

TERAPIA SISTÈMICA DE PAREJA EN LA DEPRESIÓ N MAYOR: Adaptación española del manual de Jones y Asen

Investigador Principal:

Dr. Guillem Feixas Viaplana

E-mail: gfeixas@ub.edu

Teléfonos: 93 312 5100 686 967527

Equipo de investigación:

Victoria Compañ Felipe

Damaris Muñoz Cano

Adrian Montesano del Campo

Gloria Dada Sánchez

Marta Salla Martínez

Joan Miquel Soldevilla Alberti

M. Cristina Ballén Durán

Universitat de Barcelona

Facultat de Psicologia

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics

Passeig Vall d'Hebron, 171, 08035 Barcelona

Introducción

La depresión es un trastorno del estado de ánimo y está considerado como uno de los problemas de salud más costosos y extendidos a nivel mundial. Los trastornos del espectro depresivo pueden llegar a tener una prevalencia vital de hasta un 15% (Moussavi et al, 2007) y representan la causa principal de años vividos con discapacidad. En el 2001 ocupaban la cuarta causa de morbilidad y se estima que para el 2020 serán la segunda (OMS 2001; Üstün y Kessler, 2002). Hoy día se reconoce que cursa predominantemente de forma crónica, con episodios recurrentes y que llega a tener una gravedad que compromete seriamente la calidad de vida. No obstante, a pesar del reconocimiento de la gravedad y del nivel de afectación en todas las áreas de la vida de una persona, se estima que sólo un 35.8 % de los pacientes diagnosticados con depresión mayor reciben el mínimo tratamiento adecuado (Fernández et al. 2006), y aun entre éstos la remisión completa de síntomas no es muy frecuente.

El tratamiento más común son los fármacos antidepresivos, aunque se ha probado la eficacia de algunas terapias psicológicas, especialmente las de corte cognitivo o cognitivo-conductual. Actualmente existe un reconocimiento cada vez mayor de que, además de los determinantes biológicos (fundamentalmente los neurotransmisores) y psicológicos (p.e., procesamiento cognitivo), la depresión tiene tanto en su génesis como en su mantenimiento una fuerte carga interpersonal (Coyne, 1999; Linares y Campo, 2000; Pérez Álvarez y García Montes, 2003). En esta misma línea, el estudio controlado que realizan Leff y colaboradores (Leff et al., 2000) pone de manifiesto la eficacia de la terapia sistémica de pareja en el tratamiento de los síntomas depresivos.

El trabajo que presentamos a continuación pretende aunar el análisis de estas dos tendencias fundamentales dentro de la investigación del papel que juegan los factores psicológicos e interpersonales en la génesis y mantenimiento de los síntomas depresivos. Por un lado, se analiza el papel de los factores cognitivos complejos implicados en los síntomas depresivos, como puedan ser la construcción del sí mismo y de la pareja en los pacientes depresivos. El marco teórico en el que nos enmarcamos es la Teoría de los Constructos Personales (TCP; Kelly, 1955; 2001), una teoría constructivista que entiende la actividad humana como un proceso de creación de significados (Feixas y Villegas, 2000). La TCP parte de la metáfora propuesta por Kelly del ser humano como científico, es decir, considera que el ser humano interpreta continuamente los acontecimientos a partir de su sistema cognitivo (teorías informales acerca del mundo, las relaciones, etc.), revisándolo como haría un científico con sus hipótesis. El sistema cognitivo está formado por constructos personales bipolares, entendidos como distinciones que realiza la persona a partir de la percepción de similitudes y

diferencias en su experiencia (p. ej., “empático”-“frío”). Estos constructos se organizan en una red de significados interdependiente, compleja y jerárquica, de forma que constructos de un nivel jerárquico inferior, o periférico, pueden estar directamente relacionados con otros constructos más nucleares o supraordenados, que conformarían la identidad de la persona. La TCP es un marco teórico privilegiado para comprender la relación entre los factores cognitivos complejos y la sintomatología depresiva y existen diferentes estudios que lo ponen de manifiesto (p. e., Feixas, Erazo, Harter y Bash, 2008)

Por otro lado, este estudio analiza la eficacia de un protocolo de terapia sistémica de pareja adaptado del manual de Jones y Asen (2004), utilizado en el estudio de Leff y colaboradores (Leff et al., 2000). Para ello utilizamos la metodología del caso único observacional, que consideramos especialmente útil para la ejemplificación de los conceptos teóricos abstractos, el entrenamiento de profesionales, la producción de nuevas ideas y tendencias de pensamiento además de ser una modalidad de estudio empírico de pleno derecho. De hecho, en los últimos 20 años se ha producido un resurgimiento de este tipo de estudios (Roussos, 2007) y existen investigadores clínicos que se oponen a la visión reduccionista que durante mucho tiempo se ha tenido de los estudios de caso único (Jones, 1993; Jones, Ghannam, Nigg y Dyer, 1993).

Objetivos

- 1- Valorar la viabilidad de aplicación del manual de terapia sistémica de pareja para la depresión (Jones y Asen, 2004).
- 2- Análisis de la eficacia de dicho manual en una serie de casos piloto.
- 3- Estudiar la relación entre procesos cognitivos complejos y la sintomatología depresiva en los pacientes depresivos.
- 4- Estudiar la relación entre procesos cognitivos complejos y variables de ajuste diádico en los pacientes depresivos y sus parejas.

Metodología

Muestra

Se ha evaluado a un total de 50 pacientes, de los cuales 26 cumplían criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Se han excluido para la participación en este estudio los pacientes con síntomas psicóticos, abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias psicoactivas, así como aquellos pacientes que en el momento de la evaluación no convivían con una pareja heterosexual estable (más de seis meses) o ésta declinaba participar en el

tratamiento. En el año 2010 un total de 10 pacientes con trastorno depresivo mayor y sus parejas iniciaron el tratamiento, además de 2 casos que se incluyeron de forma adicional en los que el paciente identificado cumplía los criterios para el trastorno distímico. Luego se han incorporado 7 casos más, igualmente con pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y en dos de ellos los pacientes identificados presentan comorbilidad con trastorno de angustia con agorafobia. Así pues, finalmente el protocolo de terapia sistémica de pareja se ha aplicado a un total de 17 pacientes. En este momento, se ha finalizado el tratamiento con siete de las parejas y diez parejas siguen en proceso de terapia.

