

FAMILIA DE ORIGEN Y FAMILIA CREADA EN LA HISTORIA DE LA DEPRESION

J.A. Soriano Pacheco
A. Baldero Martínez
Unidad de Psicoterapia. Servicio de Psiquiatría
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

RESUMEN

Las corrientes modernas del pensamiento científico se hallan muy ocupadas con la eclosión de trastornos depresivos a la que asistimos desde finales del siglo pasado. Sin embargo sus principales desvelos giran en torno al descubrimiento de los mecanismos bioquímicos y moleculares o genéticos que parecen regir dichos problemas, obviando en cierta medida aspectos psicosociales o adjudicándoles simplemente el papel de evento significativo.

Partiendo de la premisa de la multicomplejidad, aplicable a todos aquellos procesos en que intervienen seres humanos, planteamos una visión relacional de esta patología depresiva en la que familia de origen y familia de procreación interactúan como protagonistas destacados.

La consecución de unos marcadores “relacionales” bien diferenciados que pudieran complementar los actuales marcadores bioquímicos, genéticos y clínicos sería nuestra ambición última.

Palabras-clave: depresión mayor, distimia, familia, conyugalidad, parentalidad, marcadores

ABSTRACT

Modern trends in scientific thought are busily engaged with the increasing prevalence of depressive disorders witnessed since the end of the last century. However, most efforts have been directed at discovering the molecular, biochemical or genetic mechanisms which seem to govern such problems, and psychosocial aspects have either been largely ignored or relegated to the role of significant events.

Starting from the premise of multicomplexity, one which is applicable to all processes involving human beings, we propose a relational view of depressive pathology in which the family of origin and the created family interact as the leading protagonists.

Ultimately, our aim is to develop well-differentiated “relational” markers which could complement existing biochemical, genetic and clinical ones.

Key words: major depression, dysthymia, family, conjugal functions, parental functions, markers

INTRODUCCION

La depresión y el “enfermar” de tristeza han dejado de constituir un acontecimiento extraordinario para convertirse en una realidad cotidiana que nos asalta continuamente. En nuestro entorno más cercano encontramos diariamente ejemplos de este “enfermar” que parece estar cercándonos como una especie de “enemigo invisible” al acecho, incluso nosotros mismos pudiéramos ser las siguientes “víctimas”.

La realidad de la práctica clínica nos indica que la depresión no parece entender de clases sociales ni de estratos económicos ni culturales. Ante esta “socialización” de la

depresión, cualquier intento de entender el fenómeno depresivo y de explicar sus causas y etiopatogenia puede resultar reduccionista si no contempla la amplitud y complejidad de las variables implicadas y si no incorpora adecuadas dosis de escepticismo y autocritica respecto a las hipótesis que se manejen.

La actual taxonomía de los trastornos afectivos (DSM-IV, CIE-10 o versiones previas) intenta delimitar entidades relativamente bien configuradas (depresión mayor, distimia y trastorno bipolar principalmente), aunque luego la realidad clínica y el seguimiento evolutivo no concuerde, en muchas ocasiones, con diagnósticos y reflexiones teóricas aparentemente sólidas.

El modelo sistémico no ha mostrado mucho interés por esta taxonomía de los trastornos afectivos, prefiriendo concentrar sus esfuerzos en la comprensión del fenómeno depresivo en su interacción con el ambiente o, como mucho, en la elaboración de hipótesis etiológicas limitadas a la relación de pareja. El posible papel de las relaciones y vínculos significativos con las familias de origen ha sido poco abordado, exceptuando las extraordinarias aportaciones de Bowlby (1980), desde una óptica más dinámica y de funcionamiento intrapsíquico. Más recientemente, Linares y Campo (2000) intentan movilizar estas clasificaciones monolíticas partiendo de hipótesis relacionales muy sugerentes.

En la actualidad, y desde diferentes modelos de estudio, se reconocen no solo los efectos que las relaciones significativas ejercen sobre la depresión, sino también los efectos de la depresión sobre las relaciones significativas. Coyne (1984) señala que el comportamiento de las personas depresivas tiende a reflejarse e inducir estados de ánimo hostiles en los otros; también puede suscitar inhibición y sentimientos de culpa, unidos a actitudes de solidaridad.

