestar; la cual conduce al encubrimiento del

sufrimiento significativo muchas veces experimentado durante su niñez y adolescencia (Linares, 2001). Es por esta razón, que la mayoría de las veces las personas deprimidas llegan a una consulta psicológica después de una pérdida importante o sin saber realmente la razón por la que se encuentran deprimidos. En el proceso se va descubriendo la carencia afectiva percibida por la persona durante su niñez y adolescencia, descubrimiento que la persona intenta no sacar a la luz éste hecho por el dolor que causa y porque le cuesta mucho quitarse la máscara, la cual aparenta perfeccionismo y honorabilidad (Linares, 2001).

Cuando una persona depresiva alcanza la adolescencia o la adultez temprana trata de conseguir, fuera de su familia de origen, las fuentes de nutrición emocional que no ha podido encontrar dentro de la misma (Linares, 2001). Por lo tanto, busca una pareja protectora que le proporcione nutrición emocional para que le otorgue la valoración, el reconocimiento y el cariño que no ha podido experimentar hasta el momento (Linares, 2001). La búsqueda de la pareja que le brinde nutrición emocional suele ser bastante rápida, ya que necesitan llenar su carencia afectiva lo antes posible, por lo que muchas veces puede no ser una decisión adecuada (Linares & Campo, 2000). Cuando dentro de su relación de pareja ocurre lo que se considera un engaño, por ejemplo: estar con otra persona, poner el trabajo como prioridad, no tomar en cuenta los esfuerzos realizados, entre otros, las expectativas de obtener nutrición emocional se desvanecen y la depresión llega con mucha fuerza (Linares & Campo, 2000). Al difuminarse las esperanzas de conseguir nutrición emocional la relación de la pareja cambia y deja de ser nutricia es decir, deja de ser una fuente de cariño, respeto y valoración (Linares & Campo, 2000). Payekl y otros (1973) tras numerosas investigaciones llegaron a la conclusión de que los problemas de pareja en los seis meses previos a la presentación del cuadro son las situaciones que con mayor frecuencia preceden a los síntomas depresivos (Linares & Campo, 2000). Con el engaño la relación de la pareja comienza a hacerse cada vez más rígida complementaria colocando al paciente por debajo y hundiéndolo cada vez más (Linares & Campo, 2000). Los síntomas como la tristeza, la inactividad, el aislamiento, la desesperanza, entre otros, surgen como los únicos recursos que tiene la persona para recuperar cierta iniciativa relacional con su pareja (Linares & Campo, 2000). Es decir, que los síntomas depresivos son una herramienta para tratar de hacer que la pareja cuide nuevamente de la persona proporcionándole algo de nutrición emocional, que aunque sea escasa, es

mejor que no recibir nada. Este proceso, crea la mayoría de las veces relaciones de pareja dependientes (Linares & Campo, 2000).

Con todo lo mencionado anteriormente, se puede plantear la narrativa del depresivo. Antes que nada la identidad de la persona con depresión suele estar fundamentada en la carencia de nutrición emocional y acompañada por exigencia normativa, descalificación e invalencia (Linares & Campo, 2000). El espacio emocional conlleva emociones de tristeza, culpa, rencor y hostilidad encubierta (Linares & Campo, 2000). El espacio cognitivo se manifiesta con pensamientos de desesperanza, injusticia, inferioridad, fracaso, incapacidad, dignidad, honorabilidad y respetabilidad (Linares & Campo, 2000). Finalmente, en el espacio pragmático la responsabilidad, hipersociabilidad, inhibición, bloqueo, pereza y desmotivación son las actitudes y pensamientos que se encuentran más constantes (Linares & Campo, 2000).

Bowlby considera trascendental la relación que existe entre la pérdida real, (muerte o separación) de un ser significativo durante la niñez y la depresión (Bowlby, 1985; Linares & Campo, 2000). Bowlby menciona que los niños que no logran obtener una base segura de aprecio, cariño y confianza con sus padres o seres significativos tienen dificultades en la construcción de su identidad (Bowlby, 1985; Linares & Campo, 2000). La dificultad de la construcción de la identidad presenta una vulnerabilidad ante la pérdida de personas o valores que daban significado y sentido a su vida llegando a predecir que nada es bueno desde ese entonces hacia adelante, generando una visión negativa de sí mismos, del mundo y de su futuro: depresión (Bowlby, 1985; Linares & Campo, 2000). En América Latina se han realizado algunos estudios y se ha podido observar que en Chile, Brasil, México, Argentina y Colombia la prevalencia varía entre el 4.5% y el 7.1% de la población (Gómez-Restrepo, et al., 2004). En la actualidad del contexto Latinoamericano la migración ha hecho que la pérdida real de un ser significativo, generalmente uno de los padres, sea una situación común. Por ende, una gran cantidad de niños no obtienen una base segura de cariño, aprecio y confianza, por lo que posiblemente desarrollarán procesos depresivos en el futuro (Medina Centeno, 2001).

Las investigaciones mencionan que el Trastorno Depresivo Mayor suele ir acompañado por algún tipo de Trastorno de Ansiedad (Agudelo, Casadiegos, & Sánchez, 2008; González, Herrero, Viña, Ibáñez, & Peñate, 2004; Katerndahl, 2009; &

Murphy, Horton, Laird, Monson, Sobol & Leighton, 2004). Más de la mitad de las personas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor cumplen con los criterios para un trastorno de ansiedad, especialmente, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico (Agudelo, 2008). Sin embargo, hay investigadores que creen que la comorbilidad es inclusive más alta llegando a ser aproximadamente el 75% de los casos de depresión los que también presentan síntomas de ansiedad (González, 2004). Así mismo, en casos de ansiedad generalizada se calcula que alrededor del 62% de las personas sufren al mismo tiempo de depresión (Griez, Faravelli, Nutt & Zohar, 2001). González et al. (2004) menciona que la comorbilidad se puede ejemplificar inclusive en el ámbito farmacológico ya que muchos antidepresivos tienen efectos reductores sobre algunos trastornos de ansiedad. Así mismo, las investigaciones refieren que la comorbilidad es más común en mujeres jóvenes (Agudelo et al., 2008; Murphy et al., 2004). Esto concuerda con las investigaciones que refieren que en los servicios de bienestar universitario uno de los principales motivos de consulta son depresión y ansiedad en mujeres (Agudelo et al., 2008).

Por otro lado Murphy et al. (2004) mencionan que es más difícil encontrar personas únicamente con depresión que solamente con ansiedad, es decir, que generalmente la depresión viene acompañada de ansiedad. Así mismo, éstos investigadores han observado que las depresiones de larga duración, es decir más de 6 meses, suelen presentar los síntomas ansiosos que la acompañan inclusive después de que los síntomas depresivos desaparecen (Murphy et al., 2004). Por lo tanto, es común observar en un caso de comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada que la depresión se va desvaneciendo mientras que la ansiedad continúa, aunque con menor intensidad que en un principio (Murphy et al., 2004).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada es el desorden de ansiedad más común en consultas de cuidado primario o de medicina familiar pero es el trastorno menos común en las clínicas de salud mental (Griez et al., 2001). El Trastorno de Ansiedad Generalizada es dos veces más común en mujeres que en hombres, su prevalencia es del 1.6% de la población y llega a su punto máximo entre los 25 y los 30 años de edad, con un inicio en la adolescencia tardía o la juventud temprana (Griez, et al., 2001). Los factores ambientales tienen un papel fundamental en este trastorno siendo los mayores factores de riesgo la separación, el divorcio, el abandono y el desempleo (Griez, et al., 2001). Por lo tanto, son las situaciones que la persona considera estresantes las que

suelen dar inicio a este cuadro (Griez, et al., 2001). Algunos estudios sostienen que las personas que desarrollan el Trastorno de Ansiedad Generalizada son individuos que siempre han sido algo ansiosos y que en periodos de estrés padecen de más sintomatología que la población general, por lo que llegan a consulta (Griez, et al., 2001). Es importante notar que el Trastorno de Ansiedad Generalizada se asocia con el síndrome de fatiga crónica y con el desorden de somatización por lo que es común que las personas ansiosas se sientan sumamente cansadas y tengan quejas corporales (Griez, et al., 2001).

Por otro lado, los investigadores han podido observar que una de las principales razones por las que se experimenta ansiedad es por la separación o amenaza de separación de los seres amados, en la niñez de uno de los padres (Bowlby, 1985; Liu, Li & Ge, 2009). Cuando hay una separación, una pérdida o la muerte de uno de los padres, puede ser tanto de la madre como del padre, antes de que el niño tenga 7 años de edad, las consecuencias en el futuro suelen ser cuadros depresivos y ansiosos (Liu, et al., 2009). Bowlby (1985) menciona que los estados de ansiedad y depresión en la vida adulta pueden relacionarse de manera sistemática con los estados de ansiedad, y desapego durante la niñez .

La conducta de apego puede entenderse como el comportamiento que reduce la distancia de las personas u objetos que suministran protección (Bowlby, 1985). Por lo tanto, la figura que provee protección es conocida como la figura de apego (Bowlby, 1985). Son las figuras de apego las que dan más confianza y seguridad a las personas (Bowlby, 1985). Cuando un individuo confía en contar con la presencia o el apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos vulnerable a experimentar miedos intensos o crónicos que un individuo que, por una razón u otra, no tiene el mismo grado de confianza con su figura de apego (Bowlby, 1985). Esta confianza en la disponibilidad de las figuras de apego se va adquiriendo poco a poco a través de las experiencias reales durante la niñez y la adolescencia y tiende a perdurar sin mayores cambios durante toda la vida (Bowlby, 1985). El individuo que siente que no puede confiar en el apoyo, la protección y la ayuda de su figura de apego siempre que él la necesite tenderá a no sentirse querido y deseado por su figura de apego, la persona que en teoría debería ser la que más le quiere, y por lo tanto, no digno del deseo o el cariño de nadie (Bowlby, 1985). En otras palabras el individuo se sentirá abandonado.

Muchas veces la falta de confianza en la disponibilidad de la figura de apego se

asocia con una separación, una partida, o una pérdida ya que con la separación, la partida o la pérdida de la figura de apego el individuo se queda sin una figura en quien confiar y sin la disponibilidad de ayuda y protección inmediata cuando la requiere. Se ha podido observar muchas veces que cuando una persona que se ha separado de su figura de apego o la ha perdido crece y conoce a una posible pareja no confía en que la pareja se muestre accesible siempre que la necesite o que le responda de manera adecuada, por lo tanto, adopta la estrategia de mantenerse muy cerca y de formar una relación estrecha para asegurar así su disponibilidad y afecto en la medida de lo posible (Bowlby, 1985). Así mismo, se puede observar que cuando el individuo siente que hay una posible separación por parte de la pareja enseguida intuye un posible abandono y experimenta mucho temor de que la relación llegue a su fin. Para que el abandono no se concrete la persona se aferra fuertemente a su pareja. Este tipo de apego se conoce con el nombre de apego ansioso o apego inseguro (Bowlby, 1985). Como su nombre lo indica las personas con este tipo de apego se ponen muy ansiosas en situaciones de separación o pérdida y tratan de recuperar la relación de todas las formas posibles. Sin embargo, su comportamiento mismo aleja más a la persona deseada terminando por alejarla y hacer realidad su miedo: quedarse solo. Todo esto hace que el apego ansioso o inseguro se relacione con episodios de ansiedad y depresión (Bowlby, 1985).

La comorbilidad entre los trastornos depresivos y ansiosos tiene sentido si es que se toma en cuenta las situaciones relacionales de las personas que los padecen. Por un lado, Linares (2001) menciona que los trastornos depresivos se relacionan con carencias de nutrición emocional o relacional. Estas carencias de nutrición emocional suelen llevar a la persona a creer que se encuentra de cierto modo abandonada por sus padres. Por otro lado, Bowlby (1985) menciona que la falta de confianza en la disponibilidad de la figura de apego, frecuentemente formada tras una separación o pérdida de la figura de apego, se relaciona con el tipo de apego ansioso y los trastornos de ansiedad en la adultez. Se podría decir que la falta de confianza en la disponibilidad de la figura de apego, la cual la mayoría de veces corresponde a uno de los padres, también lleva a una sensación de abandono la cual, se relaciona con la carencia de nutrición emocional. Si es que una persona no está disponible ante las necesidades de otra no le puede otorgar nutrición emocional. Por lo tanto, es claro que las razones relacionales que suelen llevar al desarrollo de ambos trastornos se relacionan entre sí: falta de confianza en la figura de apego y carencia de nutrición emocional conducen a una sensación de

abandono. Esto lleva a la conclusión de que ambos trastornos suelen ser comórbidos ya que las situaciones relacionales de cada uno de ellos tienen muchos aspectos en común. El hecho de que ambos trastornos compartan situaciones familiares y relacionales similares los hace propicios para un tratamiento basado en la psicoterapia sistémica en la cual se toman en cuenta las situaciones relacionales del paciente y su contexto.

Entre los tratamientos psicológicos disponibles para el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada se encuentran: la terapia cognitivo-conductual, la terapia humanista, la terapia psicodinámica, la terapia sistémica, entre otras. En estudios (Echeburúa, Salaberría, Corral, Cenea & Berasetegui, 2000; Jiménez, 2003; Roth & Heinberg, 2002) sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual la mejoría de los pacientes es entre 50% y 70%. Es decir, que entre el 50% y el 70% de las personas que recibieron éste tipo de tratamiento mejoraron mientras que solamente el 9% de las personas del grupo de control disminuyó de manera significativa los síntomas depresivos y ansiosos (Echeburúa et al., 2000). La terapia cognitivo-conductual es la corriente que más investigaciones empíricas tiene ya que su estructura facilita la investigación científica de su eficacia (Jiménez, 2003). Por otro lado, la terapia humanista también ha demostrado ser efectiva en casos de depresión y ansiedad (Cain & Seeman, 2008). Un metanálisis realizado por Cain & Seeman (2008) demuestra que los clientes que recibieron terapia humanista mejoraron de manera significativa en comparación con sujetos que no recibieron tratamiento. El mismo estudio menciona que en términos generales la terapia humanista tiene una eficacia equivalente al resto de psicoterapias (Cain & Seeman, 2008). Sin embargo, cuando se le compara con la terapia cognitivo-conductual la terapia humanista demuestra ser alrededor de 15% menos efectiva (Cain & Seeman, 2008). Por su parte la terapia psicodinámica es más efectiva que la ausencia de tratamiento terapéutico (Jiménez, 2003). También ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de depresión, sin embargo, su efectividad no es muy alta para los trastornos de ansiedad (Jiménez, 2003; Leichsenring, 2005).

La terapia sistémica en general obtiene resultados similares a otros tratamientos disponibles en psicoterapia, lo que quiere decir que sus efectos son superiores al no tratamiento y alrededor de dos tercios de los pacientes tratados mejoran (Feixas & Miró, 1993). Se ha podido observar que los resultados suelen ser positivos cuando los tratamientos son relativamente cortos, es decir, no superan las veinte sesiones de

psicoterapia (Feixas & Miró, 1993). Un metanálisis realizado por Shadish et al. (1993) en el que se recogen datos de artículos entre 1963 y 1988 menciona que en promedio el cliente tratado con terapia familiar sistémica funcionaba mejor que 60% de los individuos que no recibieron tratamiento (Trull & Phares, 2003). Lamentablemente en éste metanálisis no se especifica la eficacia de la terapia sistémica según el diagnóstico del paciente. La terapia sistémica ha demostrado eficacia en cuanto al tratamiento en trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.

El equipo del Institute of Psychiatry en Londres en el año 1991 realizó el *London Depression Intervention Trial* con el propósito de comparar la eficacia del tratamiento farmacológico con antidepresivos, la terapia cognitivo-conductual y la terapia sistémica (Selvini, 2001). Los resultados no se pudieron comparar con la terapia cognitivo-conductual sin embargo, indican que la terapia sistémica da mejores resultados que los fármacos antidepresivos (Selvini, 2001). Por otro lado, investigaciones realizadas por Cottrell (2003) y Brent, Holder, Kolko, Birmaher, Baugher, Roth & Johnson (1997) sostienen que la terapia sistémica es eficaz en cuanto a la prevención de recaídas e intentos de suicidio en el tratamiento de la depresión (Larner, 2009). Así mismo, Brent et al. (1997) afirman que la terapia familiar sistémica es sumamente efectiva para disminuir los síntomas de depresión y que aumenta la eficacia de los psicofármacos antidepresivos especialmente en adolescentes y adultos jóvenes (Larner, 2009). Por otro lado, luego de un ensayo clínico realizado en Londres, Atenas y Helsinki los investigadores Trowell, Joffe, Campbell, Clemente, Almqvist & Soininen (2007) encontraron que la terapia sistémica es altamente efectiva en cuanto a la reducción de la sintomatología depresiva en trastornos de depresión moderada y severa en niños, adolescentes y adultos (Larner, 2009). Algunas investigaciones (Linares, 2001; Linares & Campo, 2000) han demostrado la utilidad de incluir la esfera de la conyugalidad y la parentalidad en el abordaje terapéutico de la depresión ya que la eficacia del tratamiento aumenta y las recaídas disminuyen. Finalmente, tanto en casos de ansiedad como de depresión la ampliación de la red social y el aumento de la nutrición emocional del paciente ha ayudado de manera significativa a sostener los resultados positivos obtenidos en las psicoterapias de corte sistémico (Linares & Campo, 2000).

Tomando en cuenta el hecho de que la terapia sistémica si cuenta con eficacia terapéutica para el tratamiento de trastornos tanto depresivos como ansiosos, que sus

resultados son sostenibles a largo plazo, y que ambos trastornos suelen tener una base relacional fuerte: familia de origen y separación o pérdida, en el caso que se presenta a continuación se utiliza el modelo sistémico como tratamiento psicoterapéutico para éste caso en particular. El caso en cuestión encaja bastante bien con la teoría sistémica relacional de la Escuela de Terapia Familiar de Barcelona sobre la relevancia de la familia de origen y las separaciones en los trastornos depresivos y ansiosos. Por lo tanto, a pesar de que otras teorías psicoterapéuticas también hubieran sido eficaces para tratar la sintomatología depresiva y ansiosa, se considera que el uso de la terapia sistémica-relacional ayuda a ampliar el foco de atención de la paciente sobre su familia y a buscar redes sociales de apoyo sólidas las cuales pueden ayudar a que su mejoría se mantenga a lo largo del tiempo (Linares & Campo, 2000). Para entender un poco de dónde surge la terapia familiar sistémica y su forma de trabajo es importante conocer ciertos componentes de su historia.