Instrumentos

- Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1997). Entrevista semiestructurada para realizar el diagnóstico de los trastornos más frecuentes del Eje I del DSM-IV-R.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; adaptación española de Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Inventario de autoinforme que consta de 21 ítems de respuesta múltiple para valorar la intensidad de la sintomatología depresiva. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 63, donde a mayor puntuación mayor gravedad de la sintomatología.
- Cuestionario de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1994; adaptación española de González de Rivera y cols., 2002). Es un cuestionario multidimensional autoaplicado para la valoración de diferentes síntomas psicopatológicos. Consta de nueve escalas: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Además se puede calcular un Índice General de Sintomatología (IGS).
- Escala de Ajuste Diádico (EAD; Spanier, 1976; adaptación española de Cáceres, 1982) para la evaluación del ajuste marital en la pareja. Se utilizó la versión reducida de esta escala, compuesta por 13 ítems de respuesta múltiple. La EAD arroja cuatro índices: ajuste global, satisfacción, cohesión y consenso.
- Técnica de Rejilla (TR; Kelly, 1955; Feixas y Cornejo, 1996). Es el principal instrumento de evaluación utilizado en la PCP. Con la TR es posible acceder tanto a los significados idiosincrásicos, como obtener una serie de índices generales. Para la obtención de los índices generales se ha empleado el programa Record 4.0. En concreto para este estudio se han utilizado los siguientes índices:
 - *Discrepancia yo actual-yo ideal*: se valora a partir de las diferencias entre las puntuaciones del “yo actual” y las del “yo ideal”. El programa Record calcula la

distancia entre estas puntuaciones, de forma que una distancia mayor sería indicativa de una peor autoestima. En este contexto la autoestima se entiende como el grado en el que una persona es tal y como le gustaría ser.

- *Aislamiento Social Autopercebido*: se estima a partir de la correlación entre el “yo actual” y el elemento “otros”, que genera automáticamente el Record a partir de las puntuaciones de todos los elementos excepto el “yo actual” y el “yo ideal”. Este índice se interpreta como el grado en el que una persona se percibe a sí misma como semejante o diferente a las personas de su entorno, por lo que a mayor correlación mayor aislamiento social autopercebido

- *Adecuación Percibida en los Otros*: se estima a partir de la correlación entre las puntuaciones del elemento “otros” y del “yo ideal”. Indica el grado en el que la persona valora positiva o negativamente a las personas de su entorno, de forma que a mayor correlación mayor adecuación percibida en los otros.

- *Identificación con la pareja*: se calcula a partir de la distancia entre las puntuaciones que otorga la persona a su “yo actual” y a su pareja. A menor distancia mayor similitud entre la forma de percibirse a sí mismo y a la pareja.

- *Adecuación de la pareja*: se calcula a partir de la distancia entre las puntuaciones otorgadas a la pareja y al “yo ideal”, de forma que a menor distancia, mayor adecuación percibida en la pareja. Indicaría el grado en el que una persona considera adecuada o válida a su pareja.

Procedimiento

El proceso de evaluación discurre en dos sesiones, de periodicidad semanal, cada una de ellas con una duración aproximada de dos horas. En la primera sesión, que transcurre individualmente con el paciente, se realiza el diagnóstico mediante la entrevista SCID-I, se administra el cuestionario SCL-90-R. Si tras la entrevista se determina que la persona cumple con los criterios de inclusión y exclusión necesarios se le entrega una carta para la pareja, destinada obtener su colaboración en el tratamiento y se le convoca para una segunda sesión. En esta segunda sesión el paciente y su pareja leen y firman el consentimiento informado. A continuación se les administra la técnica de rejilla y la Escala de Ajuste Diádico de forma individual, en salas separadas. En todas las sesiones, tanto de evaluación como de terapia, el paciente rellena el BDI-II, que sirve para efectuar un seguimiento de los síntomas depresivos a lo largo de todo el proceso.

Finalizado este proceso de evaluación, las personas incluidas en el estudio son asignadas a los terapeutas para iniciar el proceso terapéutico, que tiene una duración flexible, en función de criterios clínicos, entre 12 y 20 sesiones. Los terapeutas trabajan por pares en co-terapia. Uno de ellos ha terminado su formación en Terapia Familiar (master de la Escola de Teràpia Familiar del Hospital de Sant Pau) y el otro es alumno del master en Terapia Cognitivo Social de la Universitat de Barcelona. A todos se les dan indicaciones para que trabajen de acuerdo con el manual de Jones y Asen (2004). Todas las sesiones son registradas en video y son visionadas en sesiones de supervisión y control por parte de un terapeuta experto, con el fin de maximizar el grado de adhesión de los terapeutas al manual, conservando siempre el criterio clínico de beneficio para la pareja.

Resultados

Los resultados se agrupan en función de los dos momentos de evaluación. En primer lugar presentamos los resultados de los datos obtenidos antes del inicio de la terapia, incluyendo los datos descriptivos de los pacientes, para caracterizar la muestra, y los datos de la relación entre factores cognitivos, ajuste entre la pareja y sintomatología depresiva. En segundo lugar, presentamos los resultados obtenidos en las dos terapias que ya han finalizado y de las que disponemos de los resultados de la evaluación pre-terapia y post-terapia.

Resultados pre-terapia de los pacientes

Son 5 hombres (29,4%), todos con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, y 12 mujeres (70,6%), 10 de ellas con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y 2 diagnosticadas de trastorno distímico. La media de edad es de 49,6 (SD = 10,45) para los hombres y de 53,66 (SD = 8,96) para las mujeres.

La gran mayoría de los casos no presenta otras comorbilidades en el Eje I (82,4% de los casos), mientras que el 11,8% (2 casos) presenta también el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia y el 5,9%, un único caso, el diagnóstico de trastorno distímico, presentando entonces la conocida como “doble depresión”. La puntuación media en el Inventario de Depresión de Beck es de 31,3 (SD = 8,72). Esta puntuación se sitúa dentro de la depresión severa, según los cortes categóricos propuestos por los autores del inventario. En el SCL-90-R el Índice General de Sintomatología (IGS) es de media 1,2 (SD = 0,46) y en su escala de Depresión de 2,31 (SD = 0,52).

Por lo que respecta a la situación laboral, el 41,2% de los pacientes se encuentra en situación de baja laboral, el 29,4% se encuentra en activo (jornada completa), el 5,9% (un caso)

en activo (jornada parcial), el 11,8% (dos casos) jubilados, uno de ellos de forma anticipada con 59 años. Y finalmente, un 5,9% (un caso) esta en situación de paro y otro 5,9% (un caso) con incapacidad laboral.

Sólo un 27% de los pacientes muestra un nivel de ajuste global óptimo, medido a través de la Escala de Ajuste Diádico, según los puntos de corte propuestos por Santos-Iglesias y colaboradores (2009). Igualmente, el 35 % de los cónyuges tampoco mostró un nivel de ajuste óptimo. En general, existió acuerdo en la pareja a la hora de valorar su nivel de ajuste y sólo en un caso existió discrepancia, mostrando el paciente un nivel de ajuste por debajo del punto de corte, mientras que el cónyuge sí sentía un nivel de ajuste adecuado.

Para valorar la relación existente entre los índices derivados de la TR y la sintomatología depresiva en los pacientes se realizó un análisis de correlaciones no paramétricas (Rho de Spearman). Dado que las medidas de adecuación percibida en los otros y de aislamiento social autopercebido son correlaciones, se las transformó en puntuaciones Z para poder operar estadísticamente con ellas. La tabla 1 muestra estas correlaciones.