En general, del análisis de la literatura sobre los aspectos relacionales de la depresión, surge la tendencia a considerar la relación de pareja como el ambiente privilegiado para que se manifieste la sintomatología depresiva. Paykel y colaboradores (1973) llegaron a la conclusión de que las desavenencias conyugales (peleas en los seis meses precedentes al inicio del cuadro, distanciamiento, hostilidad, tensiones, conflictos sexuales) son las situaciones que más frecuentemente preceden a la manifestación de la sintomatología depresiva. Rousanville y col. (1980) también han comprobado la presencia de esta relación significativa y señalan que las pacientes sometidas a tratamiento (farmacológico o psicoterapéutico) que mejoraban la relación con su pareja, también mostraban una mejoría en los síntomas depresivos, mientras que aquellas pacientes en las que persistían los problemas o desacuerdos conyugales, mostraban escasa tendencia a la remisión de la sintomatología y una marcada tendencia a las recaídas.

Después de esta mirada rápida y sintética que recoge algunas referencias a estudios sobre los trastornos depresivos, nos centraremos en el interés que nos ha despertado el papel, que consideramos relevante, de la familia extensa y de la familia nuclear en la génesis y desarrollo del proceso depresivo. ¿Aporta esta perspectiva relacional histórica o biográfica del paciente depresivo, elementos importantes que pudieran resultar útiles para comprender cómo se ha ido generando su tristeza y abatimiento, llegar a conocer la esencia misma del fenómeno depresivo y, en definitiva, mejorar sus expectativas de curación?

La observación cuidadosa de pacientes depresivos y sus familias permite distinguir patrones de relación que parecen alcanzar una cierta estabilidad, bien como epifenómenos acompañantes del sufrimiento depresivo, bien como factores coadyuvantes en el inicio de la depresión, o como factores predisponentes.

Nuestro trabajo pretende profundizar y reflexionar sobre las observaciones y hallazgos extraídos de la práctica clínica a través de un estudio sistemático de los trastornos depresivos desde una óptica relacional. Son este conjunto de observaciones empíricas los que nos proporcionan nuestras hipótesis de partida en torno a las características relacionales que encontramos en los trastornos afectivos, centrándonos en dos de sus representantes más emblemáticos, la *depresión mayor* y la *distimia*.

Nuestro proyecto plantea el objetivo concreto de intentar identificar y diferenciar, a nivel de pautas relacionales y comunicacionales, aquellos pacientes que presentan un trastorno distímico de los que presentan un trastorno depresivo mayor. Una premisa fue la de “olvidarnos” de estos diagnósticos, intentando llevar a cabo un estudio “ciego” por parte de los investigadores.

La consecución de unos marcadores relacionales bien definidos que pudieran complementar los criterios diagnósticos actuales constituye una ambición última, a pesar de lo difícil que resulta la cuantificación de variables psicosociales.

El presente artículo nos ha exigido un esfuerzo de síntesis por cuestiones de espacio aunque esperamos queden reflejados los aspectos más significativos de la investigación. Determinadas cuestiones metodológicas y de procedimientos han tenido que quedar fuera.¹

Hipótesis de Trabajo

Los pacientes diagnosticados de Trastorno Distímico (TD) y los pacientes diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) presentarán patrones relacionales diferentes tanto con respecto a la familia de origen (padres y hermanos) como en relación con la familia de procreación (cónyuge e hijos):

- 1) En los TDM la relación con la **familia de origen** (padres) será definida en términos carenciales, expresándose a través de recuerdos de desprotección, alta exigencia, marginación y ausencia o escasez de gestos afectivos positivos, tanto por parte del padre como de la madre. Baja nutrición emocional/ Elevada normatividad.
- 2) En los Trastornos Distímicos no se expresarán recuerdos carenciales en cuanto a la afectividad, y las relaciones con los padres serán, en general, definidas en términos satisfactorios o, eventualmente, como conflictivos con uno sólo de los progenitores (con frecuentes fenómenos de triangulación en relación con el conflicto conyugal existente). Nutrición emocional conservada/ Baja normatividad.
- 3) En los TDM la **relación conyugal** presentará desde el inicio patrones de complementariedad predominantes que habrán evolucionado, con la inclusión de la conducta sintomática, hacia una mayor rigidificación.