La terapia sistémica nació a mediados de los años 1950's en Estados Unidos (Bertrando & Toffanetti, 2004; Kit, 2003). Sus inicios surgen de la cibernética (el estudio de la autorregulación tanto en los sistemas naturales como en los artificiales), de la teoría general de los sistemas, el sistema de control y el concepto de retroalimentación (Bertrando & Toffanetti, 2004). La teoría general de los sistemas de Ludwing von Bertalanffy es una organización general que se puede aplicar a cualquier tipo de sistema para describirlo de la siguiente manera: " el sistema es un todo que se comporta de forma diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias significativas sobre su forma de comportarse " (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 54). Por otro lado, el sistema de control estaba siendo investigado por John von Neumann y Norbert Wiener en el área de las armas y la computación (Bertrando & Toffanetti, 2004). Fue Wiener quién durante la II Guerra Mundial diseñó para un arma un sistema de control automático en el que utiliza retroalimentación negativa y quién de allí en adelante crea una cibernética abierta al ser vivo, un estudio del control y de la autoorganización (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Por su parte, von Neumann desarrolla la cibernética del control externo e impuesto y la teoría de juegos. Sus ideas son las que con el paso del tiempo evolucionan hacia la informática (Bertrando & Toffanetti, 2004). Finalmente, el concepto de retroalimentación, llamado así por Wiener, es un concepto que se encuentra

en las unidades que forman un sistema cibernético (Bertrando & Toffanetti, 2004). Las unidades del sistema cibernético siempre reciben y dan un mensaje de respuesta relacionado con el mensaje recibido o emitido; éste mensaje regresa al emisor modificándolo (Bertrando & Toffanetti, 2004). La retroalimentación permite el cambio de la visión lineal causa – efecto, hacia la visión circular: “una parte del sistema causa una modificación en otra parte del mismo, que a su vez reacciona modificando la primera y así sucesivamente” ( Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 61; Hoffman, 1981; Ortiz, 2008). La visión circular será uno de los puntos claves de la teoría sistémica. Son Gregory Bateson, Margaret Mead y Lawrence Frank quienes tienen la idea de combinar los nuevos descubrimientos de la cibernética, mencionados con anterioridad, y adquirirlos como propios para áreas más humanísticas, entre ellas la psicología (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Los puntos mencionados anteriormente sobre la cibernética permiten a la psicología clínica tomar en cuenta el hecho de que el comportamiento de cada uno de los miembros de una familia depende de cómo es su relación con los demás. Esto a su vez, lleva a los terapeutas a poner más atención al ambiente y el contexto donde se encuentra el individuo que al individuo por separado, permitiendo que se intente sondear el significado de las acciones y el comportamiento del individuo en el contexto que lo rodea, su ambiente (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1987; Ortiz, 2008). Es de esta manera cómo los terapeutas sistémicos pasan de tener una visión intrapsíquica a tener una visión relacional, dejando de investigar el *por qué* de los acontecimientos (el pasado) y pasando a indagar el *cómo* éstos suceden (Bertrando & Toffanetti, 2004). Así mismo, la visión circular, en la que cada parte del sistema modifica a otra parte, y que esa parte modifica la primera, ejemplifica cómo las relaciones influyen sobre los miembros del sistema.

Para clarificar esta idea se puede usar un ejemplo: un padre grita a su hijo porque éste no ha ordenado su cuarto, el hijo ante el grito del padre se siente dolido y piensa que su padre no lo quiere, llevándolo a no ordenar como muestra de rebeldía, lo cual hace que el padre le grite nuevamente con mayor intensidad, y así sucesivamente. La visión circular permite observar cómo las relaciones entre los miembros forman un patrón de comportamiento que puede o no llegar a ser problemático (Bertrando & Toffanetti, 2004; Ortiz, 2008). Por otro lado, permite comprender el comportamiento de las personas “ (...) los problemas de comportamiento del paciente adquieren sentido

si se insertan en la historia de la familia (...)” (Bell, en Bertrando & Toffanetti, 2004, p.75; Hoffman, 1987). Por lo tanto, se podría decir que los terapeutas sistémicos intentan identificar y disolver los círculos que son problemáticos para un individuo o una familia.

La visión circular también es aplicable a la interacción entre cliente y terapeuta dentro de una sesión de terapia. Como dice Hoffman (1987)

“ Ya no es posible creer que el terapeuta “ causa un efecto “ sobre el cliente o la familia por medio de su personalidad, su habilidad o su técnica. El terapeuta no es un agente, y el cliente no es un sujeto. Ambos forman parte de un campo más extenso en que terapeuta, familia y cierto número de otros elementos actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras impredecibles, porque cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza del campo en que residen los elementos de este nuevo sistema terapéutico “ (p.19-20).

Tomando en cuenta la interacción entre cliente y terapeuta desde la visión circular, la terapia deja de ser un encuentro en el que el terapeuta es el “ profesional que sabe “ y el paciente la persona que viene en busca de ayuda y se convierte en un encuentro en el que tanto paciente como terapeuta colaboran y trabajan juntos: el paciente es el experto sobre su propia vida y el terapeuta es un facilitador del cambio. En el Nuevo Modelo de Milán de Boscolo y Cecchin en la década de los 80’s la terapia se convierte en una creación común de historias, alternativas y nuevos significados entre terapeuta y paciente y su realidad compartida (Bertrando & Toffanetti, 2004). Es decir, terapeuta y cliente se ven como personas iguales que se encuentran en un momento dado para ayudarse mutuamente: tanto el cliente como el terapeuta aprenden y sacan algo nuevo del proceso terapéutico.

Otros aspectos importantes de la terapia familiar sistémica son el uso del espejo unidireccional, la grabación de las sesiones y el equipo terapéutico. El espejo unidireccional fue adquirido por Don Jackson alrededor del año 1957 (Bertrando & Toffanetti, 2004). El uso del espejo es fundamental ya que cambia la estructura misma de la terapia: un equipo terapéutico observa lo que ocurre durante la sesión tras el espejo unidireccional, el terapeuta realiza una pausa en la sesión y acude al área tras el espejo unidireccional para observar a la familia y compartir con el equipo terapéutico sus observaciones e hipótesis, finalmente, el terapeuta vuelve a la sala de terapia para proponer sugerencias a la familia y concluir la sesión (Bertrando & Toffanetti, 2004). La estructura de la sesión cambia y la familia pasa a ser tratada por un equipo

terapéutico. Por otro lado, si no se puede utilizar un espejo unidireccional se graban las sesiones para que las mismas sean supervisadas constantemente por un grupo terapéutico, llegando a tener una funcionalidad similar a la del espejo unidireccional. Otra función de la grabación de sesiones, la cual utilizaban algunas veces los terapeutas del equipo de Palo Alto, es mostrar los videos a los pacientes para que ellos puedan evidenciar en el proceso, sus cambios y patrones de interacción (Bertrando & Toffanetti, 2004). Todos éstos aspectos de la terapia familiar sistémica se pueden aplicar para el tratamiento de la amplia gama de trastornos y desordenes mentales por ejemplo: el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Durante el proceso de psicoterapia el modelo sistémico se focaliza en distintos aspectos y utiliza técnicas diferentes para reducir tanto la depresión como la ansiedad. Uno de los puntos importantes de la terapia familiar sistémica, especialmente la de corte estratégico, es que el proceso sea relativamente corto, alrededor de 12 sesiones, y que el terapeuta trabaje con lo que el paciente considera como el problema y el significado que éste le otorga al mismo (Bertrando & Toffanetti, 2004). Los aspectos y técnicas utilizados en el caso en cuestión se basan en estudios e investigaciones de tratamientos sistémicos en general y de tratamientos sistémicos utilizados en casos similares de Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada (Bertrando & Toffanetti, 2004; Feixas & Miró, 1993; Feixas, Muñoz Cano, Dada Sánchez, Compañ Felipe, & Arroyo Andreu, 2009 ; Hoffman, 1987; Laso, 2010; Linares, 2001; Linares & Campo, 2000; Ortiz, 2008). Algunos de los aspectos de intervenciones eficaces se presentan a continuación: lo primero que se hace es explorar el problema por el que el cliente acude a terapia, soluciones intentadas y patrones relacionados con el mantenimiento de los síntomas (Feixas, et al., 2009; Hoffman, 1987; Linares & Campo, 2000). Luego se obtiene información sobre la familia de origen del cliente: cómo ha sido la conyugalidad y la parentalidad en su familia con el propósito de detectar carencias de nutrición emocional, situaciones de pérdida o separación, y funcionamientos circulares entre los miembros de la familia (Feixas et al., 2009; Linares & Campo, 2000). Así mismo, se profundiza en el ámbito escolar y social para buscar recursos del cliente que puedan aportar a la terapia (Linares & Campo, 2000).

Por otro lado, se busca re-enmarcar la situación familiar para intentar ver el problema de una forma distinta y poder atribuir significados a los síntomas (Hoffman, 1987; Manfredi, 1996). En el proceso psicoterapéutico también se busca facilitar tanto

la expresión de sentimientos y emociones como la sensación de placer en la experiencia del paciente deprimido y ansioso (Linares & Campo, 2000). Así mismo, se busca ampliar la red social del cliente para que aumenten las fuentes que le proporcionan nutrición emocional (Linares & Campo, 2000). Se logra obtener información acerca del funcionamiento familiar o de pareja del cliente a través de preguntas circulares las cuales facilitan evidenciar los círculos recurrentes que se intentan disolver a través de responsabilidad y nutrición emocional (Bertrando & Toffanetti, 2004; Laso, 2010 & Ortiz, 2008). Es importante notar que durante el proceso se le pide al paciente que cumpla con algunas tareas mientras que el terapeuta busca proteger los pequeños cambios que se van obteniendo a lo largo del proceso (Hoffman, 1987; Laso, 2010). Las sesiones psicoterapéuticas llegan a su fin en el momento que los síntomas se han reducido de forma significativa y que el cliente ya no tiene la demanda con la que llegó a terapia en un principio (Ortiz, 2008).

### **Introducción al caso:**

Por confidencialidad con la paciente su nombre, datos personales y datos familiares han sido cambiados. La paciente será identificada con las letras "X.X.". X.X., una mujer de 22 años de edad, requiere un proceso terapéutico ya que se ha sentido mal durante el último mes después de que vio a su novio con otra chica. Refiere sentirse sumamente ansiosa (aprensión, irritabilidad, tensión, llanto fácil, temblor, desmayos, vómitos, dificultades para dormir, dolores musculares y parálisis de las piernas - la cual ocurre aproximadamente un mes antes de llegar a consulta y cesa entre dos y tres semanas antes de la consulta ) y deprimida (llanto fácil, falta de interés, falta de concentración, desamparo, sensación de culpabilidad, insomnio y falta de apetito) la mayoría de los días. Es ella quién pide la consulta para sí misma.

### **Profundización del caso:**

La historia de crecimiento de X.X. fue normal. Nació después de nueve meses de gestación y alcanzó los hitos de crecimiento de forma regular. Desde pequeña se mostró algo tímida frente a los desconocidos, pero una vez que hacía amigos era cercana y extrovertida junto a ellos. Su escolarización fue estable hasta sus 7 años de edad, a mediados del primer grado de escuela, época en la que su padre se fue del país. Su rendimiento en la escuela es bajo durante los dos primeros años en los que su padre se encuentra ausente, no prestaba atención en clase, no participaba, no realizaba las

tareas, entre otros. Es por esta razón que perdió un año en la escuela, el segundo grado. Desde sus 10 años en adelante X.X. fue una alumna buena, obtenía notas entre 16 y 20, era responsable con sus estudios y pudo graduarse tanto de la escuela como del colegio sin mayores dificultades. Durante el primer año de universidad su rendimiento académico fue bastante bueno con un promedio de notas de B. Sin embargo, desde el inicio del segundo semestre de su segundo año, es decir el semestre en el que se lleva a cabo la consulta, sus notas han empezado a decaer. Su estado de ánimo no le permite concentrarse y le cuesta mucho estudiar para los exámenes. Se puede observar claramente que existe una correlación entre el estado de ánimo de X.X. y su rendimiento académico. Esta correlación, depresión y bajo rendimiento académico, es bastante común en niños y adolescentes deprimidos y suele ser asociada con altos índices de suicidio (Son & Kirchner, 2000).

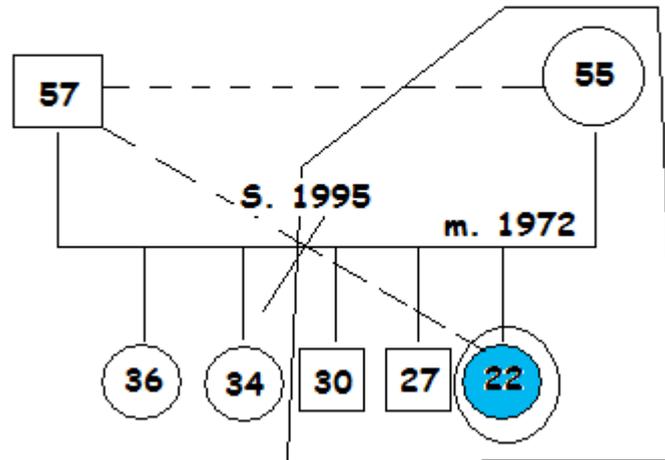
### **Historia de la familia:**

#### **Familia: Z.Z.**

La familia Z.Z. está conformada por siete miembros. El padre tiene 57 años de edad y vive desde hace más de una década en Europa. La madre tiene 55 años de edad. El padre y la madre han estado casados desde hace aproximadamente 40 años. En la actualidad, viven separados dado el trabajo del padre en Europa. Ambos han tenido cinco hijos, de los cuales tres continúan viviendo en la casa con la madre. La hija mayor tiene 36 años es casada tiene dos hijas y vive en su propio hogar. La segunda hija tiene 34 años está casada, no tiene hijos pero habita con su esposo en el nuevo hogar que han formado. El tercer hijo, quien continúa viviendo con su madre, tiene 30 años. El cuarto hijo tiene 27 años de edad, el también vive con su madre. Finalmente, la última hija es X.X. de 22 años de edad, es ella quién acude a terapia. Toda la familia nació en una provincia de la Sierra ecuatoriana y habitó en dicha provincia durante algún periodo de su vida.

Se puede decir que la familia Z.Z. es una familia monoparental. Se la considera una familia monoparental ya que el padre dejó la familia por situaciones económicas, y la madre se quedó a cargo de los hijos (Ortiz, 2008).

## GENOGRAMA



### Educación – Ocupación:

Tanto el padre como la madre cursaron hasta el final del colegio en una ciudad fuera de Quito. Sin embargo, ninguno de ellos continuó con el estudio universitario. La madre se dedicó a la crianza de sus hijos y desde hace 1 año y medio trabaja en un restaurante familiar el cual formó con sus hijos hombres. En el restaurante ella cocina y ayuda a atender a los clientes. Por otro lado, el padre trabajaba ayudando en un almacén de su madre y más tarde manejaba camiones alrededor de la Sierra ecuatoriana. Él consideraba que no podía dar a su familia todo lo que él deseaba, es por esta razón, que hace más de una década tomó la decisión de viajar a Europa ilegalmente y tratar de conseguir allá un trabajo que le ayude a sustentar mejor a su familia. En Europa ha trabajado recolectando frutas y en los últimos dos años manejando un camión cargado de comida alrededor de dicho continente.

Todos los hijos de la pareja han podido estudiar todo el colegio y obtener un título universitario. Los cuatro hijos mayores realizaron la universidad en una provincia de la Sierra ecuatoriana, mientras que X.X. está cursando su segundo año de estudios en una universidad de la capital. Uno de los hijos administra el restaurante familiar, el otro hijo hombre trabaja en un negocio propio durante la semana y los fines de semana trabaja en el restaurante de la familia. Las dos hijas mujeres también ayudan en el restaurante que pertenece a su familia. Finalmente, X.X. no tiene un trabajo pero los fines de semana que no tiene muchas tareas ayuda con los clientes en el restaurante.

**Ámbito Social:**

En cuanto al ámbito social de la familia los datos más relevantes se presentan a continuación. La familia pertenece a un estrato socioeconómico de clase media. La familia es originaria de una provincia de la Sierra ecuatoriana. X.X. cuenta que en dicha provincia veían todos los días a sus familiares y tenían algunos amigos cercanos. Así mismo, menciona que sus hermanos hombres tienen facilidad para hacer amistades por lo que les resultó un poco más fácil el cambio a una ciudad más grande como es Quito. Por otro lado, las hermanas mujeres son un poco más reservadas y familiares, es decir, que prefieren estar en su casa y no salir tanto. X.X. es una chica a la que le cuesta un poco hacer amigos, es algo tímida, cuenta que cree que esto se debe a que desde niña se aisló por la tristeza que llevaba dentro a causa de la partida de su padre. Sin embargo, dice que le gusta mucho estar con sus amigas más cercanas y compartir tiempo con su familia. En lo referente a la madre, X.X. menciona que es sumamente amigable y que ha hecho buenos amigos tanto en la provincia donde vivían antes como en Quito, amigos que la apoyan y acompañan constantemente. Finalmente, con respecto al padre X.X. dice que es amigable pero que se ha metido en problemas con sus amigos (los de provincia) porque cuando están juntos beben grandes cantidades de alcohol. X.X. no sabe mucho acerca de la vida de su padre en Europa pero se sabe que tiene una nueva mujer en dicho continente.

**Salud médica y mental:**

En cuanto a la salud médica y mental de la familia existen algunos datos importantes. La enfermedad médica más significativa para la familia Z.Z. ha sido el infarto masivo sufrido por uno de los hijos hace aproximadamente 3 años. Fue este episodio el que hizo que la familia se traslade de la provincia hacia la ciudad de Quito. El infarto fue bastante grave, en la provincia de la Sierra estaba por morir, y llegó a Quito en estado de gravedad. Estuvo en el hospital durante dos meses ya que luego del infarto masivo continuó teniendo pequeños infartos alrededor de un mes más tarde. Cuando el hermano salió del hospital toda la familia se trasladó a Quito ya que consideraron que la medicina en la capital era superior. El hermano sigue teniendo algunos cuidados médicos ya que dado el infarto su corazón no funciona del todo bien, tiene que permanecer tranquilo y no hacer esfuerzos.

En cuanto a episodios relacionados con la salud mental de la familia X.X. refiere que su madre es algo nerviosa y que en momentos de mucho estrés, por ejemplo cuando su hermano estuvo en el hospital, se desmayó dos veces a causa de la ansiedad. Así mismo, refiere que después de que su padre viajó a Europa la primera vez su abuela estaba sumamente triste. No está claro si es que la abuela tuvo un episodio depresivo, sin embargo, es importante mencionar el suceso. Por último, X.X. cuenta que ella ha sido una chica ansiosa y triste desde pequeña, desde que su padre partió a Europa. La salud mental de X.X. se menciona a mayor profundidad en todo el documento.

### **Evaluación:**

La evaluación del caso se realizó utilizando tres distintos índices. El primero la Escala de Hamilton para la Ansiedad (*Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS*), el segundo la Escala de Hamilton para la Depresión (*Hamilton Depression Rating Scale, HDRS*), y el tercero el Listado de Síntomas 90 – R (*Symptom Checklist 90- Revised, SCL- 90-R*) adaptado a la población latina por la Universidad de Buenos Aires (Casullo & Pérez, 2008).

### **Escala de Hamilton para la Ansiedad : *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)***

La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) fue creada por Max Hamilton en 1959 (Fahmy, 2010). La escala fue desarrollada para valorar el grado de ansiedad general en pacientes psiquiátricos y pacientes que acudían a terapia psicológica así como al grado de ansiedad somática y de ansiedad mental (Fahmy, 2010). Esta escala debe ser llenada por el terapeuta o clínico al finalizar una entrevista o sesión con el paciente (Fahmy, 2010). Puede ser utilizada en personas de todas las edades ya que es el profesional el que completa el formulario, el cual puede ser llenado luego de realizar una serie de preguntas relacionadas a la ansiedad o simplemente luego de una sesión o entrevista en la que el profesional puede distinguir y observar síntomas de ansiedad (Fahmy, 2010).

El HARS contiene 14 ítems, de los cuales 13 se relacionan con síntomas y signos de ansiedad y el último evalúa el comportamiento del paciente durante la entrevista o sesión terapéutica (Hamilton, 1959). Cada ítem se valora en una escala entre 0 y 4 donde 0 representa la ausencia del síntoma y 4 representa una presencia elevada (tanto en frecuencia como en intensidad) del síntoma en cuestión (Hamilton,

1959). La puntuación total es la suma de las respuestas de todos los ítems. El rango va entre 0 y 56 puntos y la calificación es la siguiente: menor o igual a 17 " *severidad de la ansiedad leve* "; de 18-24 " *severidad de la ansiedad leve a moderada*, de 25- 30 " *síntomas de ansiedad moderada a severa* " y finalmente mayor a 31 " *síntomas de ansiedad severos* ". Además de esto se pueden obtener dos puntuaciones adicionales con un rango de respuesta entre 0 y 28 : ansiedad psíquica compuesta por los ítems 1,2,3,4,5,6 y 14 y ansiedad somática compuesta por los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 (Hamilton, 1959).