Tabla 1: Correlaciones no paramétricas entre las medidas de construcción del sí mismo (TR) y las medidas de sintomatología general y depresiva

		Discrepancia yo actual yo ideal	Aislamiento Social Autopercebido	Adecuación Percibida en los Otros	Identificación con la Pareja	Adecuación de la Pareja	Puntuación BDI	Escala de Depresión SCL	IGS del SCL
Discrepancia yo actual yo ideal	Coefficiente de correlación	1,000	-,651*	-,441	,881**	,126	,599*	,312	,622*
	Sig. (bilateral)	.	,022	,152	,000	,696	,040	,323	,031
Aislamiento Social Autopercebido	Coefficiente de correlación	-,651*	1,000	,004	-,557	,182	-,453	-,102	-,413
	Sig. (bilateral)	,022	.	,991	,060	,570	,140	,753	,182
Adecuación Percibida en los Otros	Coefficiente de correlación	-,441	,004	1,000	-,315	-,123	-,249	-,105	-,343
	Sig. (bilateral)	,152	,991	.	,319	,704	,436	,745	,276
Identificación con la Pareja	Coefficiente de correlación	,881**	-,557	-,315	1,000	,189	,543	,165	,392
	Sig. (bilateral)	,000	,060	,319	.	,556	,068	,609	,208
Adecuación de la Pareja	Coefficiente de correlación	,126	,182	-,123	,189	1,000	,107	,095	,480
	Sig. (bilateral)	,696	,570	,704	,556	.	,741	,769	,114
Puntuación BDI	Coefficiente de correlación	,599*	-,453	-,249	,543	,107	1,000	,578*	,585*
	Sig. (bilateral)	,040	,140	,436	,068	,741	.	,049	,046
Escala de Depresión SCL	Coefficiente de correlación	,312	-,102	-,105	,165	,095	,578*	1,000	,674*
	Sig. (bilateral)	,323	,753	,745	,609	,769	,049	.	,016
IGS del SCL	Coefficiente de correlación	,622*	-,413	-,343	,392	,480	,585*	,674*	1,000
	Sig. (bilateral)	,031	,182	,276	,208	,114	,046	,016	.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

A continuación, se realizó un nuevo análisis de correlaciones no paramétricas (Rho de Spearman) entre los índices de rejilla y las escalas del EAD, para valorar la relación existente entre las medidas de construcción del sí mismo y el nivel de ajuste con la pareja. En la tabla 2 se muestran estas correlaciones.

Tabla 2: Correlaciones no paramétricas entre las medidas de construcción del sí mismo (TR) y las escalas del EAD

		Discrepancia yo actual – yo ideal	Aislamiento Social Autopercebido	Adecuación Percibida en los Otros	Identificación con la Pareja	Adecuación de la Pareja	Ajuste Global (EAD)	Cohesion (EAD)	Satisfacción (EAD)	Consenso (EAD)
Discrepancia yo actual – yo ideal	Coefficiente de correlación	1,000	-,651*	-,441	,881**	,126	-,342	-,588	-,274	,000
	Sig. (bilateral)	.	,022	,152	,000	,696	,303	,057	,415	1,000
Aislamiento Social Autopercebido	Coefficiente de correlación	-,651*	1,000	,004	-,557	,182	-,164	-,068	,059	-,428
	Sig. (bilateral)	,022	.	,991	,060	,570	,629	,842	,862	,166
Adecuación Percibida en los Otros	Coefficiente de correlación	-,441	,004	1,000	-,315	-,123	,215	,478	,265	-,218
	Sig. (bilateral)	,152	,991	.	,319	,704	,526	,137	,431	,496
Identificación con la Pareja	Coefficiente de correlación	,881**	-,557	-,315	1,000	,189	-,530	-,638*	-,461	-,125
	Sig. (bilateral)	,000	,060	,319	.	,556	,094	,035	,153	,699
Adecuación de la Pareja	Coefficiente de correlación	,126	,182	-,123	,189	1,000	-,572	-,381	-,410	-,503
	Sig. (bilateral)	,696	,570	,704	,556	.	,066	,247	,211	,096
Escala de Ajuste Diádico Global	Coefficiente de correlación	-,342	-,164	,215	-,530	-,572	1,000	,778**	,819**	,623*
	Sig. (bilateral)	,303	,629	,526	,094	,066	.	,005	,002	,041
Cohesion (EAD)	Coefficiente de correlación	-,588	-,068	,478	-,638*	-,381	,778**	1,000	,586	,337
	Sig. (bilateral)	,057	,842	,137	,035	,247	,005	.	,058	,311
Satisfacción (EAD)	Coefficiente de correlación	-,274	,059	,265	-,461	-,410	,819**	,586	1,000	,322
	Sig. (bilateral)	,415	,862	,431	,153	,211	,002	,058	.	,335
Consenso (EAD)	Coefficiente de correlación	,000	-,428	-,218	-,125	-,503	,623*	,337	,322	1,000
	Sig. (bilateral)	1,000	,166	,496	,699	,096	,041	,311	,335	.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Por último, consideramos interesante analizar la relación entre la sintomatología general y depresiva, medida a través del BDI-II y del SCL-90-R, y el nivel de ajuste con la pareja, tanto de los pacientes como de sus cónyuges. La tabla 3 muestra las correlaciones no paramétricas entre dichas medidas.

Tabla 3: Correlaciones no paramétricas entre las medidas de sintomatología global y depresiva, y la EAD de los pacientes y sus cónyuges.

		BDI-II	Escala Depresión SCL	IGS del SCL	Global paciente	Cohesión paciente	Satisfacción paciente	Consenso paciente	Global cónyuge	Cohesión cónyuge	Satisfacción cónyuge	Consenso cónyuge
BDI-II	Coefficiente de correlación	1,000	,578*	,585*	,103	-,128	,314	,183	,406	,067	,476	,476
	Sig. (bilateral)	.	,049	,046	,763	,708	,348	,570	,215	,844	,139	,118
Escala Depresión SCL	Coefficiente de correlación	,578*	1,000	,674*	,000	,002	,452	-,115	,136	-,098	,216	,098
	Sig. (bilateral)	,049	.	,016	1,000	,995	,163	,723	,691	,775	,524	,763
IGS del SCL	Coefficiente de correlación	,585*	,674*	1,000	-,142	-,323	,128	,018	,105	-,260	,260	,152
	Sig. (bilateral)	,046	,016	.	,678	,332	,708	,956	,758	,440	,440	,637
Global (EAD)	Coefficiente de correlación	,103	,000	-,142	1,000	,778**	,819**	,623*	,779**	,734*	,702*	,764**
	Sig. (bilateral)	,763	1,000	,678	.	,005	,002	,041	,005	,010	,016	,006
Cohesión (EAD)	Coefficiente de correlación	-,128	,002	-,323	,778**	1,000	,586	,337	,567	,572	,508	,590
	Sig. (bilateral)	,708	,995	,332	,005	.	,058	,311	,069	,066	,111	,056
Satisfacción (EAD)	Coefficiente de correlación	,314	,452	,128	,819**	,586	1,000	,322	,775**	,692*	,702*	,681*
	Sig. (bilateral)	,348	,163	,708	,002	,058	.	,335	,005	,018	,016	,021
Consenso (EAD)	Coefficiente de correlación	,183	-,115	,018	,623*	,337	,322	1,000	,513	,412	,461	,394
	Sig. (bilateral)	,570	,723	,956	,041	,311	,335	.	,107	,208	,154	,206
Escala Ajuste Diádico Global (pareja)	Coefficiente de correlación	,406	,136	,105	,779**	,567	,775**	,513	1,000	,830**	,966**	,910**
	Sig. (bilateral)	,215	,691	,758	,005	,069	,005	,107	.	,002	,000	,000
Cohesión (pareja)	Coefficiente de correlación	,067	-,098	-,260	,734*	,572	,692*	,412	,830**	1,000	,702*	,662*
	Sig. (bilateral)	,844	,775	,440	,010	,066	,018	,208	,002	.	,016	,026
Satisfacción (pareja)	Coefficiente de correlación	,476	,216	,260	,702*	,508	,702*	,461	,966**	,702*	1,000	,917**
	Sig. (bilateral)	,139	,524	,440	,016	,111	,016	,154	,000	,016	.	,000
Consenso (pareja)	Coefficiente de correlación	,476	,098	,152	,764**	,590	,681*	,394	,910**	,662*	,917*	1,000
	Sig. (bilateral)	,118	,763	,637	,006	,056	,021	,206	,000	,026	,000	.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Resultados evaluación post-terapia