¹ Se remite al lector interesado al anexo 10 del libro “Tras la honorable fachada” (Linares y Campo, 2000) donde se reflejan más extensamente aspectos de la metodología

- 4) En los Trastornos Distímicos la relación conyugal estará presidida desde el inicio por patrones de relación tendentes a la simetría o igualdad en la posición de ambos cónyuges.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

MATERIAL

La muestra de pacientes y familias ha sido derivada por profesionales en salud mental de orientación no sistémica pertenecientes en su mayoría al Servicio de Psiquiatría de un hospital general, a los que les han sido facilitados los criterios de selección que a continuación se exponen. Especial cuidado se ha tenido en la selección de aquellos pacientes caracterizados por la ausencia de “conflictos relacionales abiertos” que hubieran hecho aconsejable el inicio de una terapia o consulta familiar. Es decir, se trata de estudiar los casos que, fuera del ámbito del estudio, no hubieran sido derivados para abordaje familiar.

Los criterios de inclusión en el estudio son los siguientes:

Grupo de familias con pacientes diagnosticado de trastorno distímico

- 1) Pacientes diagnosticados de Trastorno Distímico según criterios DSM-IV
- 2) Edad entre 25 y 65 años
- 3) Inicio tardío de la sintomatología (más de 21 años)
- 4) Convivencia con pareja estable en la actualidad
- 5) En remisión parcial de la sintomatología depresiva, medido mediante puntuación de la escala de Hamilton para la depresión menor de 14 puntos
- 6) Ausencia a lo largo de su evolución de episodios depresivos mayores concomitantes

Grupo de familias con pacientes diagnosticado de trastorno depresivo mayor

- 1) Pacientes diagnosticados de Trastorno de Depresión Mayor Recidivante según criterios DSM-IV.
- 2) Edad entre 25 y 65 años
- 3) Convivencia con pareja estable
- 4) En remisión parcial de la sintomatología depresiva, medido mediante puntuación de la escala de Hamilton para la depresión menor de 14 puntos

Se consideran **criterios de exclusión** para no participar en el estudio los siguientes:

- 1) Existencia de un trastorno de la personalidad asociado
- 2) Antecedentes de haber efectuado alguna psicoterapia estructurada, de cualquier orientación
- 3) Presencia de enfermedad crónica grave, invalidante o terminal

Entre los pacientes estudiados encontramos 9 varones y 23 mujeres, con diagnóstico de *TDMr en 15 de ellos* (nueve mujeres; seis varones) y *TD en 17* (trece mujeres; cuatro varones). La diferente proporción varones/mujeres obedece, por una parte, a que iniciamos la investigación centrada exclusivamente en pacientes de género femenino,

ampliándose con posterioridad a varones; y, por otro lado, a la menor frecuencia del diagnóstico de distimia entre varones.

METODOLOGIA

Se efectúan tres entrevistas semiestructuradas cuyo diseño se realizó a partir del análisis de sesiones videograbadas con familias de pacientes depresivos (TDM y TD), atendidos en el marco de la Escuela de Terapia Familiar ubicada físicamente en el Servicio de Psiquiatría de un hospital general de tercer nivel.

Las entrevistas son realizadas por un equipo estable de terapeuta-coterapeuta con videograbación de las mismas y posterior revisión y análisis de las variables de estudio con equipo de supervisión también estable.

En la 1ª entrevista es convocada la familia de procreación, es decir, el paciente con su cónyuge o pareja estable y los hijos si los hubiera (éstos se incluyen en la sesión participando de forma activa a partir de los 7 años). Los temas explorados son: definición del problema que realizan los diferentes miembros de la familia - lo que incluirá la descripción detallada de la conducta sintomática, así como la explicitación de forma espontánea o no de conflictiva relacional concomitante- y la descripción de las características personales de cada miembro, empezando por el cabeza de familia y finalizando con los hijos por orden de edad.

En la 2ª entrevista se convoca sólo a la pareja conyugal. La recogida de datos se lleva a cabo a través del genograma de cada cónyuge, con un interés especial en la descripción del tipo de relación, anterior y actual, con cada miembro de la familia y con especial detenimiento en la relación con los padres respectivos.

En la 3ª entrevista se convoca de nuevo a los cónyuges. El tema explorado es su "historia de amor": las características y avatares de su relación desde el inicio, destacando cuándo y cómo se conocieron y cuáles fueron los atractivos (motivación) de su elección, de manera que se expliciten cuáles eran las expectativas recíprocas. Situación personal de cada uno en el momento de conocerse, así como cuál ha sido la evolución de la relación a lo largo del tiempo, recogiendo cambios significativos en función del ciclo vital y factores externos. Se incluye la aparición y evolución de los síntomas en la historia de la pareja.