La consistencia interna es buena con un valor alfa entre 0.79 a 0.86 y valores test-re-test después de una semana de  $r = 0.96$  (Hamilton, 1959). En cuanto a la validez de la escala se sabe que distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y pacientes de grupos de control (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Así mismo, tiene un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ( $r = 0,62 - 0,73$ ) y se sabe que sus resultados son sensibles al cambio tras el tratamiento (Hamilton, 1959). Es importante notar que existe la tendencia a que personas con depresión obtengan puntuaciones altas en el HARS (Fahmy, 2010). Así mismo, es importante tomar en cuenta que como esta escala es completada por el profesional los datos pueden ser subjetivos (Fahmy, 2010).

### **Escala de Hamilton para la Depresión: *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)***

La Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) fue creada en 1960 por Max Hamilton con el propósito de evaluar los síntomas depresivos durante entrevistas o consultas tanto psiquiátricas como psicológicas y probar la efectividad de ciertos antidepresivos (Bagby, Ryder, Schuller & Marshall, 2004). Esta escala es llenada por el profesional y es en la actualidad la escala de depresión más utilizada en los Estados Unidos (Hamilton, 1960; Bagby et al., 2004). Se ha comprobado su uso para asesorar resultados de tratamiento (Hamilton, 1960). La escala contiene 17 variables las cuales se miden en escalas de 3 o de 5 puntos (Hamilton, 1960). Cada ítem representa una categoría relacionada a la depresión y sus criterios operativos de valoración difieren entre sí ya que son específicos a cada categoría. Las categorías que se toman en cuenta son las siguientes: humor deprimido, sensación de culpabilidad, suicidio, insomnio precoz, insomnio medio, insomnio tardío, trabajo y actividades, inhibición (lentitud de pensamiento y palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora

disminuida), agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas genitales, hipocondría, pérdida de peso e insight (conciencia de enfermedad) (Hamilton, 1960).

Todos los criterios operativos de valoración van aumentando en intensidad y frecuencia mientras crece el número, por ejemplo, en el caso del suicidio las posibilidades de respuesta son las siguientes: 0 "ausente"; 1 "le parece que la vida no merece la pena ser vivida"; 2 "desearía estar muerto o tiene pensamientos de la posibilidad de morirse"; 3 "ideas de suicidio o amenazas" y 4 "intentos de suicidio". En las escalas que se miden con 3 puntos el 0 es "ausente"; el 1 "poco o dudoso" y 2 "claramente presente" (Hamilton, 1960). En las escalas que se miden con 5 puntos el 0 representa "ausente"; el 1 "leve o trivial"; el 2 y 3 "moderado" y el 4 "severo" (Hamilton, 1960).

La calificación de la escala es de la siguiente manera: el rango de respuesta puede ir entre 0 y 54 puntos, de 0 a 6 puntos se considera que la persona no tiene depresión, de 7-17 puntos se supone una depresión leve, un puntaje entre 18 y 24 puntos sugiere una depresión moderada y un puntaje mayor a 24 supone una depresión severa (Fahmy, 2010).

Es importante notar que como ésta escala es completada por el profesional los datos pueden ser subjetivos (Fahmy, 2010). El HDRS tiene una confiabilidad interna adecuada con un valor alpha de 78.90 (Bagby et al., 2004). La fiabilidad test-re-test es aceptable con un valor Pearson de ( $r = .83$ ) (Bagby et al., 2004). Por otro lado, los resultados obtenidos con distintos evaluadores es buena con un valor Pearson entre  $r = 0.82$  y  $r = 0.98$  indicando cambios en las respuestas probablemente afectadas por la experiencia del entrevistador o del terapeuta (Bagby et al., 2004). La validez de contenido del HDRS es buena ya que las preguntas hacen referencia a sintomatología clave de la depresión si se toma en cuenta el diagnóstico categorial propuesto por el *DSM-IV-TR* (Bagby et al., 2004). La validez del HDRS en comparación con la mayoría de escalas utilizadas para la depresión es adecuada y la validez discriminante de la escala es alta ya que distingue correctamente entre personas que tienen depresión y personas que no la tienen (Bagby et al., 2004). Así mismo, se ha encontrado que ésta escala es útil para diferenciar entre personas que no están deprimidas, personas deprimidas y personas con trastorno bipolar que se encuentran en la fase de depresión,

siendo éstos últimos los que obtienen puntuaciones más altas en la escala (Bagby et al., 2004). Finalmente, la validez predictiva de la escala es superior a la de el Inventario de Depresión de Beck y a la Escala de Depresión de Zung (Bagby et al., 2004).

**Listado de Síntomas 90 - R: *Symptom Checklist 90- Revised (SCL-90-R)* :**

El Listado de Síntomas 90- R fue creado por Derogatis, Lipman y Covi en 1973 en Estados Unidos. EL propósito de éste cuestionario es evaluar patrones de síntomas encontrados en individuos, evaluar y detectar sintomatología psicopatológica, evaluar la efectividad de tratamiento, medir los cambios dados con tratamiento y ver resultados del uso de psicofármacos (Casullo & Pérez, 2008). Este listado puede ser utilizado en personas de entre 13 y 65 años de edad (Casullo & Pérez, 2008). El SCL-90-R contiene 90 ítems los cuales se agrupan en nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. Las nueve dimensiones primarias son: somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR), y psicoticismo (PSIC). Los tres índices globales de malestar psicológico son: índice global de severidad (IGS), total de síntomas positivos (TSP) e índice malestar sintomático positivo (IMSP) (Casullo & Pérez, 2008).

Las preguntas 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 y 58 corresponden a la dimensión de somatizaciones. Los ítems 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 y 65 corresponden a la dimensión de obsesiones y compulsiones. Las preguntas 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 y 73 pertenecen a la dimensión de sensibilidad interpersonal. Los ítems 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 y 79 pertenecen a la dimensión de depresión. Las preguntas 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 y 86 corresponden a la dimensión de ansiedad. Los ítems 11, 24, 63, 67, 74 y 81 pertenecen a la dimensión de hostilidad. Las preguntas 13, 25, 47, 50, 70, 75 y 82 corresponden a la dimensión de ansiedad fóbica. Los ítems 8, 18, 43, 68, 76 y 83 pertenecen a la dimensión de ideación paranoide. Las preguntas 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 y 90 corresponden a la dimensión de psicoticismo. Finalmente, los ítems 19, 44, 59, 60, 64, 66 y 89 son ítems adicionales que se toman en cuenta para calcular el índice de severidad global (ISG).

Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4, siendo la puntuación 0 " nada ", 1 " muy poco ", 2 " poco ", 3 " bastante " y 4 " mucho ". Para cada dimensión se sumarán los valores de todas las respuestas de los ítems correspondientes y el resultado será el

*Total*. Luego se sumarán el número de respuestas dadas en dicha dimensión el cual será el *Número de Respuestas*. Más tarde, se calculará el *promedio* dividiendo el número *Total* por el *Número de Respuestas* (Casullo & Pérez, 2008). Para calcular el índice de severidad global (ISG) se suman los valores de todas las respuestas y se los divide para el número de respuestas contestadas. El total de síntomas positivos (TSP) es el número de respuestas distintas a cero " 0 " dadas por el examinado. Finalmente, para obtener el índice de malestar sintomático positivo (IMSP) se suman los valores de todas las respuestas y se los divide para el total de síntomas positivos (TSP) (Casullo & Pérez, 2008).

Un puntaje "bruto" de (TSP) menor o igual a 6 en hombres y 13 en mujeres puede mostrar una tendencia a aparentar estar libre de síntomas. En cambio, valores mayores a 71 en hombres y 75 en mujeres pueden mostrar dramatización o exageración del síntoma (Casullo & Pérez, 2008). Por otro lado, puntajes (IMSP) mayores a 3, 20 sugieren dramatismo y mayores de 3,50 extremo dramatismo. Estos doce puntajes "brutos" se transformarán en un puntaje T normalizado, utilizando la tabla correspondiente. Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados ( un percentil 90) indicando que la persona se encuentra en riesgo (Casullo & Pérez, 2008).

El SCL-90- R tiene una consistencia interna buena con un alfa de entre 0.77 (psicoticismo) y 0.90 (depresión) (Nova South Eastern University Center for Psychological Studies, 2010). La fiabilidad test-re-test varía entre coeficientes de 0.80 y 0.90 después de una semana de terapia lo que indica que la estabilidad a largo plazo es muy buena (Nova South Eastern University Center for Psychological Studies, 2010). La validez del SCL-90-R es bastante alta ya que la concurrencia, divergencia, convergencia y validez de constructos se correlaciona con el MMPI con un valor Pearson de 0.85 (Nova South Eastern University Center for Psychological Studies, 2010).

En este caso se utilizó la traducción al español y las normas del SCL-90- R para adultos realizada en la ciudad autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense en el año 2008 por María Martina Casullo y Marcelo Pérez, profesores de la Universidad de Buenos Aires. Se utilizó esta adaptación ya que el idioma facilitaba la realización del test y las normas en las que se transforman los puntajes a valores T normalizados

pueden ser más cercanos a los del Ecuador tomando en cuenta que la Argentina se encuentra en la misma región, América del Sur, y por ende las culturas pueden parecerse más entre ellas. Es importante tomar en cuenta que este test se realizó tres veces durante el proceso terapéutico: una al inicio, una en el medio y una al final.

### **Conceptualización del caso:**

A pesar de que la teoría sistémica ha sido bastante reticente al uso del diagnóstico como sistema etiquetador y calificador de los trastornos mentales, por la falta de criterios relacionales en la definición de los distintos cuadros (Hoffman, 1987; Linares & Campo, 2000), el uso de un diagnóstico categorial, tipo *DSM-IV-TR* o *CIE-10*, fue requerido para la realización de este trabajo. El diagnóstico categórico multiaxial de la paciente, utilizando el *DSM-IV-TR* es:

Eje I: Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único acompañado del Trastorno de Ansiedad Generalizada subclínico.

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relacionados al ambiente social

Eje V: 60

En éste diagnóstico el Trastorno de Ansiedad Generalizada presenta un nivel subclínico porque no cumple con todos los criterios necesarios para su diagnóstico, en específico con el criterio del tiempo. Utilizando el *CIE-10* el diagnóstico de la paciente sería un Episodio Depresivo entre moderado y severo acompañado por Trastorno de Ansiedad Generalizada.

El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por la presencia de los siguientes síntomas en un periodo de mínimo dos semanas consecutivas: estado de ánimo deprimido (se siente triste o vacía), notable disminución en el interés o placer en todas, o casi todas las actividades la mayoría de los días o todos los días, pérdida de peso significativa o disminución del apetito, insomnio casi todos los días, agitación o retardo psico-motriz observado por otros, fatiga o pérdida de energía diaria, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, habilidad disminuida para pensar,

concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideación suicida o intentos de suicidio (American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR*, 2000). Todos los síntomas mencionados con anterioridad deben causar una angustia significativa o impedimento social, ocupacional o en otras áreas importantes para el funcionamiento diario de la persona (*DSM-IV-TR*, 2000). Todos los criterios mencionados para el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor estuvieron presentes en X.X., en mayor o menor grado.

Según el *CIE-10* (2008) en el Episodio Depresivo el paciente sufre un decaimiento del ánimo con reducción en su energía y disminución de su actividad. El cliente también experimenta un deterioro en su capacidad para disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente el cansancio excesivo (Organización Mundial de la Salud, *CIE-10*, 2008). También se menciona que tanto el sueño como el apetito suelen estar perturbados, que decaen el autoestima y la confianza en sí mismos, y que aparecen ideas de culpabilidad (Organización Mundial de la Salud, *CIE-10*, 2008). El decaimiento del estado de ánimo puede ir acompañado por síntomas llamados "somáticos" los cuales se caracterizan por la pérdida de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento del estado depresivo por las mañanas, el retraso psicomotor, y la pérdida de peso y de la libido (Organización Mundial de la Salud, *CIE-10*, 2008). Los criterios de ambos métodos de clasificación (*DSM-IV* y *CIE-10*) para la depresión son bastante parecidos y se cumplen en su totalidad en el caso de X.X.

Por otro lado, el Trastorno de Ansiedad Generalizada está compuesto por los siguientes síntomas: ansiedad excesiva y preocupación la mayoría de días, dificultad por controlar la preocupación, inquietud y sensación de agitación, fatiga constante, dificultad para concentrarse o que la mente se quede en blanco, irritabilidad, tensión muscular, perturbación en el sueño (*DSM-IV-TR*, 2000). Éstos síntomas deben causar angustia o impedimento social, ocupacional o en otras áreas importantes para el funcionamiento diario de la persona (*DSM-IV-TR*, 2000). Así mismo, para que se pueda dar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada los síntomas deben permanecer por un mínimo de 6 meses (*DSM-IV-TR*, 2000). Este último requerimiento no se cumple en el caso en cuestión, es por esta razón que se decide utilizar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada subclínico. Es importante notar que hay estudios que mencionan que el criterio del tiempo, mínimo seis meses, para el

diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada excluye a alrededor de la mitad de las personas tratadas por este trastorno en la población general (Angst, Gamma, Baldwin, Ajdacic-Gross, & Rossler, 2009). Esto quiere decir que a pesar de que los criterios no cumplen el diagnóstico para el trastorno, los síntomas son tratados por profesionales de la salud mental ya que causan mucho malestar a los pacientes.

Los criterios para el Trastorno de Ansiedad Generalizada mencionados en el *CIE-10* son: quejas permanentes de nerviosidad, temblor, sudoración, tensiones musculares, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico (2008). Estos criterios son menos específicos que los propuestos por el *DSM-IV-TR* y no mencionan un mínimo de tiempo para que pueda ser diagnosticado. Por lo tanto, utilizando éste instrumento diagnóstico probablemente más personas que acuden a terapia con éste tipo de síntomas sería diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada y el factor tiempo dejaría de ser un problema como lo es en el *DSM-IV-TR*.

En el diagnóstico multiaxial el eje II corresponde a desordenes de la personalidad o retraso mental. En este caso no se considera que X.X. presenta alguno de estos desordenes. El eje III representa condiciones médicas generales. En este caso la paciente no presenta una condición médica significativa por lo que no tiene un diagnóstico perteneciente a este eje. En cuanto a los problemas psicosociales o ambientales, eje IV, la paciente presenta problemas relacionados al ambiente social. Entre éstos problemas se encuentran las dificultades que X.X. tuvo con su pareja, y la falta de soporte social en el cual ha vivido en los últimos meses. Finalmente, la Escala de Funcionamiento Global (GAF), eje V, considera el funcionamiento psicológico, social y ocupacional en un continuo hipotético de enfermedad mental. Dentro de ésta escala X.X. presenta síntomas moderados de depresión y ansiedad y dificultades en el ámbito social, ocupacional y académico por lo que se considera que su funcionamiento dentro de la escala es cercano a 60.

Para intervenir en el caso, se tomaron en cuenta métodos, técnicas y propuestas de distintos autores. Está claro que se debe analizar si es que lo que otras personas proponen tienen utilidad para el caso en cuestión. Se tomaron algunas de las premisas propuestas por las terapias estratégicas, ejemplificadas especialmente por el MRI de Palo Alto y Jay Haley en la década de los 70's. Estas premisas son: los problemas son

cuestiones fundamentalmente relacionales más que individuales, en los problemas es importante saber ver y tratar el aquí y el ahora, es necesario definir el problema específico, y por lo tanto, proceder a tratar solamente eso, el camino que se escoge debe ser siempre el más corto posible y los patrones explicativos deben ser lo más sencillos que se pueda, la definición del problema corresponde al cliente; lo que éste expone al terapeuta pertenece al problema y debe ser reconocido como tal por el terapeuta, el terapeuta trabaja con el significado que tiene la persona del problema (Bertrando & Toffanetti, 2004). Con estas premisas claras se trató de hacer una intervención corta que apunte a lo que la paciente refería como problema, tomando el significado que ella como cliente le otorgaba a lo que le estaba pasando.

La relación que se formó en el espacio terapéutico siguió las premisas de la Nueva Escuela de Milán (véase el marco teórico) en la que tanto terapeuta como cliente colaboran conjuntamente para tratar de obtener nuevos significados y alternativas de la realidad común. La colaboración entre ambos miembros que conforman la terapia es una forma cómoda de trabajar y permite al terapeuta tener mayor flexibilidad. Por otro lado, las sesiones solamente se realizaron con X.X., lo que puede parecer llamativo dentro de la terapia familiar sistémica ya que existen varios terapeutas sistémicos que requieren que todos los miembros de la familia, o por lo menos los miembros de la familia nuclear, asistan a la terapia. Sin embargo, Milton Erickson, y los terapeutas de Palo Alto, entre otros, no tenía una regla para convocar a los pacientes, trabajaban con las personas que requerían de una terapia sin restricción alguna, inclusive trabajaban con individuos solos pero de forma sistémica (Bertrando & Toffanetti, 2004). Por lo tanto, es viable dentro de la terapia sistémica trabajar con un individuo siempre y cuando se refieran aspectos familiares dentro de la conversación. Como menciona Ortiz (2008) realizar una terapia individual contribuye a entender una posición, pero lo más rápidamente posible se introduce esto en la totalidad del sistema y se trata de comprender las relaciones de este sistema con aquellos que se encuentran a su alrededor.

Al tener información de que la familia de origen tiene cierto protagonismo en los trastornos depresivos y ansiosos lo que se hace es averiguar acerca de la familia de origen de la paciente. La forma en la que se relacionaban sus padres, cómo éstos la trataban, entre otros. Todo esto se hace con el propósito de conocer si es que han habido carencias afectivas, no proporcionadas por la familia, separaciones o pérdidas

significativas en la vida de la paciente (Linares & Campo, 2000). Así mismo, las preguntas proporcionan información sobre las exigencias que impone la familia sobre la paciente y qué es lo que ella hace para intentar satisfacerlas (Linares & Campo, 2000). Finalmente, la historia familia brinda información importante acerca de una posible separación o muerte significativa en la vida de la paciente, la cual se podría relacionar con la depresión y la ansiedad (Linares & Campo, 2000).

En el caso de la familia Z.Z. se pudo observar que los padres tenían una relación aparentemente buena: algo distante pero al parecer se llevaban bastante bien. Por otro lado, la madre nunca fue muy cariñosa con ninguno de sus hijos y exigía mucho de ellos. El padre era más cariñoso, especialmente con X.X.. Se puede observar que el padre proporcionaba nutrición emocional y relacional a la paciente. Sin embargo, existió una separación por parte del padre, él se marcha a vivir a Europa cuando X.X. era una niña. Este episodio de separación afectó mucho a la paciente: sintió que ya no podía confiar en nadie ya que su padre la había desprotegido y comenzó a ver el mundo como un lugar peligroso. Al no tener accesibilidad a la persona en la que ella más confiaba, su padre, comenzó a sentirse desamparada y abandonada por la persona a la que ella más quería (Bowlby, 1985). Así, fue creciendo con la sensación de que no era una persona digna de cariño (Bowlby, 1985).

Con el tiempo, se involucró en relaciones de pareja pero al no confiar en la accesibilidad de sus parejas se apegaba mucho a ellos. En momentos en los que se sentía abandonada por su pareja (en este caso cuando su novio la engaña con otra chica) intenta hacer todo lo posible por que él vuelva a ella, conducta característica del apego ansioso o inseguro (Bowlby, 1985). Todo esto cabe muy bien con la teoría de Bowlby de la trascendencia de la separación y las pérdidas reales en la infancia para periodos de depresión y ansiedad en el futuro. También concuerda con la teoría de la Escuela de Terapia Familiar de Barcelona de que la depresión suele asociarse con una falta de nutrición emocional en la familia de origen.