Hasta el momento han finalizado el proceso de terapia y han realizado la evaluación post-tratamiento siete parejas. A continuación presentamos brevemente estos casos por separado.

Caso 1:

Este caso se corresponde con un varón de 63 años, que se encuentra en situación de baja laboral, y es remitido por su médico de cabecera para su posible participación en el estudio. Tiene pareja estable (59 años) desde hace 9 años, con la que convive, y tienen 3 hijos.

En la evaluación inicial con la SCID-I se le diagnostica de trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado. Se administró el BDI-II durante la evaluación, obteniendo un puntuación de 28 correspondiente a la categoría de depresión moderada (situándose en el límite superior de dicha categoría), en el Índice General de Sintomatología del SCL-90R 1,28 y la escala de Depresión 2,08.

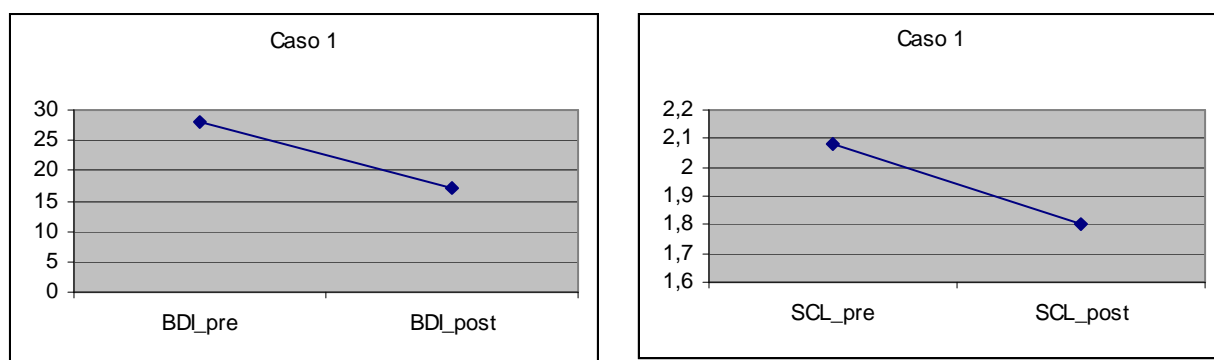
Se realizaron un total de 19 sesiones de tratamiento, todas ellas con ambos miembros de la pareja. Durante estas sesiones se abordaron principalmente aspectos relacionados con las respuestas agresivas del paciente hacia su pareja, con la sobreprotección de la pareja, con la gestión del tiempo libre y la intimidad, así como la reincorporación del paciente a su trabajo.

Aunque a la finalización del tratamiento, el paciente seguía presentando sintomatología depresiva residual, en la evaluación final, ya no cumplía los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La puntuación en el BDI se redujo a 17, correspondiente a una depresión leve.

A los seis meses de la finalización del tratamiento se realizó un seguimiento telefónico con la pareja. Los dos hablaron brevemente con una de las terapeutas, afirmando que la mejoría se mantenía y que se encontraban contentos y satisfechos en su situación actual.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en el BDI II y el SCL-90-R en la evaluación pre y post-tratamiento

Gráfico 1: BDI-II y SCL-90-R pre y post-tratamiento en el caso 1



Caso 2:

Este caso se corresponde con una mujer de 61 años, que se encuentra en situación de jubilación anticipada (5 años antes) y que es remitida por su médico de cabecera para su posible participación en el tratamiento de pareja. Está casada y tienen un hijo de 18 años, diagnosticado de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

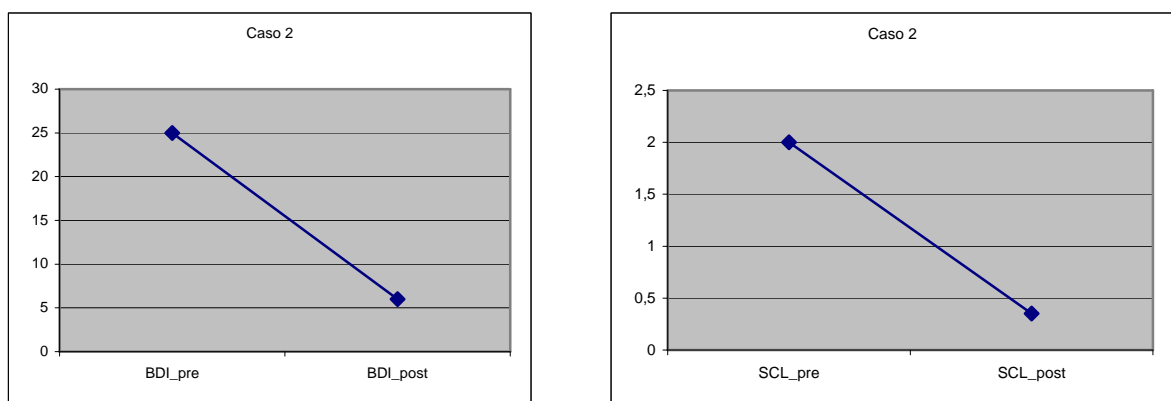
En la evaluación inicial se realiza el diagnóstico de Trastorno Distímico, mediante la SCID-I. Durante la evaluación se administra el BDI-II, obteniendo una puntuación de 25. Esta puntuación se sitúa en la categoría de depresión moderada. El Índice General de Sintomatología del SCL-90-R en esta fase de evaluación es de 0,96, y la escala de Depresión es de 2.

Se realizaron un total de 10 sesiones de tratamiento, en las que se abordaron principalmente aspectos de resentimiento entre ambos cónyuges, fomento de las interacciones positivas y relación con las familias de origen, especialmente en relación al cuidado del padre de la paciente. El tratamiento finalizó a petición de la pareja, alegando que, aunque quedaban situaciones pendientes como las discrepancias con respecto al cuidado de su hijo, habían alcanzado un nivel de mejoría satisfactorio para ellos y preferían continuar solos.