Relación de variables estudiadas

Las variables epidemiológicas estudiadas fueron: edad del paciente y cónyuge; profesión de ambos; estudios de ambos; nº hijos; estado de ciclo vital de la familia; salud familiar; nivel socioeconómico; situación laboral de la paciente; origen de la paciente y su cónyuge; número de hermanos de ambos y lugar en la fratria; la edad de inicio de la enfermedad y los años de evolución; el número de ingresos psiquiátricos y de tentativas de autolisis; presencia de abortos o nacimientos no deseados; tratamientos actuales.

Las variables relacionales que fueron objeto de estudio partiendo de nuestras hipótesis de trabajo son:

-Relacionadas con **familia de origen**: nutrición emocional; establecimiento de normas y nivel de exigencia; conflicto conyugal y posibles triangulaciones; clima emocional; aprendizaje emocional del paciente

-Relacionadas con pareja de procreación (**familia nuclear**): prevalencia patrón de complementariedad o simetría; criterios de elección del cónyuge; definición explícita de la relación con existencia de conflictos relacionales; conductas de “care eliciting”; existencia de parentalización; triangulación o coaliciones

-Relacionadas con la **patología**: definición del problema; papel de los síntomas en la relación; existencia de factores externos desfavorables

RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

Las características de **la muestra global** estudiada son las siguientes:

Han sido visitadas hasta el momento *31 familias* que se corresponden *con 32 pacientes* diagnosticados de trastorno afectivo. La aparente discordancia obedece a que en una de las familias encontramos a los dos miembros de la pareja siguiendo tratamiento por patología depresiva (distimia ella, depresión mayor él). No ha sido habitual encontrarnos que ambos miembros de la pareja estuvieran en tratamiento o tuvieran un diagnóstico psiquiátrico, pero sí era frecuente el reconocimiento por parte del miembro “sano” de períodos de agotamiento, tristeza y ocasional toma de fármacos ansiolíticos o hipnóticos.

La edad media de los pacientes de la muestra es de 45 con un rango entre 24 y 65 años, mientras la edad media de los cónyuges es de 47 (entre 25 y 65). La exclusión de parejas de edad avanzada obedece a la constatación de que fenómenos como la jubilación y la senilidad son factores extraordinarios y especiales por sí solos, capaces de justificar la necesidad de estudios específicos.

En la variable “*profesión*” predominan las amas de casa. Consideramos importante señalar que algunas de estas pacientes explicitan que el hecho de ser “amas de casa” no ha sido una decisión deseada por ellas sino que en cierta manera se han visto presionadas por las circunstancias bien del mercado laboral, bien por el rol asumido en la relación de pareja: “dejé el trabajo por salvar mi matrimonio”; “mi marido no me dejó buscar otro trabajo, ni cobrar el paro”; “cuando dejé de trabajar fue traumático”; “lo dejé porque estaba harta de estar con mi madre y de estar siempre en segundo plano”; “estoy arrepentida, no tenía que haber dejado mi trabajo”. (TABLA I)

TABLA I. CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

<i>EDAD PI</i>	45 (24-65)		<i>EDAD CONYUGE</i>	47 (25-65)	
		<u>n</u>			<u>n</u>
	AMA DE CASA	13		ACTIVO	19

<i>PROFESION PI</i>	EMPLEADO	9	<i>SITUACION LABORAL</i>	DESEMPLEO	2
	FUNCIONARIO	3		BAJA	5
	DIRECTIVO	4		JUBILACION	3
	AUTONOMO	3			
<i>CICLO VITAL</i>	INICIO	2	<i>ORIGEN PI</i>	CATALUÑA	16
	CRianza	5		RESTO ESTADO	15
	ESCOLAR	6			
	ADOLESCENCIA	11			
	NIDO VACIO	7			
<i>NIVEL S-E</i>	BAJO	7	<i>LUGAR EN FRATRIA</i>	PRIMERO	11
	MEDIO-BAJO	17		ENTRE VARIOS	16
	MEDIO-ALTO	7		ULTIMO	5

PI=paciente identificado; S-E=socio-económico

Los datos referentes a la historia del padecimiento reflejan una moderada gravedad, con baja frecuencia de intentos de suicidio y de ingresos en unidades psiquiátricas. Otro requisito del estudio se refiere a que el paciente se encuentre en un estado "psicopatológico aceptable" que permita completar las entrevistas de evaluación y conseguir una fiabilidad alta en las respuestas facilitadas por el paciente.

En ocho casos (25% del total de la muestra) ha sido necesario un internamiento psiquiátrico en algún momento (sólo cuatro de ellos de forma repetida) y en otros ocho encontramos alguna tentativa de autolisis. El análisis de estos intentos refleja un cierto carácter finalista en la mayoría de pacientes distímicos (5/2), mientras que en los depresivos mayores se manifiesta como una muestra más de su desesperanza y vacío ("Yo deseaba morirme para dejarlo tranquilo a él; la única manera que tengo de no sentirme culpable es muriéndome, es la única manera de solucionar mi enfermedad"). (TABLA II)

TABLA II. CARACTERISTICAS PSIQUIATRICAS

<i>EDAD INICIO</i>	32 (18-57)	<i>AÑOS EVOLUCION</i>	14(1-40)
	<u>n</u>		<u>n</u>
	0	0	19
	1	1	5
<i>Nº INGRESOS</i>	2	<i>Nº TENTATIVAS</i>	3
	3	3	2
	4	5	1
	2		
<i>TRATAMIENTOS</i>	AD	7	<i>SALUD FAMILIAR</i>
	AD+BZD	17	ENF CRONICA
	AD+LITIO	6	ENF AGUDA
			TR MENTAL
			NO ENF
			10

AD=antidepresivo; BZD=benzodiacepina; enf=enfermedad

Como conclusión del análisis de las características epidemiológicas podemos apuntar que no se han encontrado diferencias significativas entre las dos muestras en ninguna de las variables estudiadas, confirmando *la homogeneidad* de la selección y el cumplimiento de los criterios de inclusión/exclusión.

VARIABLES RELACIONADAS CON FAMILIA DE ORIGEN (TABLA III)

Al estudiar la variable PARENTALIDAD (Linares,1996) en la que analizamos si *las funciones nutricias* han sido conservadas o deficitarias en la crianza del/la paciente, encontramos más casos de déficit en la nutrición emocional en los depresivos mayores que en las distimias (7/5). El déficit en las funciones nutricias es expresado a través de las frases: "Mi madre no fue cariñosa conmigo, ha sido muy severa y dura conmigo, seca, seria", "no me he sentido querida, mi padre no ha hecho un gesto cariñoso nunca, ha sido muy autoritario, me llevaba muy recta".

Aunque en la muestra de pacientes con TDM no se observan hasta el momento tendencias claras en el tema de las funciones nutricias, sin embargo en la muestra de TD la tendencia se define en el sentido de la conservación de dichas funciones. En cuanto a *las funciones normativas*, observamos que mientras en la muestra de pacientes con TDM predominan aquellos que han sido educados con un nivel alto de exigencia; en el grupo con TD es similar el número de pacientes educados con altos niveles de exigencia que los que se han sentido poco exigidos. En estos últimos, observamos una actitud general de "disculpa" y/o de "idealización" en este apartado, que podría estar relacionado con su situación de hijo/a triangulado/a y con la expresión de sentimientos de culpabilidad que explicitan, sobre todo, algunas pacientes cuyos padres han fallecido.

Se producen más situaciones *de triangulación* en el caso de los pacientes con TD que en los pacientes con TDM; aunque en la muestra de TD no se aprecie diferencia entre el número de pacientes que han sido "triangulados" y los que no. Por otro lado hemos encontrado muy pocos pacientes "*parentalizados*" en sus familias de origen; quizás este dato pudiera estar relacionado con el lugar que ocupan los pacientes de las muestras en la fratría (hay un número reducido de hermanos mayores, posición que facilitaría que se produjera una situación de parentalización).

Los varones con TDM y con TD tienden a valorar *el clima emocional* en el que se han criado como caracterizado por un excesivo control de las emociones -frío-("no he oído nunca una discusión"); sin embargo en la valoración que hacen las pacientes mujeres predomina el clima emocional "caliente", caracterizado por un exceso y cierto descontrol en la expresión emocional ("se pelean pero se quieren"; "si los ve las voces que se pegan"; "mi padre era muy chillón"...).

TABLA III. RESULTADOS FAMILIA DE ORIGEN

VARIABLES	TDM			TD		
	PI MUJER	PI VARON	TOTAL	PI MUJER	PI VARON	TOTAL
<u>PARENTALIDAD</u>						
Funciones Nutricias:						
Conservadas	5	3	8	11	2	13
Deficitarias	5	2	7	3	2	5
Funciones normativas:						
Alta exigencia	6	4	10	6	3	9

Baja exigencia	4	1	5	7	1	8
Triangulación						
Si	3	1	4	6	2	8
No	7	4	11	7	2	9
Parentalización:						
Si	1	0	1	4	1	5
No	9	5	14	9	3	12
<u>CONYUGALIDAD</u>						
Armoniosa	5	3	8	7	2	9
Disarmónica	5	2	7	6	2	8
Prevalencia relación						
Simétrica	3	1	4	4	2	6
Complementaria	7	4	11	9	2	11
Clima emocional						
Caliente	6	1	7	9	1	10
Frío	4	4	8	4	3	7
Cohesión						
Aglutinada	7	2	9	7	3	10
Desligada	3	4	7	6	1	7

En cuanto a la CONYUGALIDAD (Linares, 1996) no se manifiesta ninguna tendencia, siendo similar el número de casos en los que es valorada *como armónica* (“no he oído nunca una discusión, el ambiente que yo recuerdo era bueno”) y *disarmónica* (“Mi madre con mi padre se llevan mal. No hay diálogo. Mi padre se siente rechazado por ella, yo creo que no lo quiere”; “él tuvo una infidelidad. Hay mal ambiente en casa”). En las dos muestras se observa que el *patrón de relación* que prevalece entre los padres de los pacientes es de tipo *complementario* (“mi madre tenía más carácter que mi padre, ella tomaba las decisiones, mi padre dependía de mi madre”; “la decisión más importante, que fue la de venir a Barcelona, la tomó mi padre en contra de los deseos de mi madre”).

Respecto *al nivel de cohesión* de la FO encontramos un reparto por igual de familias aglutinadas y desligadas entre ambos grupos. Los pacientes varones con TDM se sienten más desligados (variable cohesión) de sus familias de origen que las mujeres que por el contrario manifiestan un estilo relacional más aglutinado: “Mi padre sólo ha vivido para su mujer y sus dos hijas; para mi padre mi madre lo fue todo: su hermana su esposa, su madre, su amante”; “vivimos en el mismo bloque, vamos de vacaciones juntas”.

VARIABLES RELACIONADAS CON FAMILIA DE PROCREACION (TABLA IV)

Al analizar la CONYUGALIDAD:

La variable “*elección de cónyuge*” nos muestra diferencias entre las tendencias que explicitan los/las pacientes de ambas muestras, en el sentido de que los varones con TDM tienden a elegir una cónyuge “compañera” (igual rol), sin embargo, las pacientes mujeres buscan más un cónyuge con el rol de protector (“me atraía porque era diferente, nunca me hubiera casado con una persona como yo”) estableciendo un *patrón de relación de tipo complementario* (“Él aportaba años al matrimonio, si una es joven y se deja guiar por un hombre de edad,... yo me dejé guiar”), tendencia expresada como esperable en nuestras hipótesis. En la muestra de TD, los pacientes varones manifiestan tendencias a elegir una cónyuge protectora, sin embargo las mujeres eligen más un compañero (tendencia que coincide con la hipótesis) con el que establecen *una relación de tipo simétrico*. Un análisis más global de las dos muestras nos permite observar que se da más tendencia a la complementariedad en los TDM y más tendencia a la simetría en los TD.

Encontramos diferencias significativas entre los dos grupos en las variables “Fracaso de la igualdad” y “Fracaso de la protección”. Los pacientes distímicos se decantaban mayoritariamente hacia el fracaso de la relación de igualdad y compañerismo, rechazando un posible fracaso de la protección, mientras que los depresivos mayores se repartían de forma equilibrada.

Existían áreas de conflicto explicitadas en algún momento en más del 75% de las familias atendidas, con explicitación ocasional de deseos de ruptura en más del 60%. (“Fui a consultar con un abogado para que me asesorara en qué condiciones me quedaba si me separaba de mi marido. Tú te vas con tu madre y yo me voy con la mía. Me fui a casa de mis padres y les dije que me separaba de mi marido porque no nos demostró nunca que nos quería”)

Al analizar la PARENTALIDAD:

Existe una tendencia a una mayor frecuencia de triangulaciones en los hijos en el caso de TD (>50%), algo muy poco frecuente entre los depresivos mayores (<20%), sin llegar a ser significativa la diferencia. Encontramos muy pocos casos de parentalización de hijos en ambos grupos.

TABLA IV. RESULTADOS FAMILIA DE PROCREACION

VARIABLES	TDM			TD		
	PI MUJER	PI VARON	TOTAL	PI MUJER	PI VARON	TOTAL
Motivo de elección						
Lo igual	2	3	5	8	1	9
Lo diferente	8	2	10	5	3	8
Predominio patrón de relación						
Simétrico	2	4	6	9	3	12
Complementario	8	1	9	4	1	5
Conflictos relacionales						
	8	4	12	9	3	12
	2		3	4		5

Si		1			1	
No						
Explicitación deseos de ruptura						
Si	6	4	10	6	3	9
No	4	1	5	7	1	8
Explicitación imposibilidad de ruptura						
Si	3	1	4	3	1	4
No	7	4	11	10	3	13
Fracaso de la igualdad						
Si	3	3	6	11	2	13
No	7	2	9	2	2	4
Fracaso de la protección						
Si	6	1	7	2	1	3
No	4	4	8	11	3	14
Triangulación hijos						
Si	2	1	3	7	2	9
No	8	4	12	6	2	8
Parentalización hijos						
Si	3	0	3	3	1	4
No	7	5	12	10	3	13

VARIABLES RELACIONADAS CON SINTOMAS (TABLA V)

Las diferentes variables estudiadas con relación a posibles *funciones de los síntomas depresivos* en las relaciones significativas del individuo no mostraron diferencias destacadas entre ambos grupos.

Es reseñable la observación de que en la mayoría de familias pertenecientes a ambas muestras *los síntomas adquieren un papel inductor* de cambio de conducta del cónyuge o de otros familiares próximos.

Nos encontramos que en el subgrupo de mujeres con TD y TDM, en el momento de realizar las entrevistas, estaban en un proceso *de reactivación de los conflictos* con su F.O.; así como una mayor incidencia de factores externos desfavorables (en comparación con los hombres)

Respecto a *la definición del problema* que hacen los/las pacientes, tanto los de una muestra como los de la otra, nos encontramos que un número importante de ellos define su situación como un conflicto relacional. Aquellos que la definen de entrada como una enfermedad (“Estoy nerviosa, lloro por cualquier cosa, no tengo ganas de hacer nada, tomo la medicación pero no advierto mejoría, he estado ingresada”), a medida que se explora la relación con FO y pareja explicitan el conflicto relacional.

TABLA V. RESULTADOS VARIABLES RELACIONADAS CON SINTOMAS

--	--	--	--	--	--	--

VARIABLES	TDM			TD		
	PI MUJER	PI VARON	TOTAL	PI MUJER	PI VARON	TOTAL
Definición del problema						
Conflicto relacional	2	3	5	4	1	5
Enfermedad	6	1	7	6	2	8
Ambas	2	1	3	3	1	4
Unanimidad definición						
Si	8	3	11	10	3	13
No	2	2	4	3	1	4
Factores externos desfavorables						
Si	7	2	9	7	2	9
No	3	3	6	6	2	8
Papel inductor síntomas						
Si	8	3	11	11	2	13
No	2	2	4	2	2	4
Síntomas como reto para el cónyuge						
Si	2	1	3	4	1	5
No	8	4	12	9	3	12
Reactivación conflictos con F.O						
Si	6	0	6	9	1	10
No	4	5	9	4	3	7

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Aunque no podamos establecer por el momento asociaciones ni diferencias significativas, ni sea prudente extraer datos concluyentes que confirmen o no las hipótesis, ello no supone un obstáculo para que podamos hacer algunas reflexiones, sobre estos primeros datos recogidos, que nos permitan avanzar en el estudio y en el conocimiento.

No hemos incluido como variable de estudio la denominada “emoción expresada” (comentarios críticos y hostiles en la fase aguda de la enfermedad por parte de familiares directos) que aparece relacionada en algunos trabajos (Hayhurst, 1997) con la posible cronificación del cuadro o incremento de las recaídas. Aunque es un tema ciertamente de interés (no parece tan relevante como se manifiesta en el caso de la esquizofrenia), nuestra impresión es que en el universo depresivo tiene menor cabida la descalificación o la hostilidad franca; por ello, nos hemos centrado más en la observación del “clima emocional” percibido en las familias de origen ya que se nos muestra más significativo.

Tal y como hemos señalado en el apartado “Resultados”, al analizar la **definición del problema** que hace tanto el/la paciente como su cónyuge, pensamos que es importante tener en cuenta, por un lado, la relevancia del contexto hospitalario en la definición del trastorno como enfermedad; así como la mayor difusión e implantación en nuestra cultura occidental del modelo médico, que nos predispone a estar más atentos a los síntomas y no tanto a identificar vivencias, situaciones y experiencias que nos producen malestar y dolor “psíquico”. Entendemos que el considerar la depresión como una

enfermedad médica actúa como” efecto dormitivo”, en el sentido que, tanto los familiares como los propios pacientes adoptan una actitud pasiva esperando que los médicos y los psicofármacos actúen y “curen”, disminuyendo su capacidad de reacción frente a los acontecimientos de su vida emocional.