Otro tema que se toma en cuenta en terapia es la escolaridad y el ámbito social de la paciente para tratar de detectar elementos positivos o recursos que pueden ser estimulados y aprovechados en la terapia (Linares & Campo, 2000). En el caso de X.X. se puede observar que ha sido una buena alumna y que ha sido muy exigente con ella misma en cuanto a sus estudios, exceptuando la posible depresión en su niñez como

consecuencia de la partida de su padre y el episodio actual. Por otro lado, se conoce que a la paciente le cuesta un poco hacer amigos pero que cuando los hace suele ser muy apegada a ellos. Sin embargo, en el último tiempo ha ido perdiendo amistades paulatinamente ya que se ha centrado únicamente en la relación con su novio. Tomando en cuenta este aspecto se considera como objetivo importante para la terapia desarrollar la sociabilidad (Linares & Campo, 2000). Como dicen Linares & Campo (2000):

Sobre todo cuando la red social sea muy limitada, ya desde el inicio, o se haya ido empobreciendo paulatinamente, resulta conveniente favorecer una actitud activa, rescatando relaciones sociales que en algún momento pudieron ser significativas y facilitado el cultivo de las actuales. Se trata de ampliar y diversificar las fuentes de reconocimiento y valoración personal que pueden generarse a través de las diferentes experiencias que supone el trato social, de manera que no todas las expectativas correspondientes se centren en el cónyuge ni en el terapeuta (p. 144).

Esto se va haciendo paulatinamente y de modo indirecto, es decir no diciéndole a la persona que tiene que salir con sus amistades. Lo que se intenta hacer en terapia es que la paciente vaya viendo la necesidad de retomar las amistades perdidas. Por otro lado, el terapeuta puede intentar ampliar la red social de forma discreta, por ejemplo, proponiéndole a la paciente que pregunte a una compañera de clases si puede ayudarla a estudiar para mejorar sus notas (esto se realizó en la sesión # 7) o proponiéndole que cene con su familia para que no este sola todo el día (sesión # 6). La paciente al sentirse rodeada de gente y más querida, fue ampliando sola su red social haciendo nuevas amistades en la Universidad y contándole a su madre acerca de la sensación de abandono que ha experimentado durante varios años, hablando nuevamente con su padre, retomando su amistad con su mejor amiga. Estas relaciones que le proporcionaron nutrición emocional, le permitieron sentirse más segura y no depender tanto ni de su pareja ni del terapeuta.

Siguiendo las pautas de los terapeuta estratégicos se utilizó la técnica de re-enmarcar, es decir, restablecer una situación del tal forma que se la perciba de una manera nueva, distinta (Hoffman, 1987; Manfredi, 1996). En el caso de X.X. una de las situaciones que se re-enmarcaron fue la partida de su padre a Europa. Como dicen Linares & Campo (2000): " La re-contextualización de las experiencias reales de carencia y pérdida recibidas en la crianza favorecerá una comprensión más equilibrada de la situación personal y de las circunstancias y limitaciones que cada progenitor tuvo que manejar en el pasado " (p.145). Así, X.X. pudo comprender un poco mejor la razón

por la que su padre se separó de ella: razones financieras, para proporcionarle a ella y a su familia una mejor vida. Esto logró que X.X. perdonara un poco a su padre y viera la situación de una manera distinta.

Otra característica importante de la intervención psicoterapéutica fue facilitar la expresión de sentimientos y emociones poniendo palabras a los mismos y así legitimarlos y asociarlos con comportamientos que son manejados por éstas emociones para así dotar de significado a los síntomas (Linares & Campo, 2000). El hecho de que el paciente comprenda que sus síntomas surgen en un contexto específico en el que sus sensaciones, emociones y sentimientos tienen completo sentido le permite comprenderse mejor. Esto permitió que la paciente ya no se sienta como una persona "loca" o "distinta" sino como alguien que responde a las situaciones por las cuales ha pasado y que tiene la posibilidad de salir adelante. En el caso de X.X. la carencia de nutrición emocional así como la constante sensación de abandono por la partida de su padre y el engaño de su novio fueron expresadas poco a poco y asociados a ciertos comportamientos. En el momento en el que X.X. pudo otorgar sentido a lo que le estaba pasando su ansiedad bajó mucho y dejó de sentirse como una persona "loca". Por otro lado, también fue importante mencionar las consecuencias y los cambios que han traído consigo los síntomas de ansiedad y depresión en la relación con los familiares, amigos y la pareja (Linares & Campo, 2000). Fue importante porque de ésta manera la paciente pudo tener un mejor panorama de su contexto y pudo ir analizando cómo los síntomas pudieron ser una herramienta para obtener algo de nutrición emocional, la misma que puede ser obtenida de otras maneras: a través de amistades, realizando actividades placenteras, entre otros.

Otro ámbito que se trató en la intervención psicoterapéutica fue facilitar el placer de la paciente. Generalmente, las personas depresivas que vienen de familias de origen altamente exigentes confunden el deber con el placer (Linares & Campo, 2000). Por lo tanto, lo que se intenta es que logren distinguir entre deber y placer interesándose por las cosas que le gustan y le disgustan para llegar así a un reconocimiento de su colaboración para facilitar acciones orientadas al placer como puede ser asistir al gimnasio, hacerse un tratamiento facial, pasear a la mascota, o cualquier otra actividad que disfrute de hacer sola (Linares & Campo, 2000). Las actividades que X.X. disfrutaba hacer sola, pero que no las había realizado durante varios meses, eran ir al gimnasio y realizarse tratamientos faciales. En las últimas sesiones (sesión # 10 y # 11)

comentó que había retomado el gimnasio y que quería volver a hacerse los tratamientos faciales que se hacía con anterioridad porque son cosas que le hacen sentir sumamente bien.

Una de las técnicas que se utilizaron constantemente en las sesiones del caso fueron las preguntas circulares. Las preguntas circulares surgieron del grupo de Milán de Mara Selvini Palazzoli en la década de 1970 y principios de la década de 1980 (Bertrando & Toffanetti, 2004; Ortiz, 2008). Este tipo de preguntas permite al terapeuta obtener y organizar información con respecto al funcionamiento y la dinámica familiar en poco tiempo (Ortiz, 2008). De la misma manera, permiten al terapeuta aclarar modelos que conectan a eventos, personas, pensamientos, conductas y sentimientos en circuitos recurrentes (Bertrando & Toffanetti, 2004). Especialmente, hacen que salgan a la luz las similitudes y diferencias implícitas en el pensamiento de los miembros de una familia o una relación al enfocar en una diferencia o definir una relación (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1987). Así mismo, otorgan una mejor comprensión de la situación desde el punto de vista de los demás (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1987). Existen cinco tipos de preguntas circulares: las primeras son las preguntas triádicas en las cuales se le pide a una persona que comente acerca de la relación que mantienen otros dos miembros de la familia, las segundas son las preguntas sobre las diferencias del comportamiento, las terceras son preguntas acerca del cambio del comportamiento antes o después de un evento específico, las cuartas son preguntas sobre circunstancias hipotéticas y las últimas hablan acerca de la opinión de los miembros de la familia respecto a una interacción o comportamiento específico (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Durante la mayoría de las sesiones, se realizaron preguntas circulares para observar más claramente la forma en la que se relacionan X.X., su novio, su madre y sus hermanos. Con el uso de estas preguntas, X.X. pudo comprender mejor la reacción de su madre frente a su novio, lo cual permitió que ella le otorgue un sentido a la situación y que no se sienta tan amenazada por su madre como se sentía en un principio. A través de la realización de las preguntas circulares también se pudieron crear los diagramas "bow tie". Estos diagramas permiten observar los circuitos recurrentes, o circuitos circulares, que algunas veces mantienen ciertos síntomas dentro de la familia. También permiten tener una visión más clara sobre la dinámica familiar. En el caso aquí mencionado los diagramas "bow tie" enseñan los circuitos recurrentes que

acentuaban más el malestar de X.X. en el momento actual: el diagrama "bow tie" de "sentirse loca y perder el control" y el de "sensación de abandono" los cuales se encuentran dentro del informe del caso. Con el entendimiento de la dinámica entre X.X., su novio y la madre, como terapeuta se facilita en cierto grado el planteamiento de uno de los objetivos terapéuticos: difuminar el círculo, en este caso, a través de la comprensión de X.X. de su comportamiento y el sentido del mismo dentro del funcionamiento, un mayor entendimiento del punto de vista de los demás, y nutrición emocional- relacional por parte de su red social. Así mismo, con la realización del diagrama "bow tie" de sensación de abandono se hizo más claro el funcionamiento entre X.X. y su pareja, un funcionamiento bastante característico del apego ansioso o inseguro. Fue más fácil comprender el por qué del comportamiento de ambos y el sentido que cada uno de los comportamientos tenía si es que se los miraba en funcionamiento, dentro del contexto y de la dinámica de la pareja. Todo esto concuerda con lo propuesto por la cibernética y por los teóricos de la terapia sistémica (Bertrando & Toffanetti, 2004; Hoffman, 1987; Ortiz, 2008).

Relacionado con el funcionamiento circular está la creencia de los terapeutas estratégicos de que el síntoma es mantenido por el comportamiento que intenta suprimirlo, es decir por el intento de solución (Hoffman, 1987). A través de preguntas acerca de los detalles de funcionamiento del síntoma, preguntas como ¿Cuándo es probable que ocurra?, ¿cuándo apareció por primera vez?, lo que intenta el terapeuta es buscar el ciclo o la secuencia repetitiva que mantiene el síntoma (Hoffman, 1987). Es por esta razón, que para que la terapia resulte eficaz se debe intentar disolver el círculo repetitivo disfuncional que mantiene el problema (Bertrando & Toffanetti, 2004). En el caso de X.X. el diagrama "bow tie" que se refiere a la sensación de perder el control y de volverse loca se puede observar cómo el intento de X.X. por solucionar el problema mantiene precisamente su creencia de que está perdiendo el control, de que está loca y su sensación de abandono.

X.X. finge tranquilidad ante su novio para que él no detecte la sensación de abandono experimentada por ella, sin embargo, este preciso intento de solución es el que hace que su novio se porte grosero con ella y que por ende ella termine sintiéndose más mal, angustiada y abandonada. Por lo tanto, la idea de los terapeutas estratégicos de que el intento de solución mantiene el síntoma se observa claramente en este ejemplo. Así mismo, se puede ver la relación de esto con la explicación circular de la

situación ya que el comportamiento de X.X. que intenta solucionar su sensación de abandono termina por hacerle sentir más abandonada, es decir el síntoma se auto-refuerza en un circuito circular recurrente.

La forma en la que se intenta disolver el círculo recurrente, es a través de la responsabilidad y la nutrición emocional (Laso, 2010). La manera en la que se logra que esto ocurra es interesándose en detalles de la conversación del paciente, detalles que ayuden a ampliar el foco de atención (Laso, 2010). Poco a poco el cliente comenzará a ver su problema de una forma distinta (Laso, 2010). Esto acompañado de una expansión de su red social, la cual le proporcione nutrición emocional, así como de la responsabilidad por parte de la persona de lo que tiene en sus manos para salir adelante logra que el círculo se vaya difuminando, disolviendo lentamente hasta que desaparece. Es importante notar que no se puede disolver un círculo de esta manera si es que se lo hace como una técnica, ya que de esta forma solo mantendrá el problema en marcha (Laso, 2010).

En algunas de las sesiones se le pidió a la paciente que realice distintas tareas. Erickson fue quien instauró las tareas propuestas por el terapeuta para que los clientes las realicen en casa (Bertrando & Toffanetti, 2004). El propósito con el que se usan éstas tareas no es su contenido factual sino el significado simbólico que pueden llegar a ocupar en la vida de los clientes así como la posibilidad de desviar la atención de los mismos lejos de sus síntomas y angustias (Bertrando & Toffanetti, 2004). Se podría decir que uno de sus propósitos es ampliar el foco de atención y en algunas ocasiones crear confusión. Ampliar el foco de atención permite que la persona se enfoque en cosas distintas de las que generalmente suele prestar atención, de esta manera, puede estar alerta o observar cosas que antes estaban ocultas. Por otro lado, el introducir voluntariamente la confusión es una condición necesaria para que la persona pueda ver las cosas de manera distinta y así comportarse también de forma diferente (Bertrando & Toffanetti, 2004). El hecho de introducir voluntariamente la confusión tanto en las tareas como dentro de la terapia fue idea de De Shazer en los años 90's (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En la penúltima sesión, sesión # 11, se mostraron algunos segmentos de las grabaciones de las sesiones terapéuticas a la paciente. Esta técnica es utilizada por algunos terapeutas sistémicos y es muy útil para que el cliente pueda comparar su

posición tanto en el principio de la terapia como próximo a su término, así mismo, ayuda a que se de un cierre natural del proceso psicoterapéutico (Bertrando & Toffanetti, 2004). El uso de esta técnica fue útil ya que fue un buen cierre de la terapia y ayudó a consolidar los logros obtenidos a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Es importante notar que la terapia se centró en producir cambios pequeños, ya que no es necesario cambiar todos los comportamientos de un ciclo recurrente para suprimir el problema (Hoffman, 1987). Al introducir pequeños cambios se logra modificar un aspecto del funcionamiento individual y permitir al cliente que por sí mismo vaya descubriendo soluciones a sus problemas, lo que se conoce como deuto-aprendizaje (Hoffman, 1987). De esta manera se modifican tanto el funcionamiento individual, el de la pareja y el funcionamiento familiar (Hoffman, 1987). Un cambio aparentemente pequeño tiene la capacidad de producir grandes cambios en las dinámicas conyugales y familiares. Una vez que los cambios se habían producido, se enfocó en proteger éstos cambios e ir lentamente para que la paciente pueda adaptarse a los mismos (Hoffman, 1987).

Finalmente, la terapia se terminó en el momento en el que la paciente refirió sentirse bien nuevamente. Es decir, la demanda inicial había desaparecido. Así mismo, se supo claramente que el proceso llegaba a su fin ya que en las últimas sesiones X.X. hablaba de su progreso y ya no se quejaba de su situación como lo hacía en un principio. Lo que permitió un cierre natural del proceso psicoterapéutico.

### **Procedimiento:**

La Terapia Sistémica se caracteriza por tener una estructura distinta tanto en la organización de las sesiones como en el proceso, a las de otras corrientes terapéuticas. La estructura de las sesiones es un aporte de la Escuela de Milán de Mara Selvini Palazzoli (Hoffman, 1987). Cada sesión terapéutica se divide generalmente en cuatro momentos (Bertrando & Toffanetti, 2004; Navarro, 1992). El primer momento se conoce como pre-sesión o sesión previa, tiene una duración aproximada de entre 15 y 30 minutos y tiene la función de permitir al terapeuta, así como a un equipo de terapeutas que pueden trabajar en conjunto, tomar en cuenta todos los elementos que se conoce sobre el caso, adelantarse a posibles situaciones que surjan durante la sesión, diferenciar temas que parecen relevantes, y formar posibles hipótesis (Navarro, 1992). El segundo momento es la sesión terapéutica en sí, la cual dura aproximadamente una

hora y se divide en dos partes: una antes de la pausa (generalmente tiene una duración de 45 minutos) y una después de la pausa (la cual tiene una duración aproximada de 15 minutos) (Navarro, 1992). En la parte antes de la pausa se trata de obtener información acerca de la familia, su funcionamiento, algún cambio relevante, entre otros. En la parte después de la pausa se exponen observaciones que se consideran importantes, se plantean o repasan objetivos y se proponen sugerencias y / o tareas. La pausa o intervalo se conoce como el tercer momento. El tercer momento tiene una duración aproximada de 15 minutos y su función es permitir al terapeuta organizar la información obtenida durante la sesión para que pueda observar más claramente si es que existen: dinámicas circulares, triangulaciones, paradojas, reglas, otros patrones de funcionamiento, entre otros. Durante la pausa es importante re-establecer objetivos, y formular sugerencias o una posible tarea para el cliente, y ver cómo se puede concluir la sesión (Bertrando & Toffanetti, 2004; Navarro, 1992). Por último, luego de finalizada la sesión hay un cuarto momento conocido como el periodo post- sesión o discusión de las reacciones de la familia al comentario o las sugerencias (Bertrando & Toffanetti, 2004; Navarro, 1992). En la post- sesión, que toma lugar cuando la familia o el paciente ya ha abandonado la sesión de terapia, se discute nuevamente acerca del caso, se trata de aclarar dudas, si es que las hay, y se vuelve a resumir lo que se sabe del caso y lo que se piensa hacer con ello (Bertrando & Toffanetti, 2004). Cada uno de éstos momentos ocurre sesión a sesión y es un aspecto fundamental de la Terapia Familiar Sistémica.

Según Dorys Ortiz (2008) se puede dividir la terapia en tres fases: la formación del Sistema Terapéutico, el Proceso Terapéutico, y la Evaluación y Cierre. La primera fase: la formación del Sistema Terapéutico engloba algunos elementos importantes que dan inicio a un proceso de terapia. Entre ellos se encuentran: la derivación del caso, el contexto, el análisis de la demanda, la redefinición de la demanda, el encuadre, y la construcción de la relación y de la alianza terapéutica (Ortiz, 2008). La derivación de X.X. se hizo a través de Teresa Borja, quién mandó los datos de la clienta vía mail para que me ponga en contacto con ella. Por lo tanto, el primer contacto con X.X. se realiza vía telefónica. En la conversación telefónica X.X. menciona que está muy deprimida y que está preocupada por su bienestar. Al ser ella quién solicita la consulta por la preocupación que tiene acerca de sí misma se decide citarla solamente a ella para el primer encuentro.

Otro elemento de la formación del Sistema Terapéutico es el contexto. El contexto se refiere tanto al espacio físico donde se van a llevar a cabo las sesiones terapéuticas como a la situación interaccional que se crea entre el cliente y el psicólogo (Ortiz, 2008). En este caso el contexto se conforma físicamente por el consultorio que se encuentra en la oficina de psicología, de forma interaccional por el hecho de que la psicóloga es una estudiante de psicología que tiene casi la misma edad de la cliente, por la ausencia de honorarios, las creencias y valores que tiene cada miembro, la importancia del espacio donde se realizan los encuentros, y el contacto de la primera sesión. Todo esto forma un contexto terapéutico en el que cada persona adquiere un rol que determina de cierta manera la forma en la que transcurrirá el proceso (Ortiz, 2008). De la misma manera, se debe tomar en cuenta la definición de la relación: " toda comunicación y, por lo mismo, toda interacción implica inevitablemente la definición de la relación entre los participantes (Selvini Palazzoli (1997) en Ortiz, 2008). El hecho de ser una estudiante de psicología ayuda a plantear un marco de contexto o una definición de la relación pseudo-complementaria, posición conocida como " one down", en la que la psicóloga se pone por debajo del cliente: no sabe acerca de la vida de la cliente, todavía no es una profesional por lo que el campo se hace más flexible, y se le otorga algo más de responsabilidad al cliente de su propio proceso. La marca de contexto " one down " es la que permite mayor flexibilidad al terapeuta para que la sesión fluya por sí sola, sin crear riñas de poder entre el terapeuta y el cliente, en la que la relación está dictada por ambas personas de forma intercalada (Laso, 2010; Ortiz, 2008).

Otro aspecto de esta primera fase es el encuadre en el que se establece cómo van a funcionar las sesiones (en este caso se menciona la pausa), el lugar dónde se llevarán a cabo las sesiones, el horario, el funcionamiento de las tareas, el uso de evaluaciones (en este caso se le explica a X.X. que se le pedirá que llene el SCL-90-R en tres distintas ocasiones, y que la terapeuta llenará dos evaluaciones distintas cada sesión), el uso de cámaras y supervisión (en este caso se explica que se filmarán todas las sesiones para luego ser supervisadas conjuntamente con el supervisor , lo que se hará confidencialmente, para brindar un mejor servicio), el asunto de la ética, el hecho de que el espacio terapéutico es un momento para la cliente en el que puede expresar sus emociones y pensamientos para tratar de resolver conjuntamente lo que ella considera

un problema en el momento y la aceptación del contrato terapéutico, el cuál se firma en la primera sesión (Ortiz, 2008).