En la evaluación post-tratamiento, la paciente no cumplía los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno distímico. La puntuación en el BDI-II se redujo a 6, correspondiente a una fluctuación normal, y las puntuaciones en el SCL-90-R se redujeron a 0,35 el Índice General de Sintomatología y a 0,53 la escala de Depresión. Ambos miembros de la pareja se mostraron muy satisfechos con el servicio recibido y con los cambios logrados.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en el BDI II y el SCL-90-R en la evaluación pre y post-tratamiento.

Gráfico 2: BDI-II y SCL-90-R pre y post-tratamiento en el caso 2



Caso 3:

Este caso se corresponde con una mujer de 45 años, que se encuentra trabajando en activo, a jornada completa y que es remitida por su médico de cabecera para su posible participación en el tratamiento de pareja. Está casada y tienen dos hijos.

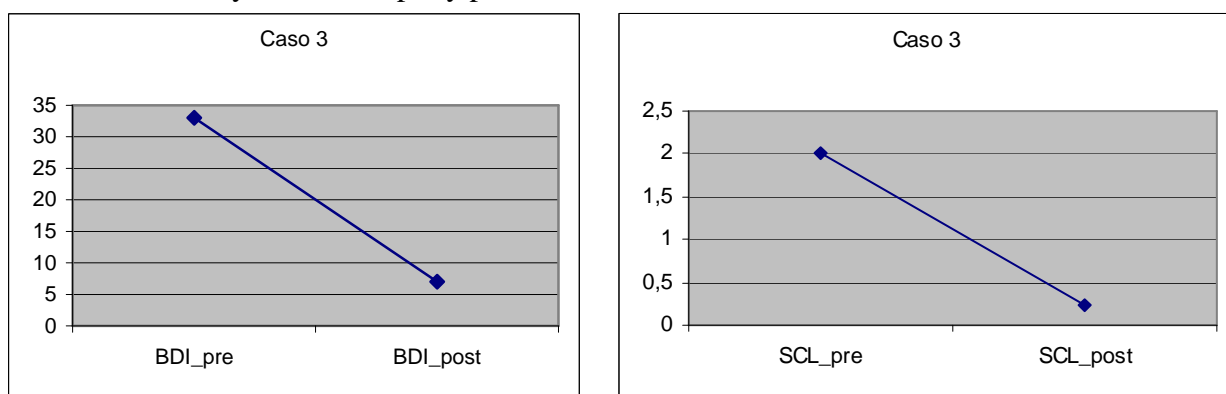
En la evaluación inicial se realiza el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, mediante la SCID-I. Durante la evaluación se administra el BDI-II, obteniendo una puntuación de 33. Esta puntuación se sitúa en la categoría de depresión severa. El Índice General de Sintomatología del SCL-90-R en esta fase de evaluación es de 1,56, y la escala de Depresión es de 2.

Se realizaron un total de 8 sesiones de tratamiento, en las que se abordó principalmente un proceso de duelo por el cual estaba pasando la paciente debido al fallecimiento repentino de su hermana mayor por un cáncer. También se trataron aspectos de comunicación y expresión de sentimientos entre ambos cónyuges, fomento de las interacciones positivas y relación con sus hijos y con los padres de la paciente quienes ahora quedan a su cargo, ya que su hermana, la que falleció, estaba al cuidado de ellos.

A la finalización del tratamiento la paciente había reducido casi en su totalidad la sintomatología depresiva. En la evaluación post-tratamiento, la paciente no cumplía los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La puntuación en el BDI-II se redujo a 7, correspondiente a una fluctuación normal, y las puntuaciones en el SCL-90-R se redujo a 0,23 en la escala de Depresión. Ambos miembros de la pareja se mostraron muy satisfechos con el servicio recibido y con los cambios logrados.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en el BDI II y el SCL-90-R en la evaluación pre y post-tratamiento.

Gráfico 3: BDI-II y SCL-90-R pre y post-tratamiento en el caso 3



Caso 4:

Este caso se corresponde con una mujer de 48 años, que se encuentra trabajando en activo, a jornada completa y que es remitida por su médico de cabecera para su posible participación en el tratamiento de pareja. Está casada y tienen dos hijas.

En la evaluación inicial se realiza el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, mediante la SCID-I. Durante la evaluación se administra el BDI-II, obteniendo una puntuación

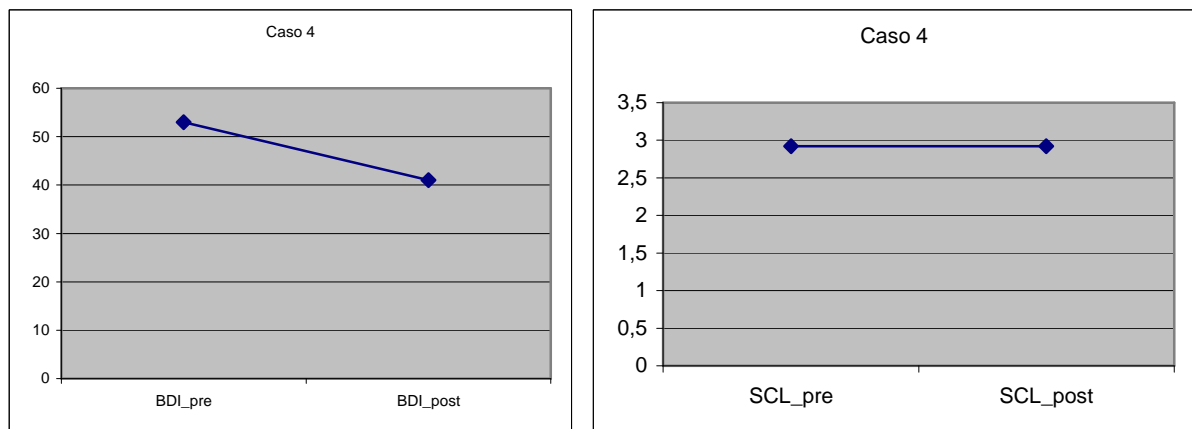
de 53. Esta puntuación se sitúa en la categoría de depresión severa. El Índice General de Sintomatología del SCL-90-R en esta fase de evaluación es de 2,17, y la escala de Depresión es de 2,92.

Se realizaron un total de 17 sesiones de tratamiento, en las que se abordaron básicamente aspectos sobre la sinceridad y comunicación entre ambos cónyuges.

En la evaluación post-tratamiento, la paciente no cumplía los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La puntuación en el BDI-II se redujo a 41, y la puntuación en el SCL-90-R se mantuvo igual que al inicio de la terapia, en 2,92 en la escala de Depresión.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en el BDI II y el SCL-90-R en la evaluación pre y post-tratamiento.

Gráfico 4: BDI-II y SCL-90-R pre y post-tratamiento en el caso 4



Caso 5:

Este caso se corresponde con una mujer de 57 años, que se encuentra trabajando en activo, a jornada completa y que es remitida por su médico de cabecera para su posible participación en el tratamiento de pareja. Está casada y tienen un hijo.