Respecto a los “**Life events**” y acontecimientos estresantes, la **situación laboral** se manifiesta como un factor importante tanto en el inicio de la sintomatología depresiva como en la evolución. Algunos pacientes han reflejado a través de su excesiva dedicación al trabajo el nivel de exigencia personal anteponiéndolo a sus propias necesidades personales. Cuando la situación se vuelve insostenible, los síntomas depresivos, la consecuente baja laboral y la tramitación de la invalidez, supondrán una manera de acabar con dicha situación salvando de alguna manera su “honorabilidad” como persona. Esta situación podría ser un obstáculo en el proceso terapéutico ya que actuaría como “mantenedora” de los síntomas al estar implícitas una serie de “ganancias”, no solamente económicas sino a nivel relacional (las “falsas ganancias” y “la situación tramposa” que conlleva la identidad del depresivo).

La aparente discordancia de algunos de nuestros resultados en relación con las hipótesis de partida quedaría matizada por el todavía pequeño tamaño de la muestra y por diversas cuestiones de índole clínica, entre las que destacaríamos en primer lugar las razonables dudas diagnósticas que algunos de los casos atendidos nos han despertado. Revisando exhaustivamente sus historiales, encontramos en algunos de ellos cambios de diagnóstico o cursos evolutivos poco concordantes con el diagnóstico de partida. ¿Diferencian realmente en la práctica clínica las definiciones de distimia y depresión mayor propuestas por la Psiquiatría “convencional”? En todo caso, sugerimos una reflexión sobre la relevancia de la aportación que podría suponer la perspectiva relacional a dicha clasificación.

Al igual que en lo concerniente a las cuestiones diagnósticas, entendemos que el abordaje de estos cuadros no está definitivamente resuelto a pesar de los importantes resultados obtenidos a través de tratamientos psico-farmacológicos en combinación con los abordajes psicoterapéuticos de diferentes orientaciones teóricas. Existen muy pocos estudios controlados (sobre todo en casos de distimia) que comparen abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y combinados (Waring, 1988). Todavía hay un largo camino por recorrer y mucho por investigar para poder avanzar en el conocimiento y abordaje de la complejidad que supone el “universo” de las depresiones: ¿Qué variables y factores influyen en la etiología?, ¿cómo explicamos el fenómeno de la vulnerabilidad?, ¿qué factores intervienen en las recaídas?, ¿qué líneas terapéuticas resultan más adecuadas porque responden a la individualidad de los procesos?

Aunque desde las diferentes perspectivas y enfoques se han hecho intentos de dar respuesta a dichas cuestiones y nos han aportado elementos de reflexión relevantes, no nos cabe duda que mantener estas preguntas abiertas nos puede permitir profundizar en ellas y poder dar una respuesta más adecuada al “malestar”.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (APA). *Practice guideline for major depressive disorder in adults*. Am J Psychiatry 1993; 150 (suppl 4): 1-26.

Bowlby J. *Attachment and loss, vol 3. Loss, sadness and depression*. Londres, The Hogarth Press 1980.

Coyne JC. *Strategic therapy with depressed married personal agenda, themes and intervention*. Journal of Marit and Fam Therapy 1984, 10.

Hayhurst H. et al. *Expressed emotion and depression*. Br J Psychiatry 1997; 171: 439-443.

Linares, J.L. *Identidad y narrativa*. Barcelona, Paidós, 1996.

Linares J.L. Campo C. *Tras la honorable fachada*. Barcelona, Paidós, 2000.

McCullough J.P. *Psychotherapy of dysthymia: a naturalistic study of ten patients*. Journal of Nervous and Mental diseases 1991, 179: 734-740.

Paykel E.S. and Wiessman M.M. *Social adjustment and depression: a longitudinal study*. Arch Gen Psychiatry 1973, 28: 659-663.

Rousanville B.J., Weissman MM, Proffoff BA. *The course of marital disputes in depressed women: a 48 months follow-up study*. Compr Psychiatry 1980, 21.

Waring E.M., Chamberlaine C.H., McCrank E.W., et al. *Dysthymia: a randomised study of cognitive marital therapy and antidepressants*. Canadian Journal of Psychiatry, 1988; 33:96-99.