Por otro lado, están el análisis y la redefinición de la demanda. Éstos aspectos son útiles ya que se debe tomar en cuenta el motivo de consulta y lo que el cliente desea lograr con la terapia y transformarlo en algo con lo que se pueda trabajar, en algo medible y posible (Ortiz, 2008). Esto se hace durante las primeras sesiones para poder establecer objetivos dentro del proceso. Finalmente, se debe intentar formar una alianza terapéutica en la cual se construye una relación cliente- terapeuta que implica un compromiso y respeto mutuo en la psicoterapia y da la apertura al cliente para hablar acerca de sus problemas confiando en la confidencialidad y habilidad del terapeuta (Ortiz, 2008).

Según Ortiz (2008) la segunda fase es el Proceso Terapéutico en sí mismo y está conformado por: la comprensión de la situación de la familia o el paciente, el conocimiento de la estructura y el funcionamiento familiar (sistemas, roles, funciones, límites, reglas, valores, crisis), la formulación de hipótesis relacionales (que incluyen un mínimo de dos personas), el establecimiento de objetivos, la aplicación de ciertas técnicas que puedan ayudar al psicólogo a clarificar mejor la situación de la familia o persona en cuestión (preguntas circulares, metáforas, tareas), la retro-alimentación constante para ver si es que la terapia ha sido eficaz y ha podido cumplir los objetivos, la evaluación del cambio, y la re-formulación de hipótesis y objetivos si es que éstos cambian a lo largo del proceso. Sin embargo, no hay una distinción acentuada entre la primera y la segunda fase ya que en la primera se puede intervenir terapéuticamente (Ortiz, 2008). Por último, la tercera fase: la Evaluación y el Cierre, conlleva la evaluación de la demanda, es decir si es que la demanda planteada en un inicio desapareció o disminuyó (si es que hubo un cambio positivo) y el cierre de la terapia (Ortiz, 2008). El cierre se suele dar cuando la familia o el individuo menciona sentirse bien y señala que ha logrado modificar las cosas que deseaba, o cuando hay un clima cálido en las sesiones en las que ya no se habla del problema con el que se comenzó el proceso de psicoterapia (Ortiz, 2008). El cierre suele darse de forma natural y es importante no forzar al cliente a que continúe asistiendo a las sesiones ya que se puede crear dependencia. Por esta razón, generalmente se le dice al paciente que puede volver cuando sienta que tiene alguna dificultad (Ortiz, 2008).

Como se mencionó previamente la terapia sistémica suele contar con un grupo de terapeutas que se encuentran tras un espejo unidireccional con el cual el psicólogo que lleva el caso trabaja en equipo. Por cuestión de limitación de tiempo y conflictos de horarios no se pudo contar con un grupo de terapeutas ni con un espejo unidireccional para este caso en particular. Sin embargo, si se utilizó la herramienta de grabar todas las sesiones para que las mismas puedan ser supervisadas.

### **Tratamiento:**

### **Informe de Sesiones**

**Sesión #:** 1

#### **Datos de las personas que acuden a la sesión:**

**Nombre:** X.X. Z.Z.

**Edad:** 22 años

**Estado Civil:** soltera

#### **Motivo de Consulta:**

X.X. se presenta a terapia porque se entera de las consultas psicológicas gratuitas de la USFQ en una clase de dicha institución. En el momento del contacto telefónico X.X. menciona sentirse sumamente deprimida por lo que ha decidido buscar ayuda profesional. Se cita únicamente a X.X. ya que ella es quien está preocupada por su propia salud y bienestar. Durante la primera sesión X.X. habla acerca de su relación amorosa de dos años de duración, con un chico de 16 años de edad que vive en otra ciudad, no en Quito. La relación estaba bastante bien hasta que la cliente ve a su novio besándose con otra chica ( hace aproximadamente 1 mes). Desde entonces, la cliente ha experimentado parálisis en sus piernas, desmayos, dolores fuertes de cabeza y espalda, irritación, llanto fácil y constante, ansiedad, falta de concentración, y la re-experimentación del evento mientras se acuerda del mismo y durante sus sueños, lo cual asocia con pesadillas persistentes. La demanda manifiesta expresada por X.X. fue: " ya no quiero sentirme así, quiero volver a tener energía, fuerzas, ánimo, humor. No quiero seguir sintiendo desesperación por estar con él, ni hacerme daño a mi misma por no estar con él ".

**Resumen de la Conversación:**

Durante la sesión, la cliente añade que ha bajado significativamente de peso, que no le dan ganas de comer. Así mismo, se observa que mueve sus manos todo el tiempo, que tiene la posición de la espalda sumamente rígida y que su tono de voz es bajo, difícil de escuchar y lento. Se le ve muy cansada. Menciona que dada la parálisis de sus piernas su madre la llevó donde un médico quién le recetó Xanax, que toma desde hace 3 semanas. La parálisis de las piernas cesó aproximadamente 5 días después del episodio del engaño. A pesar de que la cliente siente que el medicamento le ha ayudado a estar menos ansiosa cuenta que ha sentido muchas ganas de matarse, y cuando su novio no le contesta el teléfono ella se desespera, se jala el pelo y golpea su cabeza contra la pared. X.X. refiere que su mejoría en cuanto a la parálisis de sus piernas es la consecuencia de que en la última semana ha vuelto a hablar por teléfono con su novio, a pesar de que la parálisis cesó antes de que ella vuelva a hablar con él: " para sentirme mejor me di cuenta que tenía que estar con él, por eso decidí volver a estar en la relación ". Sin embargo, afirma que ella le llama aproximadamente 15 veces al día, ya que siente que tiene que saber donde está él, para asegurarse de que no esté con otra chica. Un aspecto importante es que ningún miembro de las dos familias ( ni la de X.X. ni la del novio) sabe que han vuelto a estar juntos. X.X. menciona que si es que en su familia se llegan a enterar de esto se pondrían bravos con ella y probablemente algún hermano insultaría al chico.

X.X. reconoce que solo está con el chico para sentirse mejor pero que él continúa haciéndole daño: no le contesta algunas llamadas, se porta grosero, le dice que él no la necesita, entre otras cosas (descalificación por parte de él hacia ella, lo que acentúa su problema). Sin embargo, ella le ruega para que continúen juntos. Este funcionamiento es característico del apego ansioso o inseguro. Así mismo, menciona que su objetivo es que él le vuelva a necesitar y amar como antes, y entonces ella volverá a estar bien. Por otro lado, refiere sentirse " como una loca " por todo lo que ha pasado: los desmayos, la parálisis, los vómitos y el deseo de continuar en una relación con él a pesar de que él le hace daño. Finalmente, se le pregunta si es que hay momentos en el día donde siente mayor ansiedad y dice que a partir de las 2pm, hora que él sale del colegio, y hora a la cuál ella le vio con la otra chica.

La cliente habla un poco acerca de su familia y su historia: viene a Quito a sus 19 años ya que hermano tuvo un problema de salud grave. Toda la familia se muda a Quito luego de este episodio. Sus dos hermanas mayores están casadas y una de ellas tiene dos hijas. El padre de X.X. vive en Europa desde hace más de una década por lo cual se ha perdido un poco el contacto con él.

### **Reformulación de la Demanda:**

La queja presentada por X.X. se reformuló en términos de una demanda operable al definir que ella no puede modificar las acciones, pensamientos o deseos de los demás, pero que a través de sus propias acciones y pensamientos puede empezar a sentirse un poquito mejor, pensando en lo que es beneficioso para ella y no para los demás ( esto último lo dijo ella antes de proponer las sugerencias y tareas ). Así mismo, se tratará de que ella comprenda lo que ha estado pasando y al darle sentido para que pueda entender por qué han sucedido ciertas cosas y pueda dejar de " sentirse como una loca ".

### **Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

Antes que nada, se resaltó la valentía de X.X. al querer mejorar su condición. Por otro lado, se recalcaron sus fuerzas ya que en relativamente poco tiempo había dado algunos avances importantes ( ya no tenía la parálisis, ya no vomitaba, estaba un poco mejor) los cuales no son nada fáciles de lograr. Se mencionó que todo el proceso que estaba viviendo debía haberle cansado mucho y que probablemente sentía que estaba nadando en contra de la corriente. Por lo cual, se le sugería que busque menos activamente qué cosas pudiera hacer para sentirse mejor, y que por lo tanto, se relaje solamente un poquito, se deje llevar por la corriente unos metros para ver si es que logra ver la situación desde otra perspectiva, unos metros más adelante en el río. A X.X. le pareció buena la sugerencia, especialmente la parte en la que tenía que dejar de buscar cómo mejorar, sin embargo, le resultó un poquito complicado entender cómo hacerlo pero estuvo dispuesta a intentarlo. Esto se realizó con el fin de que deje de hacer lo que venía haciendo hasta el momento; con el fin de que se detenga por un momento para observar su situación y ver si es que surgía alguna nueva idea de por donde seguir adelante.

Por otro lado, dado que la cliente se encontraba muy estresada (dolor de hombros, espalda, y cabeza) y deseaba saber algún método de relajación, se le propuso realizar la técnica de Relajación Progresiva de Edmund Jacobson (Jacobson, 1974). Se piensa que éste tipo de relajación sería útil para la cliente ya que se trabaja en cuatro grupos de músculos distintos alrededor del cuerpo y se aprende a distinguir entre la sensación de tensión y la de relajación muscular (Jacobson, 1974). Así mismo esta técnica de relajación, reduce la frecuencia del pulso y la presión sanguínea disminuyendo, en la mayoría de casos, la ansiedad de manera significativa (Jacobson, 1974). La cliente aceptó gustosamente esta técnica de relajación y se aclaró que la misma no funciona en todos los casos, por lo que si esto sucedía con ella no debía preocuparse e intentaríamos algo distinto. Este comentario redujo la tensión de la cliente, ya que soltó el aire de golpe y relajó los hombros. Al final de la primera sesión, X.X. se fue un poquito menos angustiada. Se quedó en realizar la siguiente sesión en una semana.

### **Informe de Sesiones**

#### **Sesión #: 2**

#### **Resumen de la conversación:**

Al iniciar la sesión se le ve a X.X. ansiosa y triste. Lo primero que ella comenta es que la relajación progresiva le ayudó a sentirse mejor en general, por lo que fue positiva. Sin embargo, menciona que en el momento que su novio no le contesta el teléfono no hay nada que funcione para no perder el control (dolor de nuca, se come las uñas, da vueltas por la habitación sin parar, se pone sumamente brava, grita, se golpea contra la pared, llora y se siente sola). A pesar de haber dicho que nada funciona para no perder el control, más tarde en la conversación X.X. dice que se ha dado cuenta que si es que se baña después de que él no le contesta el teléfono, ella se siente un poquito mejor (no grita ni se pega contra la pared). Se recalca esta nueva "estrategia" que ha descubierto por sí sola.

El resto de la conversación fue alrededor de su estado de ánimo triste y desanimado. Aseguraba no sentirse la misma persona que era antes, sentirse "aspirada por la vida", es decir succionada, sin alguna emoción placentera, vacía. La sesión ayudó a que ella aclare y distinga estos sentimientos ya que en un principio no sabía

bien que es lo que estaba sintiendo. Así mismo, afirmó que ella necesitaba hablar en persona con su novio para que ambos se puedan decir frente a frente las cosas que sentían y pensaban. Sabía que había la posibilidad de que lo que salga en aquella conversación no le agrade, sin embargo, quería tomarse el riesgo. Demostró su preocupación por no hacer una vida social, por tener pesadillas continuas, por el dolor constante del cuello, la espalda y la cabeza, y por no poder dejar de pensar en el engaño. Por último, comentó acerca de la dinámica que estaba actuando en su relación de pareja, ésta dinámica se comentará en la explicación circular a continuación.

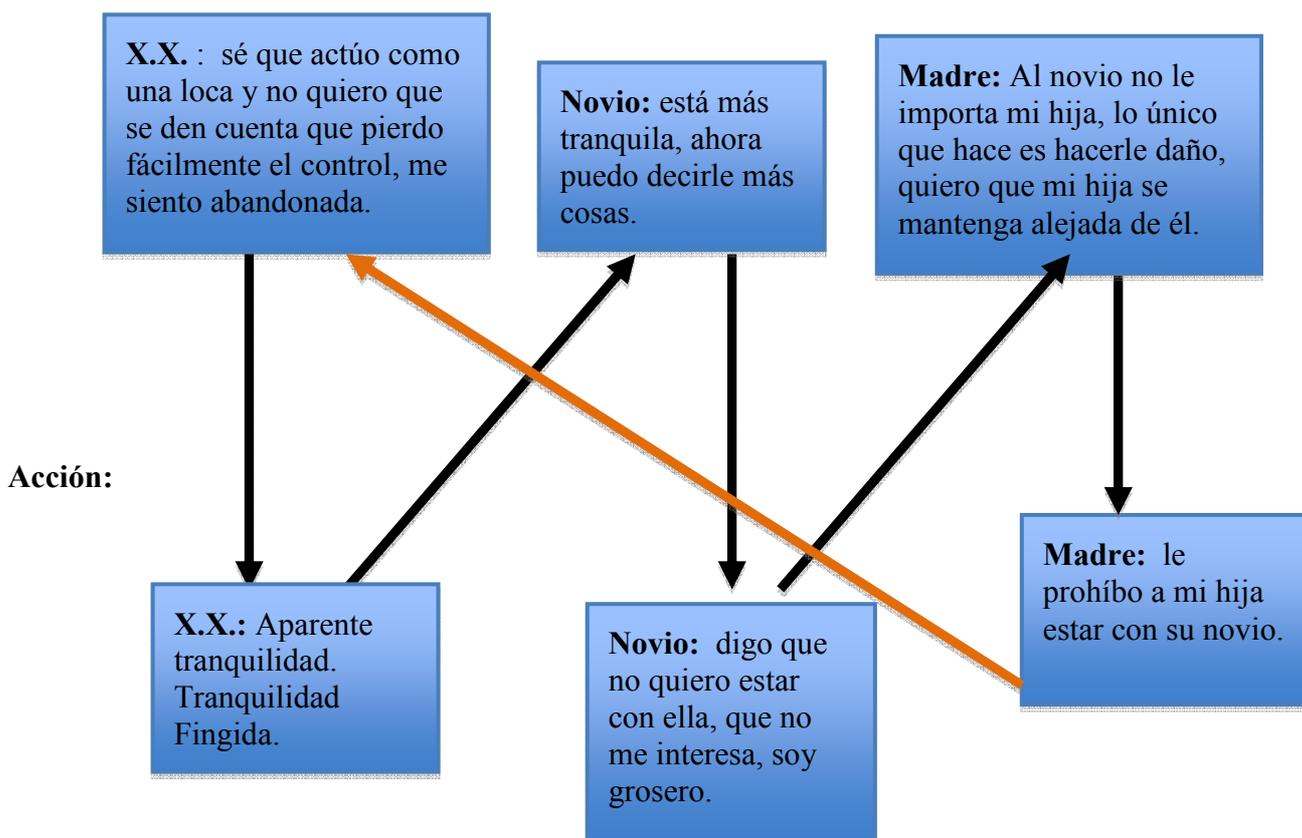
### **Explicación circular: la pauta mantenedora del síntoma:**

Considerando la teoría de la terapia sistémica de que toda relación es triádica-triangular, es decir, que toda relación de dos personas supone una tercera persona, se trató de observar cuál era la pauta mantenedora del síntoma de X.X. y la manera como estaban involucradas tres personas en la dinámica circular. Para lograrlo, se identificó que las acciones de la madre influían significativamente en el comportamiento de X.X.. Por lo tanto, se fue preguntando la forma en la que reaccionaba la madre cuando X.X. lloraba y se sentía mal, la forma en la que X.X. reaccionaba, lo que pensaba frente a esto y la actitud de X.X. frente a su novio luego de que él le hacía sentir mal. Se pudo observar que cuando X.X. hablaba relativamente tranquila (sin gritar ni llorar con el propósito de parecer calmada) con su novio se terminaba sintiendo peor, más solitaria y más triste al final de la conversación. Esto ocurría porque frente a la "tranquilidad" de X.X., el chico reaccionaba diciéndole a X.X. que no quería estar con ella, que iba a volver con la chica con la que se besó antes, le decía groserías, entre otras cosas. Ante esto, X.X. respondía llorando, gritando, y sintiéndose abandonada. Cuando X.X. dejaba de hablar con su novio estaba sumamente ansiosa, y triste. Su madre al verla así, le decía que estaba prohibida de pensar, hablar o mencionar al chico en su hogar ya que él solamente le hacía daño. Con esto, X.X. se sentía aún peor: sentía que su madre no la comprendía ya que pensaba que ella nunca había experimentado el abandono de un ser querido. Al sentirse X.X. tan mal, recurría a su novio para sentirse menos sola, sin embargo, este comportamiento de buscar a una persona que te trata mal y te dice cosas hirientes hacía que X.X. piense nuevamente que estaba loca y a punto de perder el control. Como consecuencia llamaba a su novio con aparente tranquilidad, y el ciclo volvía a comenzar. Se evidencia el tipo de apego ansioso-inseguro.

Esta dinámica circular, mantenía la ansiedad, la sensación de locura, pérdida de control, y la tristeza de X.X.. Uno de los objetivos que se propuso para la terapia fue ir apuntando sobre los pensamientos y sentimientos de ésta dinámica familiar para ver si es que a partir de ello la cliente podía entender mejor cómo estaba funcionando y cómo este círculo acentuaba su malestar.

### Diagrama " Bow tie " : sentirse loca, perder el control.

#### Pensamiento:



#### Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:

- Apuntar sobre la dinámica circular
- Difuminar el círculo a través de responsabilidad y nutrición emocional
- Reducir síntomas de ansiedad y depresión
- Disolver la sensación de que ella es una loca y que puede perder el control en cualquier momento

- Explorar el abandono, ya que en esta sesión empieza a ser un aspecto importante. Ella se siente abandonada e intenta soluciones (que en este caso no funcionan) para dejar de sentirse de dicha manera.

### **Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

Las sugerencias propuestas durante la sesión son que X.X. comience a explorar un poco la sensación de abandono. Que trate de darse cuenta en qué momentos se siente abandonada, y si es que se ha sentido de esta manera en otras situaciones. El objetivo de esta propuesta es que X.X. comience a transitar la emoción y estar más atenta a la misma. Igualmente, identificar si es que han habido otros momentos de la vida en los que se ha sentido así, para compararlos y explorar las soluciones intentadas con anterioridad. Por otro lado, al X.X. estar más pendiente de lo que ocurre a su alrededor y las acciones de los demás puede empezar a descubrir, poco a poco, la manera en la que están funcionando las cosas de manera circular. Es un inicio para lo que podría irse develando en futuras sesiones de terapia. En resumen, se intentó dirigir la atención de X.X. hacia un aspecto distinto al de la ansiedad, la depresión y el hecho de sentirse como una loca. La próxima sesión se acuerda para dentro de dos semanas, después del feriado.

### **Informe de Sesiones**

**Sesión #: 3**

#### **Resumen de la conversación:**

Al principio de la conversación la cliente habló acerca de sus vacaciones de carnaval. Se le veía un poco menos ansiosa, menos triste, menos intranquila. Hablaba un poco más rápido y los gestos en su cara estaban menos tensionados, así como sus hombros y su posición de la espalda. Comenta que terminó con el chico que era su novio al comienzo de las vacaciones de carnaval (lo que me sorprende dado su actitud) ya que él le insultó por irse a la playa con una de sus mejores amigas la cual a él no le agrada. X.X. cuenta que tanto el día que terminó la relación con el chico como dos días después lloraba, vomitaba, se sentía extremadamente débil, y no comía. Sin embargo, en las vacaciones conoció a un hombre, amigo de su hermano que le hizo sentir querida nuevamente. X.X. considera que el hecho de haberse vuelto a sentir valiosa, querida y apreciada le hizo "comenzar a vivir de nuevo".

Una de las partes claves de la conversación fue que X.X. comentó que pudo entender que ella solamente estaba con el chico para no sentirse sola, para sentir que alguien se preocupaba por ella de alguna manera (alguien que le proporcionara algo de nutrición emocional). Es en este momento cuando trae nuevamente a la terapia el tema del abandono y la soledad. De esta manera se retoma la tarea propuesta la sesión anterior. La cliente dice que no le gusta la soledad y que se ha dado cuenta de que ya ha vivido momentos de soledad en el pasado. Estos momentos le marcaron mucho, le hicieron cambiar su forma de ser: sufrió mucho, y por ende ahora intenta evitar la soledad y la sensación de abandono de cualquier manera posible. Se habló de otros momentos donde se ha sentido sola y abandonada y qué cosas hizo para sentirse mejor. X.X. se puso un poco incómoda mientras hablaba de sus anteriores relaciones amorosas y la forma en la que se terminaron. Dijo que a pesar de que pasó algún tiempo sintiéndose sola, el sentimiento fue desapareciendo con el tiempo y pudo sentirse querida nuevamente por otros hombres. Se trató de explorar el abandono y soledad en relaciones de amigos o con familiares, pero X.X. se puso muy incómoda y dijo que cree que la sensación de abandono está muy relacionada a su padre. Sin embargo, no quiso profundizar en el tema.

#### **Seguimiento de la demanda reformulada:**

En cuanto al seguimiento de la demanda reformulada X.X. dijo que estaba empezando a ver cómo cada persona importante en la vida va influyendo en la manera que piensas y actúas en el futuro. Así mismo, se responsabilizó un poco acerca de su situación ya que comprendió que su ex novio no era la única persona que la iba a querer y que estaba en sus propias manos salir adelante. Finalmente, comenzó a explorar aspectos importantes de sí misma: la sensación de abandono y soledad, las cuales pueden ayudarle a comprender mejor su situación actual.

#### **Cambios en el patrón de circularidad:**

Un cambio esencial en este patrón es que ella no aceptó los insultos por parte del chico y decidió terminar con él. Esto rompe la circularidad de manera drástica. Así mismo, el hecho de que ella no le ha llamado a su ex novio desde que terminó con él, y que haya sido él quién le busque a ella demuestra un cambio en la circularidad. Finalmente, el hecho de ya no pensar que actúa como "una loca" puede influir con el hecho de que se sienta más fuerte, y por ende, que se encuentre menos triste y ansiosa.

**Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

Se reconoció la fortaleza de X.X. al enfrentar la soledad y la sensación de abandono durante el último tiempo. Así mismo, se le pidió que siga profundizando en el tema del abandono y la soledad y que lo vaya relacionando con su padre poco a poco ( se le pide esto ya que ella misma durante la sesión menciona que tanto la soledad como el abandono tienen que ver con su padre). No se le presiona para que haga algo más ya que el hecho de profundizar en éstas dos emociones es una tarea dura por sí sola. Se queda en reunirse la siguiente semana para la próxima sesión.

**Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:**

- Apuntar sobre la dinámica circular
- Continuar con la exploración del abandono, ya que en esta sesión empieza a ser un aspecto importante.
- Reducir síntomas de depresión y ansiedad
- Ampliar el foco de atención
- En la siguiente sesión hablar acerca de la familia de origen

**Informe de Sesiones**

**Sesión #: 4**

**Resumen de la conversación:**

La sesión comenzó con X.X. diciendo que se ha sentido mejor durante la semana: un poco menos ansiosa, come más, menos dolor de cabeza y espalda, un poco más de concentración. Luego habla de lo que se había dado cuenta durante la semana acerca de la soledad y el sentimiento de abandono. Antes que nada, logró diferenciarlos (algo que antes no ocurría ya que el límite entre abandono y soledad era indistinguible para ella). Este es un aspecto positivo ya que al ir precisando cada emoción la cliente puede ir descubriendo verdaderamente cómo se siente y cómo lo que siente ahora, es similar o distinto a lo que sentía en diversas ocasiones ( ampliar el foco de atención ). Algunas de las conclusiones formuladas por X.X. luego de explorar la soledad y el abandono fueron las siguientes: " la sensación de abandono es un poco más constante en mí que el sentimiento de soledad, la soledad pasa con el tiempo pero la sensación de abandono sigue presente (aunque sea en baja intensidad) la mayoría del tiempo, antes

tenía parejas para tratar de quitar la sensación de abandono pero no era posible hacerlo, estoy con mi novio solamente para no sentir soledad, estoy con la primera persona que me haga sentir querida solo para no sentir soledad ". Describió la soledad como: un mal desmotivante que causa ansiedad y llanto, que hace que te sientas una persona sola y aburrida. También dijo sentirse sola cuando no hay nadie más en su casa, ésta soledad se compone de angustia, llanto, dolor de cabeza y leve sensación de vacío interior. Por otro lado, describió el abandono como: una sensación de vacío continuo en el pecho y la parte alta del estómago que siempre está ahí molestando por lo que tratas de cubrirlo y olvidarlo pero es muy difícil de lograrlo ya que llega a ser parte de ella.

En la parte final de la sesión X.X. dice que cree que la sensación de abandono está presente en ella desde que su padre se fue a vivir a Europa cuando ella tenía 7 años de edad, es decir pone en un contexto sus sensaciones, les otorga un significado (no se habla más del tema porque se acaba el tiempo y hay alguien esperando el consultorio, sin embargo, se reconoce que es un aspecto sumamente importante ya que marca una separación en la niñez). Se le pidió a la paciente que hable acerca de su familia de origen, cómo la recordaba, cómo era su relación con su madre y sus hermanos, entre otros. Esto se hace con el propósito de conocer si es que hay carencias de nutrición emocional, la configuración de la familia, si hay exigencias altas, entre otros. X.X. comenta que sus padres se llevaban bastante bien aunque no eran muy afectivos entre sí, que su madre no era muy cariñosa con ella y que la exigía mucho (que esté bien vestida, que se comporte de la manera adecuada, entre otras cosas). Menciona no haberse sentido muy valorada ni apreciada por su madre (carencia de nutrición emocional) y que esto ha hecho que ella no se sienta muy segura de sí misma.

#### **Seguimiento de la demanda reformulada:**

Se le dice a X.X. que es una persona sumamente fuerte por poder decir todo esto que ha salido a la luz, ya que debe ser muy duro aceptar y contar a otra persona todo lo que contó durante la sesión. Se considera que la terapia ha avanzado ya que el foco de atención pasan a ser sus emociones, su familia y la ida del padre fuera del país, dejando de ser su novio y la situación del engaño.

#### **Cambios en el patrón de circularidad:**

X.X. empieza a actuar por ella misma sin tener tanto en cuenta a su novio. Lo que hace su novio pasa por un momento al segundo plano y se enfoca en ella y la forma en la que sus acciones y pensamientos pueden cambiar la forma en la que ella se siente y en la manera en la que actúan los demás.

### **Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

En esta sesión no se le pide nada adicional a X.X. ya que se considera importante que siga explorando el abandono y la soledad. Se acordó que la siguiente sesión se llevaría a cabo dentro de dos semanas y que se iniciaría con el tema de la ida de su padre a Europa cuando ella era una niña.

### **Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:**

- Apuntar sobre la dinámica circular
- Difuminar el círculo a través de responsabilidad y nutrición emocional
- Reducir síntomas de ansiedad y depresión
- Ampliar su red social para que puede obtener nutrición emocional de varias fuentes.
- Hablar acerca de la partida del padre en la siguiente sesión

## **Informe de Sesiones**

### **Sesión #: 5**

#### **Resumen de la conversación:**

La sesión comienza con lo acordado hace dos semanas: hablar acerca de la partida del padre cuando ella era pequeña. A X.X. le cuesta mucho hablar acerca de este episodio, mientras lo hace llora continuamente y refiere sentir el vacío continuo de abandono que siente en su pecho con mayor intensidad. Cuenta que ella era sumamente apegada a su padre: era él quién le llevaba a la escuela, jugaban en el parque y pasaban mucho tiempo juntos. El padre le venía diciendo durante unos meses que se iba a ir a otro lugar para darles una mejor vida a ella y al resto de la familia, pero X.X. refiere no haber entendido esto que le repetía su padre. La manera en la que ella experimentó la partida de su padre fue la siguiente: " un día me desperté y él ya no estaba ", pasaba llorando todo el tiempo, sentía mucho dolor, no podía comprender por qué él le había

dejado, no comía, vomitaba, se desmayaba, especialmente cuando llegaba a la casa de su abuela (madre de su padre). Se distingue al padre como la figura de apego para X.X..

Recuerda que la primera vez que habló por teléfono con su padre no podía dejar de llorar y gritar. Luego de eso no podía dormir y faltaba a la escuela, por lo que terminó perdiendo el año. No prestaba atención a nada, no le gustaba estar con otros niños de su edad, prefería estar sola ya que cuando estaba sola le tenía más presente a su padre, " me volví una niña muy triste y pensaba continuamente en la muerte ".

También cuenta que su padre le mandaba muchos regalos, pero que eso a ella no le llenaba porque lo que ella quería era su presencia. Su padre era la persona a la cual ella más admiraba y su ausencia hizo que se apegue un poco más a su madre, aunque su madre no le demostró mucho cariño.

X.X. contó que estuvo prácticamente sola hasta su tercer curso, aunque si tenía algunas amigas cercanas, momento en el que se entera que su padre iba a regresar en unos meses. El padre regresa cuando X.X. tiene 15 años, su regreso fue muy emotivo, pero la visión que tenía la cliente de su padre cambió por completo: pasó más tiempo con los amigos que con la familia, tomaba mucho alcohol, se entera de que padre tenía otra mujer en Europa y que a su madre esto aparentemente no le importaba. El hecho de que su padre tenga otra mujer y otra vida fuera del Ecuador afectó mucho a X.X.: " mi papá se olvidó de nosotros, se olvidó de mí, mientras yo a él le tenía presente todos los días ". Se reconoce la fuerte sensación de abandono experimentada por X.X.. En teoría el padre ya regresaba para quedarse en el Ecuador, sin embargo, luego de 2 años decide regresar a Europa (momento en el cual X.X. vuelve a sentirse abandonada, fue muy duro para ella). Padre vuelve de visita por el verano alrededor de cinco años más tarde.

La paciente no ha tenido contacto con su padre desde hace aproximadamente 10 meses ya que ella se decepcionó mucho de su padre y tiene miedo de volver a apegarse a él y que él le vuelva a abandonar: " ya no puedo confiar en él, me ha dicho tantas veces que ya va a regresar al Ecuador para quedarse por siempre, pero pone excusas y cuando ya está aquí y yo me ilusionó porque voy a poder vivir nuevamente con mi papá pero él se regresa de nuevo a Europa ". Así mismo, X.X. menciona sentir mucho miedo por enterarse de que el padre tenga otros hijos en Europa, ya que si esto pasara se sentiría más abandonada que nunca. Finalmente, menciona que quiere mucho a su

padre pero que él ha hecho cosas que la han marcado durante su vida: por ejemplo la sensación de vacío y abandono constante que experimenta en su pecho.

Durante la sesión se intenta re-contextualizar la partida de su padre. Se le pregunta a X.X. las posibles razones que cree que tendría su padre para irse del país y abandonar a su familia. En un principio dice " él dijo que era para que nosotros estemos mejor, pero yo no lo creo ". Al ir explorando las razones que ella creía posibles para que su padre se fuera: " no nos quería tanto, quería conocer algo distinto, quería un mejor trabajo, quería ganar más dinero ", se fue acercando a una razón que le hizo algo de sentido " quiso irse para que nosotros tengamos una mejor vida y para proporcionarnos más, en términos materiales, de lo que hacía cuando estaba en Ecuador ". X.X. repitió lo que en un principio no creyó verdadero pero ahora comprendiendo esa razón mejor, es decir, vio la situación de una manera nueva y distinta, realmente pudo ponerse en la posición de su padre y entender por qué el hecho de irse podía darles una mejor vida económicamente. Aunque no está de acuerdo con la partida, pudo verla desde otra perspectiva y perdonar un poco a su padre.

#### **Seguimiento de la demanda reformulada:**

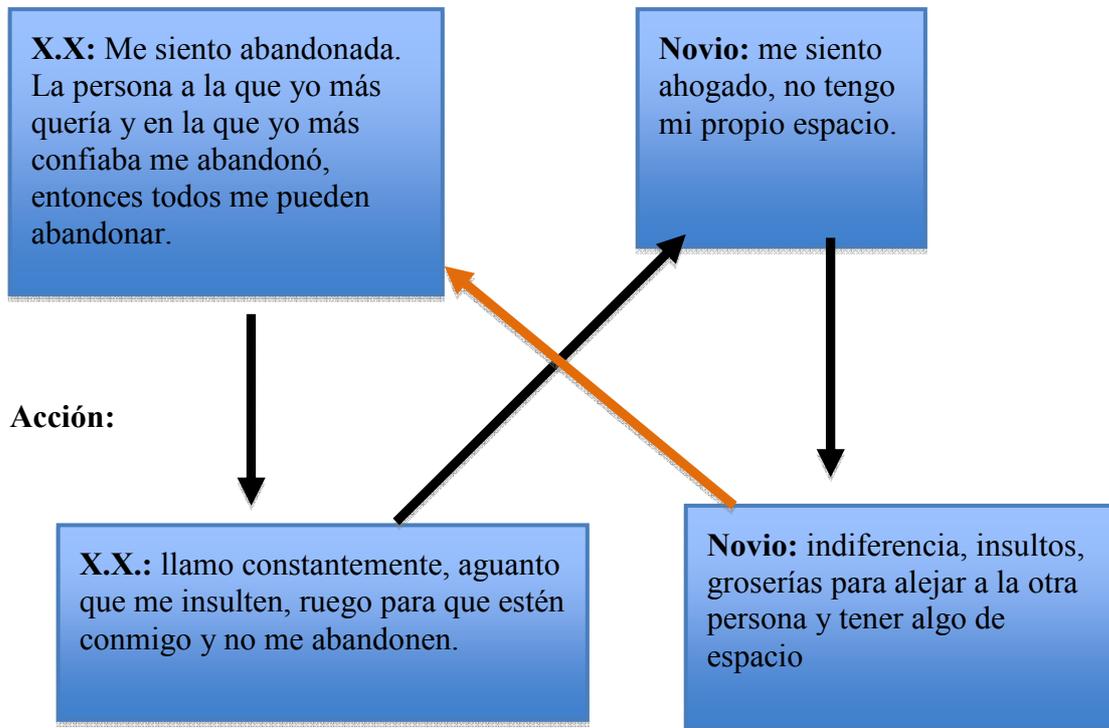
La terapia toma un enfoque distinto: deja de ser la relación entre el novio y X.X. y pasa a ser la relación entre X.X. y su padre. X.X. reconoce la influencia que ha tenido su padre a lo largo de su vida: en la elección de novios, en el miedo constante a la soledad, en su imposibilidad por dejar a su novio actual, en el miedo intenso que tiene de volver a ser abandonada por alguien a quién ama. Sale a la luz la carencia de nutrición emocional en su niñez, la búsqueda de la misma en la pareja y la consiguiente depresión dado el engaño por parte de su pareja. Comienza una mejor comprensión de la situación de su padre la cual en el futuro puede llevar a que ella lo perdone un poco.

#### **Cambios en la circularidad:**

Está claro que el padre de X.X. juega un papel importante e la relación de X.X. con su novio. Se evidencia una nueva circularidad entre X.X. y su pareja, la cual se relaciona profundamente con el abandono experimentado por X.X. cuando su padre salió del Ecuador . Es importante notar que el padre no está presente en el cuadro " bow tie " ya que vive fuera del país, sin embargo, la sensación de abandono constante en X.X., relacionada a su partida, está claramente presente.

## Diagrama "Bow tie": sensación de abandono

### Pensamiento:



### Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:

La sesión fue sumamente dura para X.X. por lo cuál se reconoce su fortaleza y el hecho de haberle dado un sentido a sus emociones. X.X. refiere estar más tranquila al saber que la sensación de vacío es legítima para su situación y que sus miedos son "normales" para una persona que ha pasado por sus circunstancias. Se le pide a X.X. que durante la semana piense si es que cree que le afecta de alguna manera el hecho de que no ha hablado con su padre durante tanto tiempo (ampliar el foco de atención y ampliar la red social).

### Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:

- Apuntar sobre la dinámica circular
- Difuminar el círculo a través de responsabilidad y nutrición emocional
- Reducir síntomas de ansiedad y depresión

- Ampliar su red social para que puede obtener nutrición emocional de varias fuentes
- Continuar con la re-contextualización
- Ampliar el foco de atención
- Crear confusión

### **Informe de Sesiones**

**Sesión #: 6**

#### **Resumen de la conversación:**

X.X. decidió llamar a su padre ya que lo extrañaba mucho y la conversación durante la terapia le hizo pensar que talvez el vacío era más intenso por no tener contacto con él. La conversación con padre fue superficial y la cliente se sintió incómoda, por lo que luego de la llamada lloró mucho. Por otro lado, cuenta que regresó con su novio ya que necesitaba estar nuevamente con él para sentirse algo mejor. Se le nota sumamente cansada, tiene ojeras marcadas, habla muy lento, se olvida de las cosas que está diciendo, le duele la nuca y la espalda. Menciona que si es que su novio no le llama ella se pone triste pero ya no le grita, ni le llama continuamente. Está algo contenta de reaccionar mejor frente a la misma situación en la que anteriormente “perdía el control”. Refiere pasar todo el tiempo sola, por lo que la compañía telefónica del novio es su única fuente de afecto.

#### **Seguimiento de la demanda reformulada:**

Se evidencia un pequeño retroceso, el cual se considera normal luego de todo lo que ha experimentado la cliente en las últimas semanas: hablar del padre, hablar del abandono, retomar contacto con el padre luego de tanto tiempo, dejar de estar con su novio por unas semanas. Así mismo, se considera que el hecho de que ella haya vuelto con su novio ayudó a que se estabilice un poco y que por el momento es bueno para que ella se sienta más segura. Se vuelve a hablar del novio, pero esto también se considera normal luego del proceso que se ha llevado a cabo. Todo esto puede demostrar que se están dando los cambios pero que quizás X.X. necesita que se hagan un poco más despacio para no sentir que todo cambia de golpe. Sin embargo, hay un avance positivo en cuanto a su reacción frente al comportamiento de su novio que se debe tomar en cuenta para saber que el retroceso no ha sido completo.

**Cambios en el patrón de circularidad:**

La dinámica circular se hace más evidente para la cliente, quién comprende que la sensación de abandono que lleva consigo desde que su padre se fue a vivir a Europa tiene mucho que ver con la forma como se comportaba con su novio (rogándole y llamándole constantemente para no estar sola), y con el hecho de que le cueste estar sola, se esfuerza por obtener algo de nutrición emocional por parte de su pareja y por esto es difícil terminar con la misma ya que prefiere recibir algo de valoración de su pareja que no tener una pareja y no obtener esa valoración.

**Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

Antes que nada se le da sentido al bajón que ha experimentado durante la semana dado que ha hablado con el padre y ha vuelto con el novio. Todos estos cambios involucran sensaciones fuertes por lo cual es natural que no haya sentido una mejoría durante este tiempo. Se le propone estar más tiempo con sus familiares, compartir la comida con ellos y si es que siente que es posible hablar con la madre acerca del padre. La propuesta fue un poco fuerte para X.X. por lo cual se la modifica y se le pide que coma con su familia durante las noches. Esto tiene el propósito de que comparta con otra gente que la quiere para que pueda recibir afecto de más lugares. La nutrición relacional que irá experimentando poco a poco hará que tenga un poco más de fuerzas y que posiblemente se sienta mejor, más apoyada, menos abandonada.

**Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:**

- Difuminar el círculo a través de responsabilidad y nutrición emocional
- Ampliar su red social para que puede obtener nutrición emocional de varias fuentes

**Informe de Sesiones**

**Sesión #: 7**

**Resumen de la conversación:**

La sesión empieza con X.X. diciendo que no pudo cumplir con lo que se le pidió la semana pasada ya que no sintió ganas de pasar más tiempo con su familia. Se habla acerca de ello. X.X. cuenta que no quiere estar con su familia porque sabe que ellos no apoyan su relación de pareja. Se le dice que todo esto tiene sentido y como terapeuta no

presionaré más para que ella pase más tiempo con su familia. Luego, contó que sigue con su novio porque siente que no puede estar sin él y que ha estado más o menos tranquila. Sin embargo, durante la terapia se le nota desesperanzada y triste, por lo cual le digo que no parece estar tan feliz como ella refiere. Entonces, cuenta que tiene dudas constantes acerca de su novio, que tiene miedo de que él le deje, que siente un vacío muy fuerte y ganas de rendirse ante la vida (sensaciones que conecta con las experimentadas cuando su padre se fue a Europa). Así mismo, cuenta que cuando se siente sumamente ansiosa necesita hablar con su novio porque cuando habla con él: "es como que vuelvo a respirar de nuevo, pero yo misma me asusto porque no puedo depender tanto de él para sentirme con vida". Esta frase demuestra cómo la poca cantidad de nutrición emocional obtenida de su relación de pareja la mantiene atada a ella.

Por otro lado, menciona estar fuertemente preocupada por sus notas en la universidad ya que está sacando malas notas en la mayoría de materias porque no ha hecho los deberes y no ha estudiado para los exámenes. Cuenta que ha decidido preguntar a sus compañeras si pueden ayudarle a estudiar y explicarle las cosas que no están claras. Tiene un poco de vergüenza de hacer esto porque no se está concentrando bien, sin embargo, se le apoya para que lo haga ya que la ayudará para dos cosas: mejorar notas, estar con gente nueva. Se recalca su esfuerzo al intentar mejorar sus notas aunque le cueste mucho trabajo y no sienta muchas ganas de hacerlo.

#### **Seguimiento de la demanda reformulada:**

X.X. ha podido comprender mejor el por qué de sus acciones y emociones, por lo que se siente un poco menos "loca". Todavía no comprende del todo lo que le pasa, pero al tener ya alguna idea ha dejado de sentirse completamente descontrolada, ha pasado a sentir que tiene un poco de control sobre sus acciones. Así mismo, sabe que la forma en la que actúa tiene sentido si es que se toma en cuenta las situaciones por las cuales ha vivido, dando como resultado que se sienta un poco menos loca.

#### **Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

Se le anima a que pida a sus compañeras que le ayuden en las materias que le están causando dificultad. A pesar de la vergüenza que tiene X.X. accede a llamarlas por teléfono y pedirles ayuda. Se espera que con esto este un poco más tranquila la

próxima sesión. Dadas las vacaciones de semana santa, se acuerda en que la siguiente sesión se llevará a cabo luego de dos semanas y media, cuando hayan finalizado las vacaciones.

### **Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:**

- Difuminar el círculo a través de responsabilidad y nutrición emocional
- Reducir síntomas de ansiedad y depresión
- Ampliar su red social para que puede obtener nutrición emocional de varias fuentes

### **Informe de Sesiones**

#### **Sesión #: 8**

#### **Resumen de la conversación:**

La sesión se lleva a cabo luego de tres semanas ya que X.X. no acudió a una sesión. La sesión inicia con X.X. disculpándose por no haber llegado a terapia. Se le ve más relajada, sus hombros no están tensionados y cuenta las cosas con un tono de voz más animado. Primero que nada, cuenta que se ha reunido tres veces con compañeras de distintas clases para que le expliquen la materia. Estas compañeras le han invitado a tomar café y al cine, con lo cual X.X. ha estado con gente distinta. Dice que se ha sentido más querida y que se ha dado cuenta de todo lo que perdió por haber estado en su casa sin querer ver a nadie ( X.X. recibió nutrición emocional). Todo esto se refuerza y se le dice la alegría que siento por este cambio.

Por otro lado, cuenta que terminó con su novio hace dos semanas. X.X. dice que fue él quien le terminó a ella ya que ella no le contestó el teléfono. Cuando pasó esto X.X. lloraba y le suplicaba que no terminen, sin embargo, él le terminó. X.X. se fue a la playa con su familia y pudo ver que se sentía sumamente atada al chico y que se estaba alejando de sus seres queridos por estar con él. La cliente decidió no llamar a su ex novio durante las vacaciones: " actué totalmente distinto ya no le rogué ya no le llamé, ya no me sentí como una loca ", representando un cambio en la dinámica circular, y al sentirse rodeada por su familia se sintió querida y tuvo fuerzas para no llamarlo y aceptar que la relación se había terminado: " yo me siento querida y apoyada por mi familia, y siento que ahora tengo amigas con las cuales puedo salir un rato y en las

cuales puedo confiar mis historias, todo esto me ha ayudado a poder estar tranquila sin él ". Esto último fue dicho por X.X. durante la sesión mientras sonreía.

Más tarde en la sesión, X.X. contó que ya come normalmente, le duele menos la espalda, casi no llora y se ha podido concentrar un poco más en sus estudios. Todo esto fue recalcado durante la sesión haciendo hincapié en su fortaleza para afrontar la situación, en su persistencia con lo estudios, y en el esfuerzo que hizo para pedir ayuda a sus compañeras, las cuales ya son sus amigas. Finalmente, X.X. contó que habló con su ex novio hace 3 días, luego de que él le ha estado llamando mínimo dos veces diarias desde el día que terminaron. Cuenta que hablaron tranquilamente, él le rogaba que vuelvan y ella se mantuvo firme en su nueva posición: se dio cuenta de que no estaba bien cuando estaba con él y que era más positivo para ella estar rodeada y apoyada por su familia y sus amigas, él ya no era indispensable para su bienestar. Luego de tener esta conversación X.X. se sintió muy bien ya que nunca había actuado de esta manera.

#### **Seguimiento de la demanda reformulada:**

La demanda por la cual la cliente llegó a terapia se está disolviendo, ya se siente bastante mejor. El objetivo para la sesión que viene será mantener este cambio durante un tiempo para asegurar en la medida de lo posible este cambio de X.X. y su bienestar.

#### **Cambios en el patrón de circularidad:**

La dinámica relacional circular entre X.X. y su pareja se disolvió ya que X.X. dejó de sentirse tan abandonada como se sentía antes. El hecho de pasar tiempo con su familia y compañeras hizo que ella se sienta querida por lo cuál ya no sintió la necesidad de llamar constantemente a su pareja y rogarle que esté con él. Todo esto rompe claramente el círculo ya que las actitudes del novio dejan de influir y acentuar la sensación de abandono de X.X.. Por otro lado, la dinámica circular en la que X.X. se sentía como una loca y que podía perder el control en cualquier momento también se disolvió poco a poco ya que X.X. dejó de sentir que actuaba como una loca, ya no fingía tranquilidad sino que realmente estaba tranquila, y todo esto dio como resultado que el chico deje de portarse mal con ella y que por ende su madre se acerque más a su hija, confirmando la nueva sensación de X.X. de que ya no actúa como una loca y que la gente que la quiere la apoya, uniéndole más con su familia.

#### **Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

Se le sugiere a X.X. que siga adelante con el cambio que ha comenzado (relación con familia, relación con amigas, interés en mejorar las notas de la universidad), y que trate de ver todas las cosas, pequeñas o grandes, que hace su familia por ella. Esto tiene como propósito que se siga fijando en las acciones de sus familiares que demuestran que ella es importante para ellos, y que así la sensación de ser querida se instale un poco más dentro de ella, que se le otorgue nutrición emocional.

#### **Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:**

- Proteger los cambios que se han ido dando en las sesiones anteriores
- En la próxima sesión ver qué es lo que le gusta hacer a la paciente para ver si es que decide retomarlo.

#### **Informe de Sesiones**

**Sesión #: 9**

#### **Resumen de la conversación:**

X.X. llega a la sesión contenta y un poco más relajada, cuenta que está alegre porque ha podido entender las cosas más importantes sobre las materias que está con riesgo de perder y que por ende tiene más confianza de que le ira más o menos bien en los exámenes. Sin embargo, menciona que ha tenido fuertes dolores de cabeza a los que ella atribuye al cansancio y al estudio constante. Así mismo, su posición acerca de su relación con su ex novio sigue igual que la semana anterior: no quiere regresar con él a pesar de que él le pide que vuelvan, se siente con más fuerzas y siente que ella tiene control sobre sus acciones ( ya no siente que puede perder el control en cualquier momento). El resto de la sesión se le pregunta acerca de su relación con la madre, con el resto de sus familiares y con sus compañeras. Con respecto a la madre cuenta que le ha podido contar sobre su sensación de abandono constante desde la partida de su padre, algo que nunca antes habían podido discutir. La madre la escuchó y le dijo que ahora comprendía un poco mejor la actitud de X.X. durante éstos meses, todo esto refuerza la sensación de X.X. de que tiene control y de que no actúa como una loca, lo cual es positivo. Con respecto a sus compañeras, almuerza en la universidad con ellas y habla por mensajes de celular todo el tiempo. Acerca de la sugerencia propuesta la semana anterior pudo ver que su madre le pregunta constantemente como está y cómo se siente,

su hermana le visita pasando un día, y sus hermanos le preparan las cosas que a ella le gustan comer.

Durante la sesión, se dirige la conversación hacia las cosas que le gustan y le disgustan a X.X. hacer ella sola. Menciona que no le gusta estar mucho tiempo sola pero que antes disfrutaba mucho de ir al gimnasio y de hacerse máscaras o limpiezas faciales durante las noches. Solamente, el hecho de hablar acerca de las cosas que le gustan hacer sola hacen que la paciente mencione ganas de volver a realizarlas, de que se de cuenta de la falta que éstas hacían en su vida durante el último tiempo. No se le presiona para que comience a realizarlas, ya que se espera que ella las comience por sí sola, cuando ella se sienta preparada para hacerlo.

#### **Seguimiento de la demanda reformulada:**

La demanda continúa disolviéndose: ya no quiere sentirse mejor porque ya se siente mejor, ya no pide ayuda referente a la ansiedad o a la tristeza, es más conciente de las dinámicas que la rodean y ya no se siente como una loca.

#### **Seguimiento de los cambios en la circularidad:**

Los cambios en la circularidad mencionados la sesión anterior siguen estables. Se quiere asegurar que se mantengan así por un tiempo para que con el tiempo puedan ir desapareciendo de manera definitiva.

#### **Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

Se le propone que trate de acercarse nuevamente a su mejor amiga, con quién a perdido contacto desde la situación de engaño de su ex novio. Se le dice que es una tarea dura pero que no tiene que hacerlo de golpe sino poco a poco. Se discuten formas de acercamiento y se concluye en que le mandará un mensaje para ver si quedan en tomar un café. Finalmente, se le sugiere ver los videos de las primeras sesiones así como de las últimas, en la hora de la próxima sesión, para que ella misma sea testigo de su cambio. X.X. acepta la sugerencia y dice que cree que le va a servir ver los videos para seguir adelante con el cambio. Esto último, servirá para que haya un cierre de la terapia. Se considera que la terapia ya puede finalizar próximamente y ésta es una manera sutil de que X.X. vaya viendo que la terapia está por finalizar ya que la demanda ha desaparecido y ella se encuentra mejor.

**Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:**

- Proteger los cambios que se han venido dando

**Informe de Sesiones****Sesión #: 10****Resumen de la conversación:**

Antes de mostrar los videos X.X. comentó que ha retomado el gimnasio y se ha vuelto a hacer mascarillas faciales pasando un día. Esto demuestra un cambio positivo ya que se ve claramente que ha vuelto a preocuparse por su propio bienestar. También contó que ha estado bastante tranquila por no estar con su ex novio, se pone triste de vez en cuando pero en general está bien. Se normaliza la tristeza experimentada a ratos ya que después de una relación larga es natural que piense en él y que se sienta triste por momentos.

X.X. habla acerca de la comparación entre su relación con su ex novio y su relación con su padre, dice que se ahora siente que son distintas porque el vacío que siente por su ex novio es más parecido a la sensación de soledad, es decir, es algo pasajero y la relación con su padre es un vacío constante, es decir, abandono. Esta diferenciación es positiva ya que toma ciertas dimensiones: un novio al que quiso mucho pero no es alguien necesario y fundamental en su vida mientras que su padre es una figura que siempre estará presente. La cliente cuenta que habló por teléfono con su padre y que por primera vez en mucho tiempo fue una conversación fluida en la cual sintió a su padre cercano a ella y no le dejó una sensación de superficialidad al término de la llamada. Esto le pone contenta a X.X., se nota claramente ya que sonrío continuamente mientras relata el evento. Finalmente, cuenta que salió con su mejor amiga a tomar café y aunque fue un poco incómodo le gustó haberla visto de nuevo y quedaron en verse nuevamente luego de exámenes finales. Todas estas nuevas acciones llevadas a cabo por X.X. mantienen el cambio que ella mismo hizo durante la terapia.

Se procede a mostrar segmentos de los videos de las cuatro primeras sesiones y de las últimas dos sesiones, se le pide a X.X. que se fije en su postura, en el tema de su conversación y en su estado de ánimo durante todas las sesiones. Luego de ver los videos X.X. hace una comparación del antes y el después y apunta lo siguiente:

Antes: postura rígida, movimientos constantes de las manos, tono de voz muy bajo, no se le entendía bien lo que decía, ojos miran para abajo constantemente, el tema de conversación era su novio y el engaño, y su estado de ánimo era triste y ansioso.

Después: postura del cuerpo más relajada, voz fuerte, risas, ya no hay movimientos corporales relacionados a la ansiedad, los temas de conversación son: sus ganas de salir adelante, su buena relación con su madre y sus compañeras, su mejoría en la salud y su esfuerzo para mejorar en sus estudios. Su estado de ánimo es contento y relajado.

Finalmente, mencionó que le gustó mucho ver los videos porque reflejan su mejoría y dijo que le dio tristeza ver como estaba antes, pero al mismo tiempo le dio alegría saber que pudo salir adelante.

#### **Seguimiento de la demanda reformulada:**

La demanda ha desaparecido. Se continúa trabajando en el mantenimiento del cambio.

#### **Cambios en el patrón de circularidad:**

El cambio en el patrón de la circularidad se mantiene estable.

#### **Tareas o sugerencias propuestas durante la sesión:**

Se le pide a X.X. que piense que le diría a otra persona acerca de su experiencia terapéutica. Se quería realizar la siguiente sesión en 15 días, sin embargo, dado los exámenes y el comienzo de las vacaciones no se puede hacerlo, por lo que se cita a la cliente para la siguiente semana.

#### **Objetivos para la terapia propuestas en la sesión:**

- Proteger los cambios que se han venido dando hasta ahora
- Ir consolidando los logros obtenidos hasta el momento

### **Informe de Sesiones**

**Sesión #: 11**

**Resumen de la conversación:**

X.X. cuenta que ha pasado más tranquila, sin dolores de espalda y de cabeza, a pesar de que ha estado algo estresada por los exámenes finales. Con respecto a los exámenes finales cuenta que pudo concentrarse y que cree que en los que ha dado hasta el momento le ha ido bien. Así mismo, volvió a mencionar la utilidad de haber visto los videos de la terapia. También contó que está con ganas de trabajar en el verano y que está emocionada porque una de sus compañeras le ha invitado por dos semanas a la playa. X.X. mencionó haber hablado dos veces durante la semana con su mejor amiga y dijo: " el hecho de volver a hablar con mi mejor amiga me ha ayudado mucho, me he dado cuenta de la falta que hacía en mi vida ". La conversación en la terapia fue una conversación tranquila que daba paso a que se cierre la terapia. Por ende, le dije que yo ya la veía muy bien y que me gustaría que me diga lo que más le ha servido de la terapia, su respuesta fue: " lo que más me ha servido es que he aprendido a manejar mis emociones de una mejor manera, ya no reacciono como lo hacía antes. Esto también me ayudó a entender el por qué de muchas de mis acciones, a conocerme mejor, y a apreciarme más tanto a mi misma como a la gente que me rodea y que me quiere ". Considero que éstas palabras resumen bien el proceso terapéutico que se ha llevado a cabo. Casi al terminar la sesión se le pide a X.X. que cuente un poco acerca de su experiencia en terapia para tratar de entender la forma en la que ella a valorado el proceso terapéutico. Se cierra la terapia y le digo a X.X. que me gustaría saber como está en un mes, que me llame a contar. Este cierre hace referencia a que uno va a seguir pendiente de ella, que no se queda sola, pero que ella puede seguir adelante con los cambios que se han dado durante el proceso terapéutico.

**Valoración final del proceso:****Cumplimiento de objetivos:**

Los objetivos propuestos al inicio de la terapia se han cumplido satisfactoriamente: han bajado los síntomas de ansiedad y depresión, se exploró y comprendió mejor el abandono, los círculos recurrentes se difuminaron a través de responsabilidad y nutrición relacional, con la comprensión de su historia, sus acciones, y sus pensamientos se disolvió la sensación de X.X. de que actuaba como una loca y la sensación de que podía perder el control en cualquier momento.

**Cambio en los objetivos (si los hubo):**

Un objetivo que no se mencionó anteriormente pero que si se añadió durante el proceso fue ampliar su red social para que deje de tener una sola persona de la cual depender y pase a formar parte de una red social de apoyo y nutrición relacional. Este objetivo también se cumplió cuando X.X. volvió a relacionarse con su familia, retomó contacto con su padre y mejor amiga y comenzó a salir con sus compañeras de la universidad.

**Experiencia de la paciente:**

Al final de la última sesión, se le pide a X.X. que cuente cuál ha sido su experiencia en el proceso terapéutico. X.X. menciona que en un principio le costó mucho llegar y hablar acerca de sus problemas pero que con el paso del tiempo fue haciéndose más fácil. También dijo que ha sido una experiencia agradable y sumamente útil porque ha aprendido a ver a su familia y a la gente que le rodea de una forma distinta, de una manera más positiva. Finalmente, contó que no dudaría en volver a terapia si es que se vuelve a encontrar en un momento difícil de su vida y que lo recomendaría a sus más cercanos para que puedan salir adelante en momentos complicados. Todo esto indica que el proceso terapéutico fue útil para X.X. porque aprendió una nueva forma de gestionar las situaciones complicadas y está agradecida de haber asistido y ser parte de este proceso en su vida.

**Resultados:**

Los resultados del tratamiento, medidos por los tests utilizados para la evaluación de la eficacia del mismo, demuestran que la terapia fue eficaz para el caso en cuestión. Así mismo, la mejor comprensión de la cliente acerca de sus acciones, pensamientos y dinámicas familiares conjuntamente con la sensación de mejoría expresada por ella misma, son un reflejo de la eficacia del proceso terapéutico.

Los resultados de la Escala de Hamilton para la Ansiedad, de la Escala de Hamilton para la Depresión y del SCL-90- R demuestran un descenso en los distintos síntomas medidos por cada uno de ellos. En cuanto a la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) se puede observar claramente un declive en los síntomas pertenecientes a la ansiedad. Durante las dos primeras sesiones los niveles de ansiedad de la paciente fueron severos ( mayores a un puntaje de 31). Entre la sesión 3 y la

sesión 6 los niveles de ansiedad bajaron siendo predominantemente niveles de ansiedad entre moderados y leves (puntajes entre 18 y 24). Finalmente, desde la sesión 7 en adelante los niveles de ansiedad de la cliente disminuyeron gradualmente, dentro del espectro de niveles leves de ansiedad (puntajes menores a 17), hasta que en la última sesión no se observaron síntomas asociados a la ansiedad. La mejoría demostrada por la desaparición de síntomas asociados con la ansiedad se pueden observar en el gráfico correspondiente al Anexo 1.

De la misma manera, los resultados de la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) demuestran que los síntomas relacionados a la depresión fueron desapareciendo con el proceso terapéutico. Se puede observar que en las primeras dos sesiones los niveles de depresión en la paciente eran severos. En la tercera sesión se observó un nivel moderado de depresión, entre las sesiones cuatro y siete los niveles de depresión fueron leves y de la sesión ocho en adelante se pudieron observar niveles normales de depresión. Es decir, que la depresión dejó de ser un problema y fue disolviéndose con el tiempo. Esta reducción de los síntomas de depresión se puede evidenciar en las ganas que tenía X.X. de retomar sus actividades diarias, la mejoría en la concentración, las ganas de hacer algo productivo en el verano (esperanza en el futuro), la mejoría en el apetito y el ciclo del sueño y la disminución de la irritabilidad y el llanto fácil. La mejoría de X.X. asociada con la disminución de los síntomas depresivos se pueden observar en el gráfico correspondiente en el Anexo 2.

Por último, los resultados obtenidos con el SCL-90-R también reflejan un cambio positivo en la paciente y la eficacia del proceso terapéutico. Los resultados pertenecientes a las nueve dimensiones primarias de ésta escala pasaron, en su mayoría, de considerarse elevadas y riesgosas (percentil 90) a considerarse manejables, lo que ya refleja una mejoría de la situación inicial presentada por la paciente así, como eficacia terapéutica. Sin embargo, hay dos aspectos importantes que considerar en los resultados obtenidos mediante ésta escala. El primer punto que se debe tomar en cuenta es que los resultados de las tres evaluaciones realizadas durante el proceso terapéutico tienden a indicar malestar exagerado o dramatización por parte de X.X. (TSP >75) (Casullo & Pérez, 2008). El segundo aspecto a consideración es que los resultados de la evaluación final indican una mejoría notable en todas las dimensiones e índices pertenecientes a ésta escala con excepción de las dimensiones de: ansiedad, ansiedad fóbica y psicoticismo. Sin embargo, ninguna de las tres dimensiones obtiene un puntaje

sumamente alto, están entre 1 (ansiedad) y 3 (psicoticismo) puntos de considerarse manejables. Así mismo, si se comparan los resultados de éstas tres dimensiones en la última sesión con los resultados de las mismas en la segunda y séptima sesión se puede observar una disminución de alrededor de 20 puntos en cada una lo que indica que si hubo una mejoría en el síntoma y que el riesgo de la paciente se redujo. De la misma manera, el índice de severidad global pasó de ser considerado riesgoso ( $T = 70$ ) en las primeras dos evaluaciones a ser considerado manejable ( $T = 47$ ) en la última evaluación. Por lo tanto, se puede considerar que las respuestas de la cliente a éstas tres dimensiones pueden ser exageradas o dramatizadas y que no representan un riesgo significativo para X.X.. Así mismo, al ser la diferencia de los resultados de éstas tres dimensiones tan cercana a lo que se considera "manejable" se puede prever que con el paso del tiempo seguirán disminuyendo, como lo han venido haciendo hasta el término de la terapia. Los resultados del SCL-90-R se pueden observar detalladamente en la Tabla perteneciente al Anexo 3.

Si es que se comparan los resultados del SCL-90-R con los obtenidos en el HARS y el HDRS se puede concluir que quizás el HARS al ser llenado por el terapeuta está algo sesgado con respecto a la experimentación de ansiedad de X.X.. Por lo tanto, se puede concluir que los niveles de ansiedad de la paciente bajaron significativamente pero no desaparecieron por completo. Sin embargo, siguiendo el patrón de disminución de los síntomas con el tiempo se puede esperar que en algunos meses X.X. experimente cada vez niveles de ansiedad menores. Esto concuerda con la investigación de Murphy et al. (2004) en la que se menciona que generalmente los síntomas de ansiedad permanecen un poco más de tiempo que los síntomas de depresión, aunque en menor intensidad. Finalmente, se puede observar que la mejoría expresada y experimentada por X.X. al final del proceso terapéutico se reflejó en cada una de las escalas utilizadas por lo que se puede concluir que la terapia fue eficaz.

### **Implicaciones del Tratamiento en el caso y Recomendaciones:**

El tratamiento escogido para el caso presentado dio resultados satisfactorios en cuanto a la disminución de síntomas tanto de ansiedad como de depresión. Así mismo,

alcanzó los objetivos propuestos a lo largo del proceso terapéutico: disminución de las dinámicas circulares que la paciente consideraba nocivas, comprensión de la forma en la que actuaba, ampliar la red social, mejoramiento en el área académica y en general un aumento de su bienestar. Es importante destacar que el tratamiento utilizado en este caso tuvo éxito gracias a la disposición de la paciente para hacer esfuerzos e ir cambiando pequeños aspectos de su forma de ver las cosas. La alianza terapéutica fue buena por lo que se la puede atribuir parte del éxito obtenido. Considero que el hecho de tomar en cuenta el contexto en el que vive la paciente a diario y las situaciones por las que ha pasado a lo largo de su vida ayudaron a comprender su situación de una mejor manera, lo cual ayudó a buscar alternativas sensibles a sus circunstancias para que su situación mejore.

Hay varias recomendaciones que se pueden hacer para mejorar la intervención presentada en este trabajo y en casos similares. Sería sumamente útil que haya tanto un equipo de terapeutas como un espejo unidireccional en cada una de las sesiones. De esta manera, probablemente las intervenciones hubieran sido más precisas y la ayuda del equipo terapéutico hubiera podido detectar aspectos que no se tomaron en cuenta. Las sesiones no pudieron ser realizadas con el uso del espejo unidireccional ya que la disponibilidad de la clase donde se encuentra la televisión para observar lo que ocurre en la sesión de terapia estaba ocupada en las horas requeridas. No se pudo contar con un equipo terapéutico ya que los compañeros de clase estaban ocupados en los horarios en los que se realizaron las terapias y era complicado que todos tengan el tiempo disponible para observar las sesiones y comentar acerca de ellas. Sin embargo, se grabaron las sesiones terapéuticas las cuales fueron mostradas a compañeros y al director de tesis en ciertos momentos pero no se pudo lograr el trabajo en equipo propuesto por los terapeutas sistémicos (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Por otro lado, se podrían usar evaluaciones o *tests* tanto de ansiedad como de depresión que sean llenados por el cliente, de ésta manera se podría alcanzar una mayor objetividad. Esto no se realizó ya que en el momento de la primera sesión no se encontraron otros *tests* y se realizaron las escalas de Hamilton. Como éstas ya habían sido realizadas no se utilizaron otros *tests* para no cambiar el encuadre, el formato e terapia, que se propuso durante el primer encuentro. Así mismo, sería importante hacer un seguimiento del cliente con respecto al uso de psicofármacos, en este caso de Xanax, y tener contacto con el psiquiatra. En este caso no se realizó el seguimiento ya que

X.X. mencionó que estaba pensando en dejar de tomar el psicofármaco. Sin embargo, el hecho de no haber realizado un seguimiento con respecto al uso del psicofármaco mencionado, es un punto débil de la intervención ya que es importante tener en cuenta el funcionamiento del psicofármaco y las intervenciones psiquiátricas para que ambas intervenciones apunten hacia una meta conjunta. En el caso en cuestión, no se recomienda que se realicen sesiones conjuntamente con la pareja de la paciente, ya que parece que no hay la disponibilidad de la otra persona para hacerlo. Si es que el caso fuera distinto, y la pareja tendría la disponibilidad para hacerlo hubiera sido interesante tener una sesión con la pareja para de ésta manera saber ciertamente qué es lo que él piensa, y no adoptar la visión de la paciente sobre lo que ella cree que piensa su pareja. Así mismo, tomando en cuenta las afirmaciones encontradas en algunas investigaciones (Feixas & Miró, 1993) probablemente la eficacia de la intervención sistémica aumentaría con la realización de sesiones conjuntas entre la paciente y su pareja. Introducir éstas modificaciones en la intervención psicoterapéutica la harían más objetiva y certera.

### **Referencias Bibliográficas:**

Agudelo, D.M., Casadiegos, C.P. & Sánchez, D.L. (2008). Características de Ansiedad y Depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of*

*Psychological Research*, 1, 34-39. Obtenido el 31 de agosto de 2010, de EBSCO database.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.

Angst, J., Gamma, A., Baldwin, D., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2009). The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 37-45. Obtenido el 5 de septiembre de 2010, de EBSCO database.

Bagby, M., Ryder, A., Schuller, D., & Marshall, M. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight?. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2163-2177. Obtenido el 22 de julio de 2010, de ERIC database.

Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1985). *La Separación Afectiva*. Barcelona: Paidós.

Brent, D., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C. & Johnson, B. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive treatments. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1427-1439.

Cain, D.J. & Seeman, J. (Eds.). (2008). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington DC: American Psychological Association.

Casullo, M. M. & Pérez, M. (2008). El INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis. *Adaptación UBA. CONICET 1999-2008*. Obtenido el 15 de agosto de 2010, de <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL08.pdf>

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., Cenea, R. & Berasteguí, T. (2000). Tratamiento del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión: Resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 510-535. Obtenido el 15 de octubre de 2010, de:

[http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/S/10102/02117339\\_1.htm&zfr=0](http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/S/10102/02117339_1.htm&zfr=0)

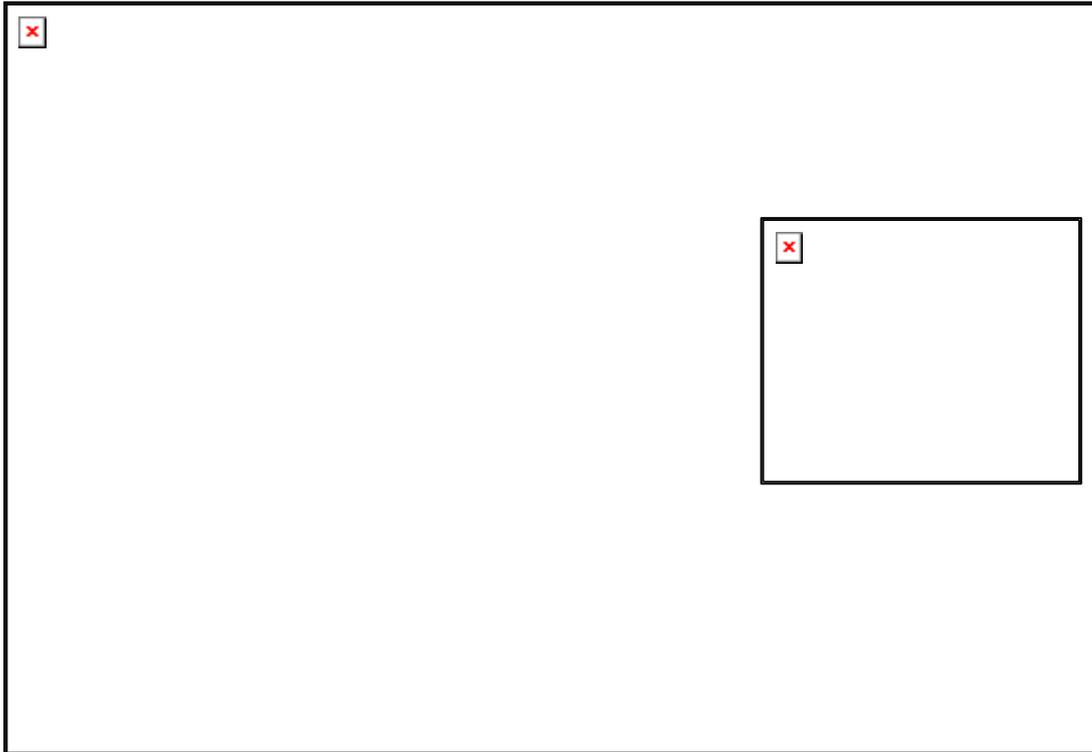
- Fahmy, Ali. (2003). Hamilton Anxiety Scale. En *Gale Encyclopedia of Mental Disorders*. Obtenido el 21 de julio de 2010, de Encyclopedia.com: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3405700186.html>
- Fahmy, Ali. (2003). Hamilton Depression Scale. En *Gale Encyclopedia of Mental Disorders*. Obtenido el 21 de julio de 2010, de Encyclopedia.com: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3405700187.html>
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Muñoz Cano, D., Dada Sánchez, G., Compañ Felipe, V. & Arroyo Andreu, S. (2009). Terapia sistémica de pareja de la depresión. Un estudio de caso único. *Apuntes de Psicología*, 27, 273-287.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, JFA., Rondón, M., & Díaz-Granados, M. (2004). Prevalencia de depression y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panam Salud Pública*, 16, 378-386. Obtenido el 11 de octubre de 2010, de EBSCO database.
- González, M., Herrero, M., Viña, C., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 289-304. Obtenido el 31 de agosto de 2010, de EBSCO database.
- Griez, E.J.L., Faravelli, C., Nutt, D. & Zohar, J. (Eds.). (2001). *Anxiety Disorders*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62. Obtenido el 21 de julio de 2010, de JNNP database.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55. Obtenido el 19 de julio de 2010, de PsychINFO database.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica S.A.

- Jacobson, E. (1974). *Progressive Relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press, Midway Reprint.
- Jiménez, J.P. (2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada. *Aperturas Psicoanalíticas*, 13. Obtenido el 15 de octubre de 2010, en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000228&a=El-tratamiento-psicoterapeutico-de-la-depresion-una-vision-critica-integrada>
- Katerndahl, D. (2009). Power laws in covariability of anxiety and depression among newly diagnosed patients with major depressive episode, panic disorder and controls. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 565-570. Obtenido el 31 de agosto de 2010, de EBSCO database.
- Kit, S.Ng. (Ed). (2003). *Global Perspectives in Family Therapy: Development, Practice, and Trends*. New York y Hove: Brunner-Routledge.
- Larner, G. (2009). Integrating family therapy in adolescent depression: an ethnical stance. *Journal of Family Therapy*, 31, 213-232. Obtenido el 11 de octubre de 2010, de EBSCO database.
- Laso, E. (2010). Comunicación personal, enero a mayo de 2010.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868. Obtenido el 15 de octubre de 2010, de EBSCO database.
- Linares, J.L. (2001). Honorables enfermos: la relación privilegiada de los depresivos con la psiquiatría. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 7, 9-20.
- Linares, J.L. & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Liu, Z., Li, X. & Ge, X. (2009). Left too early: The effects of age at separation from parents on Chinese rural children's symptoms of anxiety and depression. *American Journal of Public Health*, 99, 2049-2054. Obtenido el 5 de septiembre de 2010, de EBSCO database.
- Manfrida, G. (1996). En los orígenes de la depresión; la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediaciones sociales. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 1, p.1-12.
- Medina Centeno, R. (2001). Contribuciones de las ciencias sociales a la terapia familiar. Implicaciones para el contexto latinoamericano: hacia una terapia familiar crítica. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 7, 21-51.

- Murphy, J.M., Horton, N.J., Laird, N.M, Monson, R.R., Sobol, A.M., & Leighton, A.H. (2004). Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 355-375. Obtenido el 31 de agosto de 2010, de EBSCO database.
- Navarro, J. (1992). Técnicas y Programas en Terapia Familiar. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (10ma revisión)*. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, D. (2008). La Terapia Familiar Sistémica. Quito, Ecuador : Ediciones Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana.
- Roth, D. & Heinberg, R. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy (Volume 1)*. USA: Elsevier Science.
- Selvini, M. (2001). El futuro de la psicoterapia: aprender de los errores. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 9-21. Obtenido el 11 de octubre de 2010, de SciELO base de datos.
- Son, S.E. & Kirchner, J.T. (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician*, 62, 2297-308- 2311-2. Obtenido el 9 de Agosto de 2020, de EBSCO database.
- Symptom Checklist-90-Revised* (2010). Nova South Eastern University Center for Psychological Studies in Florida. Obtenido el 24 de julio de 2010, de: <http://cps.nova.edu/~cpphelp/SCL-90-R.html>
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, E. & Soininen, M. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 157-167.
- Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores S.A.

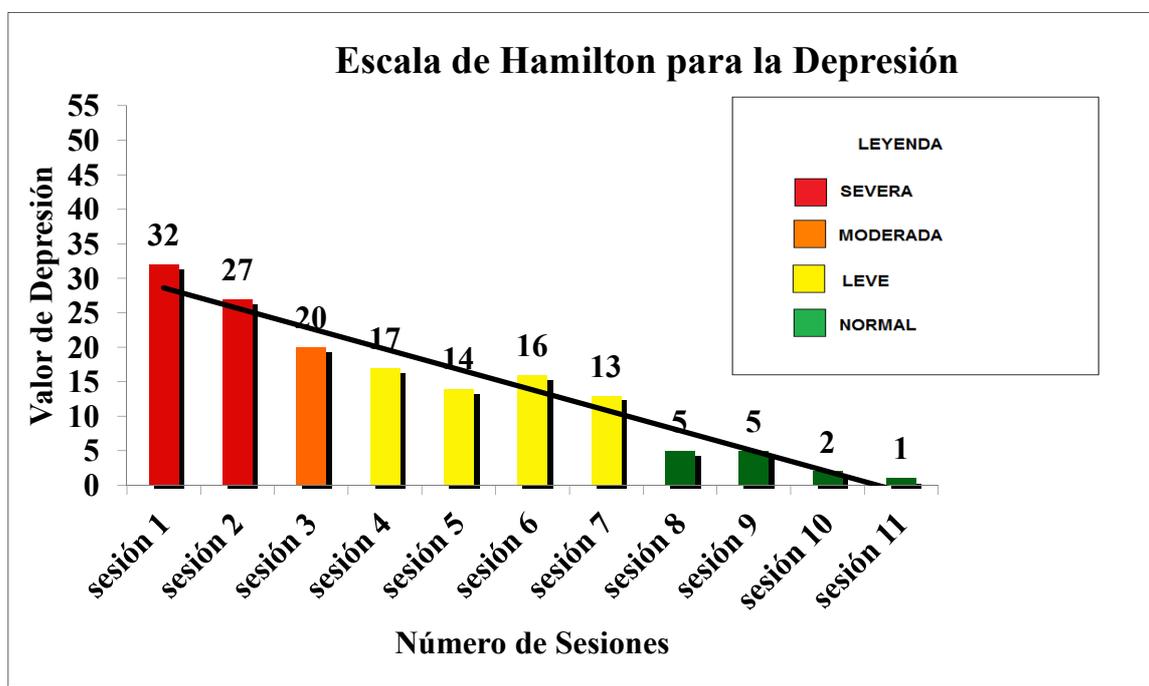
## **Anexo 1**

### **Gráfico de Resultados de la Escala de Hamilton para la Ansiedad**



**Anexo 2**

**Gráfico de Resultados de la Escala de Hamilton para la Depresión**



### Anexo 3

#### Tabla 1

#### Resultados SCL-90-R

Dimensiones	Sesión 2	Sesión 7	Sesión 11
-------------	----------	----------	-----------

Somatizaciones	80	65	56
Obsesiones y Compulsiones	80	80	61
Sensitividad Interpersonal	64	67	61
Depresión	75	80	62
Ansiedad	80	80	64
Hostilidad	57	60	55
Ansiedad Fóbica	70	67	65
Ideación Paranoide	70	67	59
Psicoticismo	75	80	67
Índice Global de Severidad	80	80	62
Total de Síntomas Positivos *	80	80	77
Índice Malestar Sintomático (+)	70	70	47

\* TSP mayor a 75 indica malestar exagerado o dramatización

Todo valor mayor a 63 se considera elevado, (percentil 90), indicando riesgo

---