En la evaluación inicial con la SCID-I se le diagnostica trastorno depresivo mayor. Se administró el BDI-II durante la evaluación, obteniendo una puntuación de 30 correspondiente a la categoría de depresión severa y de 2,62 en la escala de Depresión.

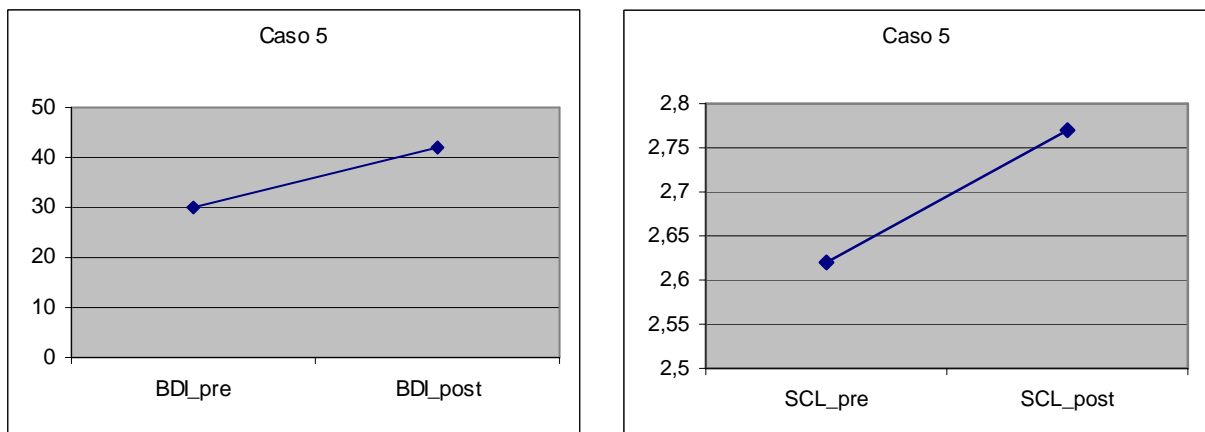
Se realizaron un total de 12 sesiones de tratamiento, las diez primeras con ambos cónyuges y las dos últimas por separado. Se abordaron aspectos referentes a su difícil situación de pareja, y se planteó la posibilidad de la separación ya que ninguno estaba construyendo en dirección a mejorar la relación. Y a la finalización del tratamiento se decidió no continuar con

la terapia ya que ello podría aumentar la confusión por intentar construir algo que ya habían decidido individualmente que no querían construir. Por lo tanto, se les animó a no seguir por el camino de la ambigüedad y en el caso que quisieran separarse, se les aconsejaba apoyarse con una ayuda psicológica.

En la evaluación post-tratamiento, la paciente continuaba cumpliendo con los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La puntuación en el BDI-II se incrementó a 42, y la puntuación en el SCL-90-R a 2,77 en la escala de Depresión.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en el BDI II y el SCL-90-R en la evaluación pre y post-tratamiento.

Gráfico 5: BDI-II y SCL-90-R pre y post-tratamiento en el caso 5



Caso 6:

Este caso se corresponde con una mujer de 49 años, que se encuentra en baja laboral y que es remitida por su médico de cabecera para su posible participación en el tratamiento de pareja.

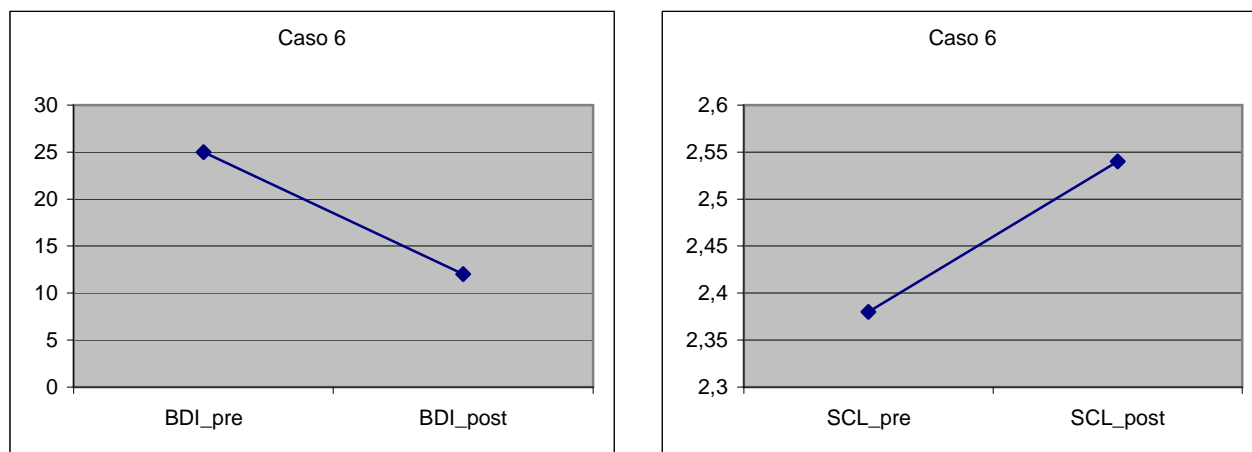
En la evaluación inicial se realiza el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor episodio único, mediante la SCID-I. Durante la evaluación se administra el BDI-II, obteniendo una puntuación de 25. Esta puntuación se sitúa en la categoría de depresión moderada. El Índice General de Sintomatología del SCL-90-R en esta fase de evaluación es de 2,12, y la escala de Depresión es de 2,38.

Se realizaron un total de 17 sesiones de tratamiento, en las que se abordaron diferentes aspectos de la relación de pareja y las relaciones con sus familias de origen, principalmente en ella debido a un conflicto con su hermana y sus padres.

En la evaluación post-tratamiento, la paciente no cumplía los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La puntuación en el BDI-II se redujo a 12, en cambio la puntuación en el SCL-90-R tuvo un ligero aumento a 2,54 en la escala de Depresión.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en el BDI II y el SCL-90-R en la evaluación pre y post-tratamiento.

Gráfico 6: BDI-II y SCL-90-R pre y post-tratamiento en el caso 6



Caso 7:

Este caso se corresponde con una mujer de 49 años, que se encuentra trabajando en activo a jornada parcial y que es remitida por su médico de cabecera para su posible participación en el tratamiento de pareja.

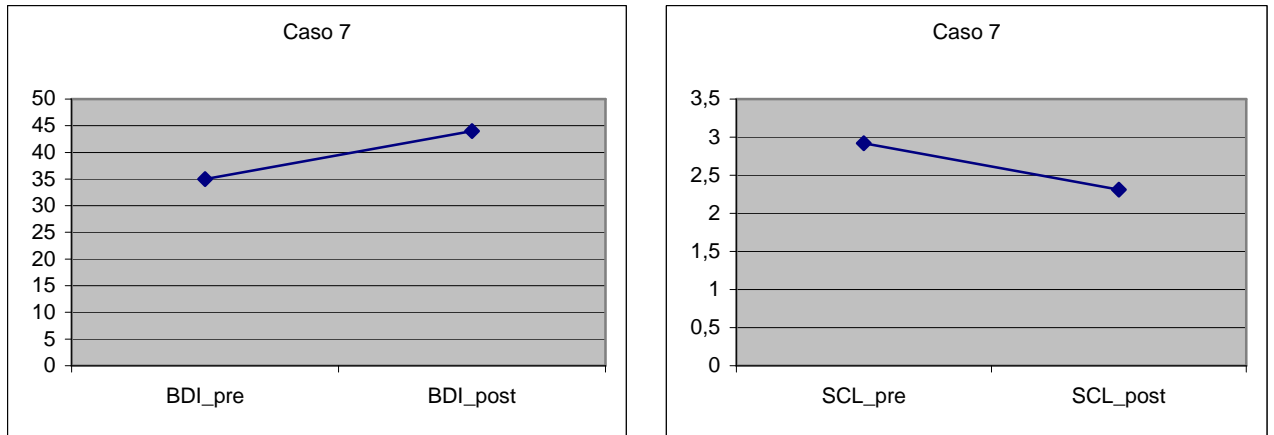
En la evaluación inicial se realiza el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, mediante la SCID-I. Durante la evaluación se administra el BDI-II, obteniendo una puntuación de 35. Esta puntuación se sitúa en la categoría de depresión severa. El Índice General de Sintomatología del SCL-90-R en esta fase de evaluación es de 1,88, y la escala de Depresión es de 2,92.

Se realizaron un total de 9 sesiones de tratamiento, en las que se abordaron aspectos de comunicación y sus continuos conflictos por el “reproche” mutuo en su manera de relacionarse.

En la evaluación post-tratamiento, la puntuación en el BDI-II se incrementó a 44, y en cambio la puntuación en el SCL-90-R tuvo un descenso a 2,31 en la escala de Depresión.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos en el BDI II y el SCL-90-R en la evaluación pre y post-tratamiento.

Gráfico 7: BDI-II y SCL-90-R pre y post-tratamiento en el caso 7



A modo general, en los siguientes gráficos se pueden observar las puntuaciones obtenidas en los BDI II al inicio de la terapia (pre-terapia) y en los BDI II a la finalización del tratamiento (post-terapia), al igual que las puntuaciones pre-terapia y post-terapia en los SCL-90-R en la escala de depresión, de los siete casos con los cuales se ha finalizado el proceso de terapia hasta el momento.

Gráfico 8: BDI-II pre y post-tratamiento en los siete casos

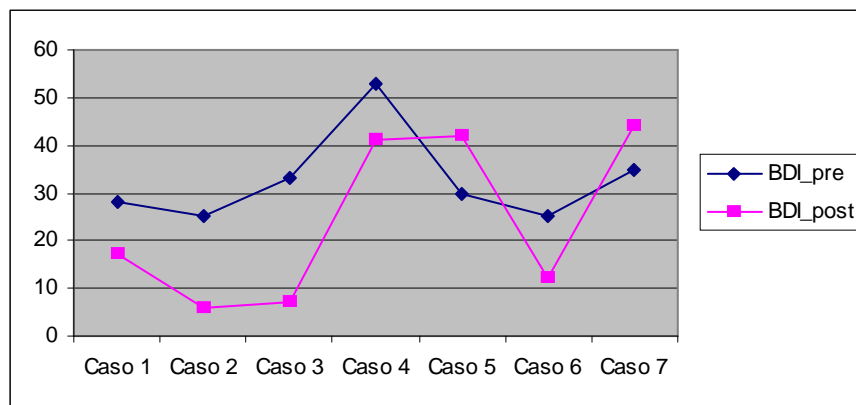
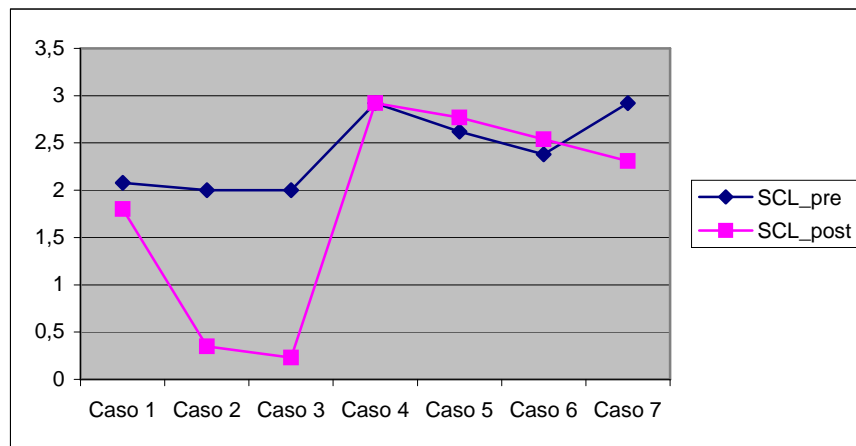


Gráfico 9: SCL-90-R pre y post-tratamiento en los siete casos



Discusión

En primer lugar, consideramos necesario destacar la elevada sintomatología depresiva que presentan todos los participantes, situándose la puntuación media de la muestra dentro de la depresión severa. Por lo que respecta a la variabilidad de dicha sintomatología, en todos los casos se refiere a puntuaciones dentro de los niveles de depresión moderada o severa.

Por otro lado, también resulta destacable el elevado porcentaje de parejas que no sienten un nivel de ajuste óptimo. Este dato podría ser indicativo del grado de afectación que tienen los síntomas depresivos con respecto al funcionamiento global de la pareja. Sin embargo, este dato contrasta con la falta de relación encontrada entre las diferentes escalas del EAD, tanto de los pacientes como de sus cónyuges, y la sintomatología depresiva. Esta falta de relación refleja un sesgo muestral, ya que todas las parejas que participaban en este proceso de evaluación lo hacían de forma previa a iniciar un tratamiento en formato de pareja, aceptado por ambos miembros de la pareja. Por tanto, es posible que participen en el estudio sólo aquellas personas que perciben que hay aspectos a mejorar en la pareja, independientemente del nivel de sintomatología. De cara a futuros estudios, sería necesario incluir en esta fase de evaluación tanto a las parejas que accederán a un tratamiento en formato de pareja como aquellas que recibirán otro tipo de tratamiento, para compensar este posible sesgo.

Por lo que respecta a los factores cognitivos complejos y su relación con la sintomatología, encontramos una correlación significativa entre la discrepancia yo actual – yo ideal y las puntuaciones en el BDI-II y el Índice General de Sintomatología del SCL-90-R. La discrepancia yo actual – yo ideal se considera una medida de autoestima, entendida como el grado en el que una persona es tal y como le gustaría ser. En esta misma línea se muestra el estudio previo de Feixas y colaboradores (2008), en el que se empleó la TR y según el cual los

pacientes con depresión unipolar (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico o trastorno adaptativo con síntomas depresivos) tienden a tener una menor autoestima que las personas sin diagnóstico. En este estudio se concluye asimismo que los pacientes con dichos diagnósticos tienden a mostrar un mayor aislamiento social autopercibido y una menor adecuación percibida en los otros. En el estudio que estamos presentamos no encontramos esta relación. No obstante, sí encontramos una marcada tendencia en lo que respecta a la relación entre sintomatología depresiva, medida con el BDI-II, y la identificación con la pareja. Aunque esta relación no alcanza el nivel de significación necesario ($p = ,068$), sí parece mostrar una tendencia según la cual la percepción de menor similitud con la pareja se relaciona con un mayor nivel de sintomatología depresiva. Si tomamos estos datos en su conjunto, uno de los índices que toma en cuenta la percepción que se tiene del cónyuge parece mostrarse más relevante en cuanto a su relación con la sintomatología depresiva que aquellos índices que toman en cuenta la percepción de las otras personas significativas (como son el aislamiento social autopercibido y la adecuación percibida en los otros), mucho más empleados en los estudios previos.

El índice de identificación con la pareja es el único que correlaciona de forma significativa con alguna de las escalas del EAD, en concreto, con la escala de cohesión. Según estos datos, a mayor percepción de similitud con el cónyuge, mayor sensación de cohesión. Podríamos hablar asimismo de una tendencia en el sentido de que a mayor identificación con el cónyuge mayor ajuste global, aunque esta relación no alcanza el nivel de significación necesario ($p = ,094$). En el índice de adecuación del cónyuge también encontramos una tendencia respecto a su relación con las escalas Global y Consenso del EAD ($p = ,066$ y $,096$, respectivamente), donde a mayor percepción de adecuación, mayor ajuste global y más consenso en la pareja. De forma totalmente esperable, son los índices que toman en consideración la percepción del cónyuge aquellos que tienen una mayor relación con el nivel de ajuste de la pareja.

Con respecto al segundo de los objetivos del presente estudio, analizar la eficacia del manual presentado por Jones y Asen (2004), sería necesario finalizar todas las terapias que se están realizando en este momento para poder ofrecer una mejor visión de conjunto. También sería conveniente recopilar datos de seguimiento puesto que los efectos de la terapia sistémica de pareja a más largo plazo pueden ser muy relevantes. Con los datos que tenemos, observamos que cinco de los casos finalizados han mostrado una reducción de la sintomatología depresiva y han expresado verbalmente su satisfacción con la atención recibida y con los resultados obtenidos. Cabe destacar, sin embargo, que los otros dos casos han empeorado. Un estudio ulterior debería indagar sobre los posibles efectos negativos de la terapia sistémica de pareja en

la depresión a partir de un análisis cualitativo de las sesiones, y de las aportaciones de terapeutas y las parejas. La necesidad del análisis de estos “fracasos” en terapia familiar ha sido destacada ya por otros autores (p. ej., Coleman, 1985). En este sentido, se podría considerar si el poco nivel de experiencia de los terapeutas puede haber jugado un papel en estos resultados, puesto que en el estudio de Jones y Asen (2004) eran ellos mismos los terapeutas, con una larga experiencia clínica acumulada. Una vez finalizados todos los casos se podrá asimismo determinar los ajustes necesarios en la aplicación del manual para su adaptación a nuestro contexto.

A modo de conclusión

La realización de este estudio pone de manifiesto varios aspectos relacionados con la depresión y con la aplicación del manual de terapia de pareja de Jones y Asen (2004). De entrada el hecho de que se hayan iniciado 17 procesos con ese formato, siete de los cuales ya concluidos, permite una valoración inicial de su utilidad más allá del doble contexto de la sociedad británica y el de estudio de investigación con terapeutas muy experimentados (Leff y cols., 2000). Sucede a menudo que los tratamientos desarrollados en un contexto cultural no funcionan bien en otro diferente (y en otra lengua); o bien que la eficacia obtenida en un estudio controlado no se replica luego en otros contextos más naturales o clínicos y con terapeutas con menos experiencia clínica. Los resultados obtenidos en nuestro proyecto parecen indicar que el manual, tal como ha sido publicado en español resulta útil y eficaz, al menos a nivel promisorio. En efecto, en la investigación de resultados los estudios de caso único controlados se consideran evidencia adecuada para el establecimiento de la eficacia de un tratamiento (Chambless y Hollon, 1998).

Por otra parte, uno de los principales aspectos agregados hasta el momento en la aplicación del manual es la incorporación de los resultados obtenidos acerca de la relevancia de los factores cognitivos complejos evaluados mediante la técnica de la rejilla. Esta técnica centrada en la evaluación de los significados personales permite analizar la visión del sí mismo y de la pareja, y ello abre una puerta a poder valorar los resultados de los tratamientos en términos del impacto que tienen en estas construcciones personales. Los resultados obtenidos en base a los datos iniciales de los 17 casos analizados muestran el potencial y la relevancia de la técnica de rejilla para la comprensión de la depresión y su tratamiento mediante la terapia sistémica de pareja.

Referencias bibliográficas

Cáceres, J. (1996). *Manual de terapia de pareja e intervención en familias*. Fundación Universitaria Empresa-Madrid.

Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

Coyne, J. M. (1999). Thinking interactionally about depression: a radical restatement. En T. Joiner y J. M. Coyne (Eds.). *The interactional nature of depression*. Washington, DC: APA

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota: NCS Pearson. Adaptación española de González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. Rodríguez Pulido, F. *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones, 2002.

Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD ver. 2.0*. (Segunda edición revisada). Barcelona: Paidós.

Feixas, G. y Cornejo, J. M. (2002). RECORD: Análisis de correspondencias de constructos personales. Versión 4.0. Programa informático disponible en www.terapiacognitiva.net/record

Feixas, G.; Erazo, M. I., Harter, S. y Bach, L. (2008) Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy & Research*, 32, 386-400.

Feixas, G., Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Fernández et al. (2006). Treatment Adequacy if anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. S. W., and Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-VC)*. Washington, DC: APA. Versión española (SCID-I) de J. Blanch. Barcelona: Masson, 1999.

Jones, E.E. (1993). Introduction to Special Section: Single-Case Research in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 371-372.

Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J.T. y Dyer, J.F.P. (1993). A Paradigm for Single-Case Research: The Times Series Study of a Long-term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 381-394.

Jones, E. y Asen, E. (2004). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer, original en inglés de 2000.

Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton (reimpreso Londres: Routledge, 1991).

Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos*. Feixas G. (ed.). Barcelona: Paidós.

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisolm, D. y Everitt, B. (2000). The London depression intervention trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.

Linares, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Ustun, B. (2007). Depression, Chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851- 858.

Organización Mundial de la Salud (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Ginebra: World Health Organization.

[\(http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/\)](http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/).

Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, e I. Amigo Vázquez, (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Vol. I (Adultos). Madrid: Pirámide.

Roussos, A.J. (2007). Diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 261-270.

Santos- Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., Sierra, J.C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 501-517.

Sanz, J., Perdígón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para de Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.

Spanier, G. B., (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-29.

Üstün, T.B. y Kessler, R.C. (2002). Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *British Journal of Psychiatry*, 181, 181-183. Yin, R. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage.