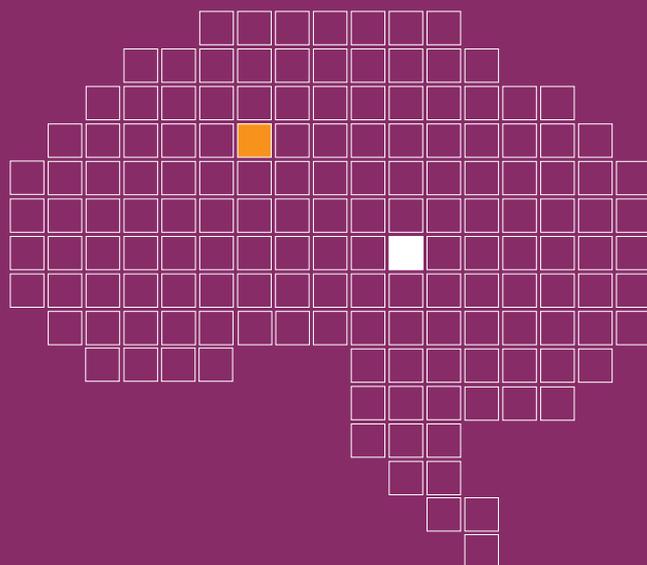


**MARCADORES RELACIONALES
EN LA DEPRESIÓN MAYOR Y
LA DISTIMIA**

Tesis Doctoral presentada por
José Soriano Pacheco
para obtener el grado de Doctor
en Psiquiatría y Psicología Clínica.
Barcelona. 2009



MARCADORES RELACIONALES EN LA DEPRESIÓN MAYOR Y LA DISTIMIA

Tesis Doctoral presentada por

José Soriano Pacheco

para obtener el grado de Doctor en Psiquiatría y Psicología Clínica

Directores:

Dr. Juan Luis Linares Fernández (Universitat Autònoma de Barcelona)

**Programa de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Clínica (1996-1998),
Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal, UAB.**

Barcelona, 2009

Dr. Juan Luis Linares Fernández, Profesor Titular de la UAB.

Declara y confirma que ha supervisado la Tesis Doctoral titulada:

**MARCADORES RELACIONALES
EN LA DEPRESIÓN MAYOR Y LA DISTIMIA**

Firma,

Dr. Juan Luis Linares Fernández

Barcelona, 2009

PREÁMBULO Y AGRADECIMIENTOS

El hecho en sí de querer plasmar aquí lo más relevante del trabajo llevado a cabo por un equipo mixto clínico-investigador durante los últimos años no sólo es un acto unidireccional y estático, sino que es una propuesta de comunicación, de compartir y, por tanto, un hecho relacional. Este concepto y la carga semántica y emocional que conlleva es la base sobre la que se ha construido no sólo la presente tesis sino también todo el trabajo de observación, análisis, reflexión y estudio que subyace a los resultados que aquí se presentan.

Seguramente, "relacional" sea la palabra clave, aunque no la única.

En la tarea de darle forma al resultado final se han barajado palabras, frases, metáforas, símbolos en definitiva, que ayudaban a expresar algo más que los aspectos puramente de contenido. En algunos momentos se hizo patente la dificultad de poner palabras a las emociones.

Las más: sorpresa, conexión, compartir, participar, miedo, responsabilidad, impotencia, limitación,...

Las de las familias: sufrimiento, tristeza, desesperanza, "tirar la toalla", culpabilidad, vacío, trampa, poder, desencanto, desengaño, rencor, enfado, nubarrones, herida, sensibilidad, abandono,...

Mi más entrañable recuerdo para las verdaderas protagonistas de esta historia, las familias y los pacientes con depresión del tipo que fuere, sin las cuales no habría sido posible nada de lo que aquí intento reflejar.

También mi reconocimiento y sincero agradecimiento a Juan Luis y Carmen que me ofrecieron la posibilidad de compartir con ellos este espacio, así como su experiencia profesional y, sobre todo, su calidad humana.

No puedo olvidarme de mis compañeras iniciales de investigación, hacia el final del siglo pasado, ellas pusieron conmigo las primeras piedras de este trabajo, Ana, Inma e Isabel. Gracias por compartir tantos ratos. Tampoco puedo olvidarme de los compañeros del Servicio que colaboraron derivando pacientes y familias de forma desinteresada.

Durante estos años otras personas han colaborado en la investigación, muchos de ellos alumnos y ex alumnos de la escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, vaya para ellos

un saludo afectuoso sin nombrar a ninguno por no dejar en el tintero a nadie.

Colaborando en la sombra, con un papel no tangible, pero siempre dispuestas a meterse en cualquier “lío” y con soluciones para todo, María, Victoria y Gloria, cada una en su estilo, pero imprescindibles todas ellas para que la estructura aguante y podamos hacer algo más que la tarea puramente asistencial.

¿Qué decir del amigo Víctor? Quizás sólo que hace fácil lo difícil sin reducir por ello su complejidad, y parte de esta tesis así lo atestigua.

Ricardo, gracias por no olvidarte de irme recordando ¿cómo va la tesis? cada semana. Los psicólogos deportivos tienen mucho que aprender de ti.

Resulta tópico pero es una verdad como un templo, en gran medida somos fruto de nuestros genes y de nuestras familias, así que parte de esta tesis es mérito de mi familia, allá por la tierra del pescaíto.

Por último, pero no los últimos, Fina, Pablo y Claudia, un buen motivo (y estímulo) para decirme a finalizar y culminar esta etapa.

“Nadie tiene la menor idea de por qué la naturaleza funciona del modo en que lo hace”

Richard Feynman

“No sé de nada que no sea un milagro”

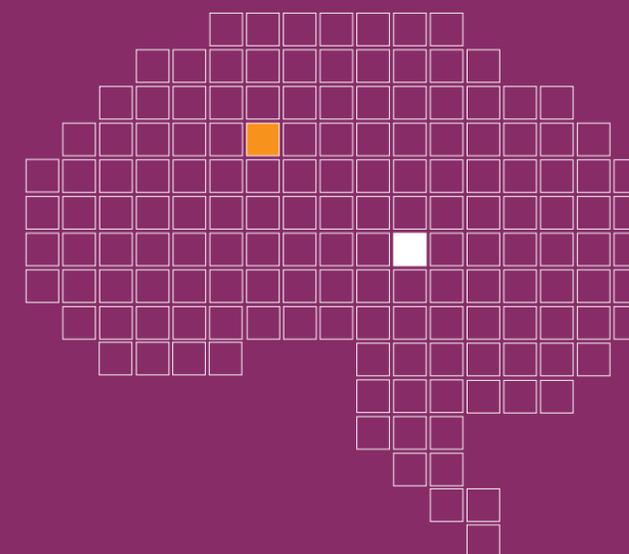
Walt Whitman

Barcelona, Julio de 2009

PREÁMBULO Y AGRADECIMIENTOS	V
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Concepto de trastorno afectivo	10
1.2. Visión histórica de los trastornos afectivos.....	11
1.3. Clasificaciones actuales de los trastornos afectivos (conceptualizaciones teóricas)	13
1.4. Los trastornos afectivos desde los diferentes modelos psicológicos ..	21
1.4.1. <i>Los trastornos afectivos desde el modelo psicoanalítico</i>	22
1.4.2. <i>los trastornos afectivos desde el modelo cognitivo</i>	25
1.4.3. <i>Los trastornos afectivos desde el modelo conductual</i>	26
1.4.4. <i>Los trastornos afectivos desde la psiquiatría interpersonal</i>	29
1.4.5. <i>Los trastornos afectivos desde el modelo sistémico</i>	30
1.5. Los trastornos afectivos desde la intervención terapéutica	36
1.6. Factores de riesgo psicosocial para la cronicidad de los trastornos afectivos	38
1.6.1. <i>Estado civil y riesgo de depresión</i>	39
1.6.2. <i>Género</i>	39
1.6.3. <i>Estrés y trastornos afectivos</i>	40
1.6.4. <i>Factores estresantes en la infancia y riesgo de trastorno afectivo.....</i>	41
1.6.5. <i>Factores sociales y evolución de los trastornos afectivos.....</i>	41
1.6.6. <i>Consumo de drogas de abuso: el alcoholismo como equivalente depresivo en el varón</i>	42
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	45
2.1. Objetivos generales.....	48
2.2. Bases teóricas	49
2.3. Hipótesis relacionales iniciales	56
2.3.1. <i>En el ámbito familia de origen.....</i>	56
2.3.2. <i>En el ámbito familia creada</i>	56
2.4. Desarrollos teóricos de las hipótesis	57
2.5. Metodología cualitativa versus metodología cuantitativa en investigación	60

3. METODOLOGÍA	65	6. CONCLUSIONES	173
3.1. Procedimientos	67	7. BIBLIOGRAFÍA	179
3.2. Variables estudiadas	70	8. ANEXOS	189
3.3. Instrumentos utilizados	74	8.1. Criterios diagnósticos DSM-CIE	191
3.4. Muestra	76	8.2. Entrevista semiestructurada.....	198
3.5. Análisis estadístico	77	8.3. Protocolo recogida información	204
3.6. Limitaciones metodológicas.....	78	8.4. Consentimiento informado.....	210
4. RESULTADOS	81	8.5. Test FAST	211
4.1. Características epidemiológicas	85	8.6. Cartas-informes devolución	213
4.2. Características clínicas	103	8.7. Ejemplos de sesiones (TD-TDM).....	222
4.3. Familia de origen de los pacientes distímicos y depresivos mayores..	106		
4.4. Familia creada de pacientes distímicos y depresivos mayores	114		
4.5. Síntomas y características clínicas desde el punto de vista relacional.....	120		
4.6. Comparación de la familia creada con grupos control (familia de origen del paciente y familia de origen del cónyuge)	123		
4.7. Resultados relativos a la aplicación del test FAST	129		
4.8. Estabilidad diagnóstica	137		
4.9. Resultados cualitativos de la familia nº 29	138		
5. DISCUSIÓN	145		
5.1. Limitaciones metodológicas.....	148		
5.2. Datos epidemiológicos y características clínicas	152		
5.3. Diferencias entre grupos diagnósticos (TDM/TD)	157		
5.4. Comparación familias creadas de pacientes afectivos con familias de origen (grupos control)	166		
5.5. Test FAST	167		
5.6. Estabilidad de la muestra	169		

1. INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la psiquiatría como especialidad médica, a finales del siglo XIX en Europa, han existido diversos momentos en los que una entidad nosológica ha alcanzado una posición emblemática, a la vez motivo preferente de inspiración teórica y terreno privilegiado de intervención terapéutica.

El descubrimiento de la etiología sifilítica de la Parálisis General Progresiva (*Bayle, 1822*) sirvió de estímulo para que, durante un tiempo, dicha afección constituyera el modelo de lo que deberían ser las restantes enfermedades mentales. El espejismo se desvaneció ante la imposibilidad de que las psicosis llamadas endógenas desvelaran sus fundamentos orgánicos y, aún menos, infecciosos, pero ello no impidió que la Esquizofrenia se erigiera en nueva musa inspiradora de la psiquiatría desde la fuerza que le concedían el misterio y la potencia de la producción delirante. Fue así como Kraepelin y otros maestros alemanes y franceses construyeron su psiquiatría desde los despachos de los grandes manicomios, contenedores institucionales de una esquizofrenia espectacularmente rica en síntomas. El énfasis en la "producción" esquizofrénica no era ajeno a la importancia que, en general, tenía la "producción" en las ideologías imperantes hace 100 años (*Foucault, 1964*). La otra enfermedad que, contemporáneamente, compartió con la esquizofrenia la condición de modelo preferente (la Histeria, inspiradora de una construcción como el psicoanálisis, capaz de competir con la psiquiatría en riqueza y prolijidad), es también altamente productiva a nivel sintomático.

Junto a estas dos entidades emblemáticas encontramos un grupo de trastornos menos estridente (a excepción del trastorno bipolar o psicosis maníaco-depresiva) que ha ido tomando forma y entidad propia desde las primeras descripciones clásicas con un progresivo incremento en incidencia y prevalencia que les lleva a convertirse en una de las patologías psiquiátricas más frecuentes (junto a los trastorno de ansiedad) y más gravosas para el erario público: son los trastorno del afecto, del humor y de las emociones. Desde la clásica "melancolía delirante" hasta los modernos depresión mayor y distimia ha transcurrido un largo camino que dista de estar concluido.

Sin negar las ventajas de las modernas clasificaciones psiquiátricas también es cierto que la proliferación de categorías diagnósticas y la inacabada discusión dimensión/categoría no ha contribuido en muchos casos a mejorar los conocimientos preexistentes. Posiblemente este

sea el caso de esta división en depresiones mayores versus menores, depresión mayor versus distimia o depresión aguda versus crónica. A pesar de la sofisticación de medios diagnósticos, entre los clínicos siguen aflorando criterios clásicos de endogeneidad que aparentemente permiten diferenciar y delimitar estos cuadros. ¿Es simplemente un proceso mental reduccionista o se trata más bien de simplificar un proceso nosológico inacabado?

En este punto resulta conveniente fijar conceptos y volver la vista atrás para saber de dónde venimos.

GUIÓN DE LA INTRODUCCIÓN

1.1. CONCEPTO DE TRASTORNO AFECTIVO

1.2. VISIÓN HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

1.3. CLASIFICACIONES ACTUALES DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS (CONCEPTUALIZACIONES TEÓRICAS)

1.4. LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE LOS DIFERENTES MODELOS PSICOLÓGICOS

1.5. LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

1.6. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL PARA LA CRONICIDAD DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

1.1. CONCEPTO DE TRASTORNO AFECTIVO

La determinación de los límites del concepto "trastorno afectivo" (o trastorno de la afectividad o trastorno del estado de ánimo) presupone delimitar cuáles son sus fronteras con la normalidad y con el resto de los trastornos psiquiátricos.

Durante mucho tiempo se ha considerado que la depresión o la tristeza constituyen una respuesta normal ante sucesos desdichados, un estado de ánimo que ocurre más a menudo en individuos que son extremadamente sensibles o reflexivos. La psiquiatría clínica siempre ha conceptualizado la depresión con mayúsculas como una enfermedad y no como una respuesta normal, considerándola una entidad completamente diferente de la simple sensación de malestar, aunque existe alguna polémica en torno a las situaciones de duelo ante la pérdida de seres queridos que abordaremos más adelante.

Antes de poder definir el trastorno afectivo convendría pararse en el capítulo de las emociones donde se sitúa el "estado de ánimo" e intentar acotar el término. Este puede definirse como el tono sostenido de sentimientos que prevalece en el tiempo para una persona determinada. Ansioso, angustiado, aterrorizado, triste, deprimido, enfadado, enfurecido, eufórico y culpable son estados de ánimo que se describen con frecuencia.

No existe acuerdo en la actualidad sobre los límites entre depresión y fluctuación normal del estado de ánimo. Frente a autores que definen la depresión de un modo impreciso como un grupo de síntomas característicos que deben ser considerados incluso siendo de breve duración o reactivos a sucesos recientes, otros afirman que estos síntomas deben ser categorizados como desmoralización o sentimiento de malestar (*Clayton, 1972; Wing, 1974*), con exclusión de los trastornos relativamente leves, cortos en duración o reactivos, del concepto de trastorno afectivo, exigiendo criterios más estrictos para su diagnóstico.

En las últimas décadas, el énfasis en los criterios de diagnóstico y en las entrevistas estructuradas representa un esfuerzo para diferenciar la depresión del abatimiento, el malestar o la pena. Los ejemplos más conocidos son los criterios de Feighner (*Feighner et al., 1972*), los Criterios de Diagnósticos para Investigación (*Spitzer et al., 1975*) y más recientemente los DSM (*APA, 1994*) o los criterios ICD 10 (*WHO, 1992*). No obstante, incluso utilizando estos criterios operativos, muchos investigadores creen que la definición de la depresión es aún

muy imprecisa y carente de utilidad clínica para predecir factores tan importantes como la evolución o la respuesta al tratamiento (*Maj, 2008*).

Dado que los síndromes depresivos se asocian con frecuencia a síntomas de ansiedad, la delimitación entre los estados depresivos y los estados de ansiedad es igualmente problemática. Así, los pacientes con depresión grave pueden presentar una marcada agitación de tipo ansioso, y los pacientes con depresión leve suelen quejarse de tensión, nerviosismo y miedo. Al igual que ocurre con el trastorno esquizoafectivo, la clasificación de estos pacientes dentro de los trastornos afectivos, de los trastornos de ansiedad o bien como un grupo independiente es una cuestión que no presenta una fácil solución. Un reciente estudio plantea incluso una propuesta de introducción de un nuevo trastorno en el próximo DSM-V, el denominado "trastorno por distress", que agruparía cuadros de ansiedad generalizada comórbidos con cuadros depresivos (*Moffit, 2007*).

1.2. VISIÓN HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Desde Paracelso y su primera división de los trastornos mentales en "lunáticos, insanos, vesánicos y melancólicos" hasta el futuro DSM-V (previsto para el año 2012) con una propuesta de abordaje modular de la clasificación en Psiquiatría, hay un largo recorrido con idas y venidas, acuerdos y desencuentros que llegan hasta nuestros días. La conceptualización de los trastornos afectivos no ha sido ajena a esta historia.

Hipócrates (460-380 a de C) propone una primera hipótesis que podríamos considerar "biologista", negando cualquier intervención divina en los síntomas depresivos y centrando su atención en la posible "corrupción" del cerebro (órgano en el que sitúa las emociones) por un exceso o alteración cualitativa de la "bilis negra", definición que constituye el origen del término "melancolía". En ese mismo período, Aristóteles (384-322 a de C) afirma que "todos aquellos que han llegado a la eminencia en filosofía, en política o en poesía tienen cierta tendencia hacia la melancolía". Areteo de Capadocia en el siglo I a de C, fue el primero en elaborar una teoría coherente sobre las relaciones entre los estados de ánimo extremos (la manía y la melancolía), como las dos caras de la misma moneda, teoría que siguió siendo predominante durante gran parte de los 2000 años siguientes.

En el siglo II, Galeno de Pérgamo intenta explicar la bioquímica de la melancolía en su teoría de los humores, mientras en el antiguo Egipto los trastornos depresivos fueron tratados por los sacerdotes, que reconocían que la depresión iba asociada en muchas ocasiones con la experiencia de una pérdida psicológica.

A partir de la Edad Media se atribuyen a causas demoníacas tanto los estados depresivos como los maníacos y no fueron pocos los pacientes calcinados en las hogueras de la Inquisición. En el mundo árabe y oriental, estos enfermos corrieron suertes más humanas, aunque lejos de las consideraciones hipocráticas. A finales del siglo XIII y en el XIV el tema del amor se introduce en la nosografía de la medicina árabe, con el “mal de amores” como una forma de locura.

En el Renacimiento, Vesalio, al igual que sus predecesores clásicos, localiza en el cerebro la causa de la depresión adelantándose en varios siglos en la descripción y clasificación de las enfermedades mentales, rechazando definitivamente, en la cultura occidental, la intervención divina en la aparición de enfermedades afectivas. Durante el Renacimiento se definía la melancolía de un modo poco preciso y se consideraba, cuando era relativamente leve, como un desajuste muy común que solía darse en gente cuya sensibilidad, inteligencia o percepciones estaban particularmente desarrolladas. La obra de Burton (1577-1640), Anatomía de la melancolía (1621), ofrece un buen ejemplo de este tipo de análisis. Para Burton, la melancolía era un concepto amplio y vago entre la insensatez y la locura.

La concepción según el modelo clínico-anatómico efectuada por Esquirol, la habilidad taxonómica de Billod (1856), la introducción del término depresión como actualmente se conceptualiza, por Griesinger y las concepciones psicogénicas de Freud, cristalizaron en el trabajo integrativo de Kraepelin esencial para entender la clasificación actual de las enfermedades mentales. Se admite en general que fueron los psiquiatras alemanes Kahlbaum y Kraepelin quienes desarrollaron una sistematización global y “moderna” para clasificar los trastornos afectivos. Kahlbaum acuñó los términos de “distimia”, que usaba para referirse a la variedad crónica de la melancolía, y de “ciclotimia”, que se refería a un trastorno que se caracterizaba por las oscilaciones en el estado de ánimo. Kraepelin en 1921 propuso un sistema general para clasificar las psicosis que partía de conceptos desarrollados por sus predecesores. Se conservó el término “melancolía”, pero se usó sólo para referirse a los trastor-

nos depresivos que se daban en la senectud y por primera vez se dio importancia al término “depresión”.

Desde el punto de vista histórico, no hay motivo para la duda acerca del importante lugar que las depresiones ocupaban en la psiquiatría clásica kraepeliana: la psicosis maníaco-depresiva era parte importante del espacio psicótico, una de las tres grandes referencias diagnósticas, junto a las neurosis y las psicopatías. La existencia de un trastorno depresivo menos grave, de tipo neurótico, no fue, en cambio, reconocida tan claramente por la psiquiatría clásica.

Bleuler (1916), incluye las distimias en la psicosis maníaco-depresiva, a la que, dice, “pertenecen” como alteraciones permanentes de la afectividad. Distingue, entre ellas, la distimia melancólica, la distimia irritable y la ciclotimia, que vienen a ser formas leves de la psicosis afectiva mayor. Es posible, no obstante, seguir el rastro de algo parecido a la neurosis depresiva en la neurastenia, aunque en ella sea importante la presencia hipocondríaca y su ubicación nosológica no sea nunca clara ni plenamente independiente de las psicosis. Para K. Schneider las distimias están incluidas en el apartado de la psicopatía depresiva y, por tanto, en una categoría de trastornos de la personalidad que nada tiene que ver con las neurosis.

La escuela francesa, la otra gran fuente de la psiquiatría clásica, es la inventora de los síndromes de astenia crónica: la neurastenia de Beard y la psicastenia de Janet, donde Ey (1965) localiza las depresiones crónicas independientes de la melancolía. Sin embargo, las formas agudas de las depresiones no melancólicas son denominadas por dicho autor “crisis de depresión neurótica o reactiva”, calificativo este último que resta consistencia al que lo precede, sugiriendo que trastornos reactivos y neuróticos son la misma cosa. De hecho, Ey no reconoce la existencia de una neurosis depresiva propiamente dicha.

1.3. CLASIFICACIONES ACTUALES (CONCEPTUALIZACIONES TEÓRICAS)

Los sistemas de clasificación actuales tienen su origen en la necesidad de recoger información epidemiológica sobre las enfermedades mentales. Esta finalidad ha marcado de forma determinante las clasificaciones y criterios diagnósticos, limitándose así, según muchos autores, su utilidad para la investigación. Un ejemplo claro de esta limitación es el concepto de Tras-

torno Depresivo Mayor (TDM) que, desde su aparición en los Criterios de Diagnósticos para Investigación (Spitzer et al., 1978), ha sido de gran utilidad epidemiológica, contribuyendo a una mayor detección y tratamiento de estos enfermos, pero ha dificultado la selección de grupos de pacientes homogéneos, imprescindibles para la investigación clínica.

Es mérito de la American Psychiatric Association y su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) proceder a una reorganización coherente de los trastornos depresivos, que, por una parte, no figuran entre los trastornos de personalidad, acabando con la tradición schneideriana de una psicopatía depresiva, y, por otra parte, deslindan claramente las depresiones reactivas como respuesta a un estrés inmediato, incluyéndolas entre los trastornos adaptativos.

En la primera versión del DSM (1952) aparecían entre los trastornos del estado de ánimo (considerados psicóticos por otra parte): la “reacción psicótica involutiva”, las “reacciones afectivas”, la “reacción depresiva psiconeurótica” y el “trastorno ciclotímico de la personalidad”. (APA, 1952)

El DSM-II (APA, 1968) eliminó el término “reacción” y aparecía la depresión neurótica (o neurosis depresiva) definida como “una reacción excesiva de depresión debido a un conflicto interno o a un acontecimiento identificable”. El cambio de denominación pretendía enfatizar los aspectos descriptivos dejando a un lado posibles o hipotéticas etiologías.

En 1980 el DSM-III incorporó el concepto de Leonhard de trastornos monopares (o unipolares) y bipolares, dividiéndose los trastornos afectivos mayores en trastorno bipolares y depresión mayor (APA, 1980).

La revisión del DSM-III (1987) trajo nuevas divisiones: El "Trastorno Depresivo Mayor", heredero de la melancolía y de la psicosis maníaco-depresiva, y el "Trastorno Distímico", heredero de la siempre evanescente depresión neurótica, quedan reunidos como "Trastornos Depresivos" dentro de una categoría diagnóstica, los "Trastornos del Estado de Ánimo", que no coincide ni con las psicosis ni con las neurosis. Se aceptaba que las tres categorías principales a las que derivarían los diagnósticos previos de depresión neurótica serían la depresión mayor sin melancolía, el trastorno distímico y el trastorno adaptativo con humor deprimido. Un tercer elemento, el Trastorno Bipolar, se une a los otros dos dentro de la misma categoría diagnóstica, estable-

ciéndose una proximidad, pero también una diferenciación, que el sentido común no puede sino agradecer.

La consolidación de los Trastornos del Estado de Ánimo como categoría diagnóstica independiente, constituye un claro progreso en cuanto al reconocimiento de la entidad propia de los fenómenos depresivos.

La Distimia plantea más dificultades que la depresión mayor para su ubicación, tanto nosológica como relacional. Desde el punto de vista nosológico, Waintraub y Guelfi (1998) confirman la validez del constructo Distimia, si bien observan en ella una mayor gravedad de la inicialmente prevista y una alta comorbilidad, sobre todo con la depresión mayor. (Tabla 1) Esta comorbilidad tan alta hace que muchos autores se planteen si en realidad son dos trastornos diferentes, o si se trata de la misma enfermedad que varía en gravedad y duración. También la similitud de criterios diagnósticos entre ambos trastornos (cinco de los seis ítems que definen el trastorno distímico forman parte de los nueve ítems que configuran la depresión mayor) contribuye a la ambigüedad diagnóstica entre ambos cuadros (Tabla 2).

Tabla 1. Comorbilidad TDM-TD

Akiskal et al (1981)	90%
Kovacs et al (1984)	70%
Spitzer y Williams (1985)	78%
Kashani et al (1987)	58%
Weissman et al (1988)	39%
McCullough et al (1992)	79%
Markowitz et al (1992)	68%
Keller et al (1995)	80%

Tabla 2. Comorbilidad TDM-TD.
Síntomas comunes que forman parte de los criterios DSM-IV

Pérdida o aumento del apetito
Insomnio o hipersomnia
Falta de energía o fatiga
Baja autoestima
Dificultad para concentrarse o tomar decisiones

En este contexto de complejidad diagnóstica, algunos autores consideran como la única y verdadera distimia aquella de inicio temprano (<21 años de edad) por su mayor asociación a episodios de doble depresión y trastornos de ansiedad (Klein, 1995), opinión no compartida por todos (McCullough, 1991) y que mantendría abierta, en cualquier caso, la polémica sobre su distinción con la denominada personalidad depresiva. ¿Sería esa distimia precoz un trastorno afectivo o habría que encuadrarla entre los trastornos de la personalidad?

Aunque parece existir un cierto consenso sobre el hecho de que la distimia no sea un trastorno de personalidad (Tabla 3 y 4), Angst (1998) aporta datos relevantes que señalan a los problemas de comportamiento, la ansiedad, los niveles elevados de neuroticismo y los trastornos de personalidad como factores de riesgo para la distimia. Las personalidades más frecuentemente asociadas a la distimia son la límite, antisocial, histriónica, pasivo-dependiente y la evitativa. Las posibles relaciones entre depresión crónica y personalidad han sido motivo de polémica ya que algunos autores se inclinan por considerar que la disforia es secundaria a una personalidad anómala y desadaptada, mientras otros defienden que el problema de personalidad refleja un trastorno afectivo subyacente.

Nada de ello resulta incomprensible desde nuestro punto de vista, que incorpora un cierto grado de continuidad, complejo y ciertamente no automático, entre distimia y depresión mayor, y que no establece diferencias de principio sino, antes bien, correspondencias coherentes entre síntomas y personalidad. El DSM-IV (1994) no sólo no niega esta posibilidad, sino que la facilita, distinguiendo el Eje II, en el que los trastornos de personalidad pueden

Tabla 3. Trastornos de personalidad y distimia. Comorbilidad

Koenigsberg et al (1985)	34%
Kocsis et al (1986)	47%
Kashani et al (1987)	58%
Markowitz et al (1992)	85%
Keller et al (1995)	58%

Tabla 4. Trastornos de personalidad y distimia

Frecuencia de distimia en trastornos de personalidad		
Perry (1985)	Límite	100%
Zanarini (1989)	Límite	100%
	Antisocial	45%
Coid (1993)	Límite	26%

complementar el diagnóstico sintomático correspondiente al Eje I. Desgraciadamente, los clínicos no tienen suficientemente presente esta obvia relación entre síntomas y personalidad, como tampoco las más evidentes implicaciones relacionales que el DSM-IV recoge en el eje IV. Parece que la futura clasificación DSM-V (se estima su publicación en el año 2012) incorporará una perspectiva dimensional que puede modificar el panorama actual de los trastornos afectivos.

También estamos asistiendo en los últimos años a la recuperación del conocido término de “personalidad depresiva”, desaparecido con el DSM-III, y que se podría solapar conceptualmente con la distimia. En la actualidad el trastorno depresivo de la personalidad ocupa un lugar en el Apéndice del DSM-IV dentro de los cuadros propuestos para estudios posteriores que permitan clarificar su validez de constructo. Las principales diferencias radican en que

la distimia enfatiza síntomas afectivos crónicos (tristeza, pesimismo, autocrítica, sentimientos de minusvalía, etc.), y no hace lo mismo con los rasgos de personalidad. Representarían supuestamente el rasgo (personalidad depresiva) y el estado (distimia). Un estudio comparativo longitudinal (*McGlashan y cols. 2000*) entre distimia y personalidad depresiva arroja alguna luz sobre el asunto: sólo el 25% de la muestra cumplía criterios para ambos diagnósticos y la estabilidad diagnóstica fue superior para el trastorno distímico (en torno al 57%) que para la personalidad depresiva (en torno al 30%). Esta relativa baja estabilidad para ambos cuadros puede deberse a la fluctuación sintomatológica propia de trastornos crónicos. Los autores concluyen que distimia y personalidad depresiva serían dos síndromes diferentes.

Desde otra óptica (*Akiskal, 1983*) se propone una clasificación de las depresiones crónicas (TABLA 5) que intenta una mayor discriminación dentro de la denominación genérica “distimia”. Resulta sugerente por la diversidad de presentaciones clínicas y ambientales que podemos encontrarnos, y por la posibilidad de englobar la personalidad depresiva. De cualquier forma, no es una clasificación que haya sido aceptada de forma universal.

Tabla 5. Clasificación de las depresiones crónicas (Akiskal)

Episodios depresivos primarios con cronicidad residual
Disforias crónicas secundarias (a trastornos médicos o psiquiátricos)
Trastornos del espectro del carácter, en el que los síntomas depresivos son expresión de un trastorno de personalidad subyacente
Distimia subafectiva, como expresión de un trastorno afectivo primario de menor intensidad

Aubrey Lewis (1938) fue el primer autor que planteó el enfoque unitario en la depresión de forma convincente, proponiendo que los subtipos de la depresión no son sino intentos de diferenciar entre formas agudas o crónicas, leves o severas. Kendell (*Kendell y Gurlay, 1970*) es el principal defensor de esta postura en la actualidad, proponiendo la idea de un continuo depresivo con las formas severas o psicóticas en un extremo y las formas crónicas o leves en el otro. Según estos autores, aunque los extremos del continuo puedan diferir en aspectos cla-

ves, tales como la respuesta al tratamiento o el desenlace a largo plazo, no se pueden marcar límites precisos entre ellos.

Frente a la posición unitaria, la mayoría de los autores actuales proponen la subdivisión de la depresión en subtipos dicotómicos: endógenas versus reactivas, bipolares versus unipolares, depresión «pura» versus trastorno del espectro depresivo, agitada versus retardada, y así sucesivamente. La mayor parte de estos sistemas dicotómicos han nacido, a partir de la experiencia clínica, con el objetivo de delimitar subtipos capaces de predecir la evolución o la respuesta terapéutica.

En las clasificaciones actuales aparece también la presencia de un duelo en los dos meses previos como criterio de exclusión para el diagnóstico de un trastorno afectivo. Existe la discusión en torno a la consideración de estas situaciones de duelo como algo anormal (dentro de la patología afectiva) frente a posturas clásicas tendentes a no patologizar dichas situaciones. (*Maj, 2008*). Se discute incluso si cifras muy elevadas de prevalencia de trastornos afectivos que aportan algunos estudios (*Kessler, 1994*) no están incluyendo este tipo de situaciones vitales, no diagnosticables como tales en el momento actual. Hay voces críticas (*Regier, 1998; Spitzer y Wakefield, 1999; Horwitz y Wakefield, 2007*) que lamentan la posible medicalización de fenómenos normales integrados en los ciclos vitales de las personas. En las revisiones actuales del DSM parecen existir incluso opiniones contrapuestas en el sentido de eliminar dicho criterio de exclusión (*Kendler, 2008*) o de ampliar dichos criterios (*Wakefield, 2007*). Los estudios de seguimiento sobre el papel de los acontecimientos externos en la aparición de trastornos afectivos son principalmente de los años 80 (*Hirschfeld, 1985*).

Un último punto a destacar son las diferencias existentes entre los dos principales sistemas de clasificación de enfermedades mentales, el de la OMS (CIE) y el de la APA (DSM), que puede contribuir a la visualización de estos problemas conceptuales. La CIE-10 ofrece criterios más laxos y plantea que toda depresión prolongada que no cumpla criterios de trastorno depresivo recurrente y presente una gravedad media puede ser diagnosticada de distimia. Por su parte, el DSM-IV acepta el criterio de la gravedad media, pero añade como característica diferencial el comienzo insidioso del cuadro, aunque admite que puedan darse cuadros depresivo mayores en el curso ulterior del inicial trastorno distímico. (*Anexo 1: Criterios diagnósticos CIE-DSM*).

En la práctica, la mayor parte de los intentos de validar sistemas clasificatorios en psiquiatría se ha centrado en la validez predictiva. La validez de los subtipos de trastornos afectivos (unipolar-bipolar, endógeno-reactivo etc.) casi siempre se ha basado en la respuesta a un tratamiento específico, por ejemplo la terapia electroconvulsiva o el litio. La mayoría de los autores admiten que la validación definitiva de cualquier categoría nosológica reside en la identificación de una etiología específica. En el terreno de los trastornos afectivos, como en la mayor parte de la psiquiatría, abundan los estudios exploratorios, pero los datos contrastados son aun escasos. En las últimas décadas se han propuesto categorías diagnósticas basadas en hallazgos genéticos, neuroendocrinos o neuroquímicos, pero dichos hallazgos no han podido ser replicados y puede afirmarse que se está aún lejos de una clasificación óptima para los trastornos afectivos.

Dentro de esta complejidad e incertidumbres que rodean a los trastornos afectivos no parece descabellada la idea de intentar establecer unos correlatos relacionales (o patrones de interacción) que permitan diferenciar los distintos subtipos existentes. De igual manera que disponemos de marcadores neurobioquímicos y de unos estilos de personalidad que se intentan asociar a depresión mayor, distimia o trastorno bipolar, el posible establecimiento de unos marcadores relacionales para dichos cuadros podría ayudar a la hora del diagnóstico diferencial y en el momento de establecer el plan terapéutico más adecuado.

Tal y como veremos en próximos capítulos, la relación de pareja parece el espacio de interacción más sólido y repetido en la mayoría de individuos adultos deprimidos, y el clima de pareja constituye uno de los factores pronósticos más reconocidos para la evolución de estos trastornos. Es evidente que también pueden padecer un trastorno afectivo personas solteras o personas jóvenes no vinculadas emocionalmente a nadie, pero el grupo mayoritario de pacientes afectivos corresponde a personas de edad media, habitualmente emparejadas. Podría ser necesario estudiar también las relaciones más significativas (no de pareja) de los individuos solteros para poder completar estos marcadores relacionales, pero quedaría fuera del ámbito de nuestro estudio.

1.4. VISIÓN DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE LOS MODELOS PSICOLÓGICOS

Sería absurdo ignorar, tanto como arduo desmenuzar, la atención que han prestado los distintos modelos psicológicos a los fenómenos depresivos. La pregunta ¿qué es una depresión? puede tener respuestas de lo más variado: para un conductista podría ser el funcionamiento defectuoso de los mecanismos de reforzamiento y condicionamiento o quizás podría verse como la consecuencia de la "desesperanza aprendida" frente a reiterados fracasos; un neurocientífico puede identificarla como un desequilibrio intracerebral entre neurotransmisores, moduladores y hormonas con los receptores de fondo; los cognitivistas la entienden como una enfermedad producida por una alteración cognitiva que determina un concepto negativo de uno mismo y una concepción pesimista del mundo y del futuro; para algunos psicoanalistas el principal rasgo de la depresión es la interiorización de la agresión hacia un objeto ambivalente; un terapeuta interpersonal centraría sus esfuerzos en alguna de las áreas problemáticas de relación que su modelo propone con un enfoque también "médico". Como éstas podemos encontrar muy diversas aproximaciones.

Un repaso de las diferentes concepciones clásicas de los trastornos afectivos desde los principales paradigmas de la psicología nos permitirá acercarnos a las bases teóricas de la presente tesis (Tabla 6).

Tabla 6. Teorías psicológicas de la depresión

Teoría	Autor	Trastorno 1º	Precipitante
Psicoanalítica	Freud	Fijación desarrollo etapa oral	Pérdida real o percibida
Conductual	Lewinsohn	Ausencia habilidades sociales	Disminución refuerzo positivo
Cognitiva	Beck	Actitudes disfuncionales	Factor ambiental
Indefensión	Seligman	Estilo atribucional	Sucesos negativos

1.4.1. LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE EL MODELO PSICOANALÍTICO

En el psicoanálisis, la depresión y fenómenos asociados ha estado siempre presente en un ciclo de grandes aportaciones que empieza Freud y culmina Bowlby, aunque hoy día siguen produciéndose aportaciones desde múltiples ámbitos.

Para el fundador del modelo psicoanalítico existe una relación entre el duelo y la melancolía (*Mourning and Melancholia, 1917*) en cuanto a la pérdida del objeto, si bien en el primero es de naturaleza consciente y en la segunda inconsciente. Pero, además, en la melancolía habría una "regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo". Llama la atención, sobre todo, la lucidez relacional de Freud (1917), capaz de hacerle ver el sentido del síntoma depresivo en tanto que relación: "(...) suelen lograr los enfermos, por el rodeo de la autopunición, desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por intermedio de su condición de enfermos, tras haberse entregado a la enfermedad a fin de no tener que mostrarles su hostilidad directamente".

El mecanismo básico que describe Freud es la introyección de un objeto perdido y la redirección de la ambivalencia, originalmente dirigida hacia el objeto, contra el objeto interiorizado, ahora parte inherente del yo. El efecto de este mecanismo es una reorientación hacia el yo de los impulsos agresivos originalmente dirigidos hacia el objeto ambivalente.

Abraham (1911) relaciona la depresión con la represión de los instintos. Melanie Klein (1940) enfatizó la importancia de la posición depresiva como un paso evolutivo en el niño, superador de una previa posición esquizo-paranoide. Ello supondría la aceptación de la ruptura de la fusión con la madre, proceso que, a nivel patológico, podría derivar en depresión si el instinto agresivo se dirigiera contra sí mismo. Una interpretación relacional de la metáfora kleiniana a propósito de la depresión, podría suponer un redimensionamiento de las pérdidas y de sus consecuencias, que sólo alcanzarían niveles patológicos si se inscribieran en contextos interaccionales más complejos.

Bibring (1953) señala que un tema común en los estados depresivos es la anulación o disminución del amor propio. Los pacientes se sienten desamparados frente a fuerzas superiores que les rodean, víctimas de la soledad, el aislamiento y la falta de amor y afecto. La depresión debe considerarse no sólo en términos de la pérdida de objeto, sino también en

términos de la debilidad interna, la vulnerabilidad y el sentido de desamparo e inferioridad del propio yo.

Bowlby (1980) tiene la extraordinaria importancia de hacer coincidir en su obra a dos importantes modelos, cuales son el psicoanalítico y el cognitivo, y ello en torno a una teoría, la del apego, que tiene enorme relieve para la investigación de los trastornos depresivos. Recordemos cómo el citado autor destaca la trascendencia, tanto de las pérdidas actuales ("la pérdida y la decepción", en palabras que Bowlby cita de Brown y Harris 1978), como de las experiencias vividas en el seno de la familia durante la niñez. Entre éstas destaca:

- Imposibilidad de mantener una relación estable con los padres a pesar de los esfuerzos por satisfacer sus exigencias y sus expectativas poco realistas.
- Figuras de apego representadas como inaccesibles, que rechazan y castigan, con mensajes descalificadores que llevan al sujeto a verse a sí mismo como alguien poco susceptible de ser querido o deseado.
- Impotencia del sujeto para modificar las consecuencias de pérdidas reales, por muerte o separación, durante la niñez.

Las valiosísimas aportaciones de Bowlby incluyen el análisis de las dificultades para obtener colaboración de los depresivos en su tratamiento, sometidos como suelen estar a la prohibición de mostrar aspectos problemáticos de la familia.

Las perspectivas más actuales engloban desarrollos teóricos múltiples pero podemos destacar una corriente anglosajona (*Blatt, 1998*), francesa (*Fedida, 2001*) y argentina (*Bleichmar, 1998*).

En la bibliografía anglosajona psicodinámica existe una mayor inclinación a la delimitación clínico-nosográfica, a la concepción de la depresión como enfermedad, mientras que los autores franceses hacen énfasis en las teorías pulsionales freudianas, aunque con una marcada aceptación de la teoría de las relaciones objetales de Klein. El enfoque argentino relativiza la depresión como síndrome único, enfatizando las variantes de la problemática depresiva, la importancia clínica del duelo y el abordaje multidisciplinar en los casos graves. Las depresiones neuróticas suelen incluir un componente reactivo (con frecuencia encontramos una reac-

ción de pérdida o fracaso) y deben distinguirse de los síndromes depresivos más graves en los que el grado de regresión es mayor y el deterioro de la comprobación de la realidad y de la actividad interpersonal mucho mayor. La pérdida en la depresión neurótica puede ser la muerte de una persona amada o la decepción de un objeto de amor.

Para el psicoanálisis moderno la depresión constituye un síndrome variado y complejo con presentaciones semiológicas diferentes que pueden llegar a manifestarse como desórdenes bien delimitados que clasifican dentro de las nosologías en uso (DSM IV y CIE 10) y al cual se puede acceder por distintas vías. Estas vías pueden ordenarse dentro de series de causas que van desde lo biológico constitucional a lo psicogénico.

La *Tabla 7* recoge los elementos de convergencia de las corrientes más actuales del pensamiento psicoanalítico (*Winograd, 2005*)

Tabla 7.

Énfasis en la influencia de las vicisitudes del desarrollo temprano en la construcción de la identidad nuclear (self)
Jerarquización de las experiencias de gratificación-frustración en el vínculo con los personajes significativos y su internalización, construcción de códigos valorativos y autoestima
Importancia de las experiencias de frustración de ciertos deseos y necesidades relacionales, tanto en los vínculos cercanos como con el medio sociocultural
Aceptación de la colaboración de la psicoterapia, el psicoanálisis y la psicofarmacología
Valoración de ciertas modalidades en el abordaje terapéutico: empatía del terapeuta, importancia del proceso comunicativo no verbal
Importancia del procesamiento de duelos congelados o patológicos

1.4.2. LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE EL MODELO COGNITIVO

La vinculación de Bowlby con el cognitivismo la explicita él mismo, a propósito de la depresión, integrando en su propia teoría las ideas de Beck (1967), según las cuales el abatimiento del depresivo es la consecuencia del modo como se concibe a sí mismo, a su futuro y al mundo en general, de acuerdo con una visión negativa que le haría distorsionar el feedback que recibe de su entorno. Sin embargo, el propio Beck (*Haaga y Beck 1993*), en trabajos más recientes, incorpora la idea del realismo depresivo, según el cual los pacientes pueden mostrar un sesgo negativo, pero no necesariamente un alto grado de distorsiones negativas.

El modelo cognitivo propone que las experiencias precoces adversas establecen conceptos negativos que se retienen como “esquemas” que se reactivan mediante experiencias vitales adversas, facilitando la aparición del fenómeno depresivo.

La teoría cognitiva de la depresión (*Haaga y Beck, 1993*), aún reconociendo la importancia de factores biológicos, ambientales y conductuales, enfatiza el papel de la cognición en el inicio y mantenimiento de los trastornos depresivos. Es decir, la depresión surgiría al activarse, ante ciertas situaciones, las creencias o esquemas cognitivos previos que provocarían un sesgo en la percepción de la realidad. Se percibe la realidad como algo en sí, independiente del sujeto que la percibe.

Guidano (1987) relaciona la dificultad para el cambio del depresivo con la indefensión y la desesperanza, que arrancan de una deficiente vinculación infantil y Mahoney (1991) propone, para contrarrestar la resistencia movilizada por la inminencia de cambios para los que el depresivo no se siente preparado, tomar partido por la misma, en vez de forzarla. Lo cierto es que, con estos últimos autores, como con Niemeyer y Mahoney (1995) y Safran y Segal (1991), se superan grandes partes de las diferencias, en cuanto a sensibilidad relacional, antaño existentes entre cognitivistas y sistémicos.

Por el contrario, desde el enfoque constructivista en que los procesos cognitivos no se perciben como un simple registro de lo que sucede fuera, sino como transacciones entre lo observado y el observador, todas las cogniciones estarán condicionadas por sesgos personales. Una característica de los sesgos de tipo depresivo sería la subestimación de las posibilidades de cambio.

Gilbert (1990) aporta, como Bowlby, una visión integradora del modelo dinámico y el cognitivo, destacando el papel de dos hechos sociales relevantes que pueden llevar a estados depresivos: el poder y el sentido de pertenencia. Las personas deprimidas frecuentemente se sienten con poder disminuido, ya sea en el logro de metas, en las interacciones sociales, en la atracción o en el poder de escape. Junto a esta dimensión destaca el sentido de pertenencia, el hecho de formar parte de una relación, de una red, con todas sus implicaciones (reconocimiento, valores compartidos, intereses creados, etc.) y posibles repercusiones a nivel afectivo. La depresión y otras formas de sufrimiento mental no sólo resultan de problemas individuales, sino de grupos y sociedades. Está asociada con roles y modalidades relacionales, con organizaciones del sí mismo y con la autovaloración.

Podríamos resumir los diferentes modelos teóricos cognitivos de la depresión:

Tabla 8.

Modelos teóricos	Autores
Teoría de los esquemas	Beck (1967)
Teoría de las redes asociativas	Bower (1981)
Modelo de la distribución de recursos	Ellis y Ashbrook (1988)
Teoría de los estilos de respuesta	Nolen-Hoeksema (1991)
Teoría de la interacción de los subsistemas cognitivos	Teasdale (1995)
Teoría de la activación inducida (kindling) y sensibilización episódica	Segal (1996)

1.4.3. LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE EL MODELO CONDUCTUAL

Aunque los actuales enfoques conductuales de la depresión difieren algo en sus suposiciones teóricas y en los métodos de tratamiento, tienen una clara fuente común en el paradigma del aprendizaje y los principios del condicionamiento clásico y operante.

La depresión representa un problema difícil para el modelo conductual porque su etiología y sintomatología son muy variadas, a diferencia de la ansiedad, que puede simplificarse en una respuesta condicionada. Aunque generalmente sea posible relacionar la depresión con un acontecimiento o hecho que la provoca, no estaría ligada igual que la ansiedad a un estímulo. La depresión es más constante y generalizada. Una visión global de este problema desde el modelo conductual sería que existe una generalización excesiva de respuesta y estímulo, con un síntoma nuclear y el resto secundarios. Diversas teorías intentan explicar este fenómeno de generalización:

1. Teoría del reforzamiento

Fue Ferster (1973) uno de los primeros autores en proponer que la depresión es causada por una pérdida de reforzamiento positivo, provocado por una falta de reforzantes o cuando los existentes no son contingentes respecto a la conducta de la persona. También propuso que existiría un déficit en las habilidades sociales de los depresivos que les dificultaría tener esos refuerzos.

La analogía básica de Ferster en términos de aprendizaje era el proceso de extinción. Las principales pérdidas en la vida podían considerarse pérdidas de importantes fuentes de reforzamiento, generalizándose porque otras conductas estaban encadenadas por la fuente principal de reforzamiento.

Lewinsohn (1974, 1976) desarrolla ideas similares a las de Ferster explorando las ramificaciones de su teoría mediante un programa de investigación clínica. El trastorno primario subyacente a la depresión sería la ausencia de habilidades sociales, que dificulta la presencia de un refuerzo positivo contingente a la respuesta (teoría del aprendizaje social). La persona socialmente preocupada no recibe funcionalmente el reforzamiento, aunque éste proceda de un entorno social amistoso.

2. Teoría de la indefensión aprendida

Seligman (1975) propone el modelo depresivo por indefensión aprendida donde las experiencias pasadas de impotencia real conducen a que el individuo se convenza de que las situaciones futu-

ras no placenteras también serán incontrolables y, por lo tanto, se responde a estas situaciones con pasividad, resignación y aceptación depresiva. Esta basado en un modelo animal, estableciéndose semejanzas entre la depresión humana y la conducta de los animales.

El efecto de la indefensión aprendida se desvanecía con el tiempo de la misma forma que la depresión normal.

Una de las principales cuestiones sin resolver por este modelo era la paradoja de la culpa en la depresión. Si la depresión se basa en la indefensión y en la percepción de la falta de contingencia entre la conducta de una persona y sus resultados, es difícil explicar que las personas se sientan culpables de los malos resultados.

Un revisión atributiva de esta teoría adaptaba las ideas de la psicología social sobre la atribución de responsabilidades (*Abramson, 1978*). Se presentaba la hipótesis de que las personas desarrollan estilos de atribución coherentes y que un estilo atribucional concreto es característico de las personas vulnerables a la depresión. Estas personas generalmente atribuyen los resultados negativos a causas internas, estables y globales, y los sucesos positivos a causas externas, inestables y específicas. La intensidad de la depresión está determinada no solo por la gravedad del acontecimiento sino también por las atribuciones posteriores de la persona. De esta forma se reformula un modelo de conducta animal en un modelo cognitivo de psicología social.

3. Teoría del autocontrol

Rehm (1977) propone un modelo de depresión basado en el autocontrol que pretende integrar las teorías de Lewinsohn, Beck y Seligman. Basándose en el modelo de autocontrol de Kanfer (1970), afirma que las personas deprimidas pueden caracterizarse por algún déficit en su conducta de autocontrol: atención selectiva a los acontecimientos negativos, atención sobre lo inmediato y no sobre las consecuencias aplazadas de su conducta, aplicación de normas estrictas de autoevaluación, atribuciones negativas sobre su propia conducta, ausencia de recompensas contingentes (autorreforzamiento).

La aplicación empírica de esta teoría ha supuesto algunos problemas: se cuestiona que algunos de los déficits sean específicos de la depresión; los resultados terapéuticos inducen a confusión y no queda clara su eficacia.

1.4.4. LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE LA PSIQUIATRÍA INTERPERSONAL

La psicoterapia interpersonal (PIP) se basa en las ideas de la escuela de la psiquiatría interpersonal e inicialmente fue formulada como una terapia de tiempo limitada con una frecuencia de una sesión semanal y dirigida a pacientes depresivos. Si bien incluye una teoría explicativa general de la etiopatogenia que abarca todo el desarrollo vital, en especial las etapas más tempranas, el foco terapéutico no está puesto allí, sino en la conexión entre el momento de aparición de los síntomas depresivos y los problemas interpersonales actuales. De este modo, se orienta más a las relaciones actuales que a los aspectos crónicos de la personalidad. La depresión se conceptualiza desde el punto de vista médico, es considerada como algo que le sucede al individuo y que exige tratamiento. Elimina el sentimiento de culpa del depresivo que, en otros modelos, puede estar presente al considerar la depresión como "algo producido por uno mismo".

Klerman (1984), creador de la PIP para la depresión, postula cuatro áreas de problemas capaces de desencadenar una depresión. La primera se refiere a los duelos patológicos. La segunda destaca lo que él llama disputa de rol interpersonal. Esta disputa se desarrolla cuando la paciente –porque generalmente son mujeres–, y otra persona significativa de su entorno tienen expectativas no convergentes. Estos conflictos pueden tomar la forma de crisis maritales, disputas entre padres e hijos, entre colegas de trabajo o dentro de una familia extendida o red de amistades.

La tercera área que puede estar involucrada en el desencadenamiento de una depresión se refiere a la existencia de una situación vital de transición de rol. Inevitablemente, el desarrollo de la vida conduce a cambios críticos en los que se experimenta la pérdida de algún rol (de estudiante, de hijo por abandono de la casa paterna, de un puesto de trabajo por promoción, cesantía o jubilación, cambio de residencia, etc.). En este caso, la pérdida exige adaptarse a nuevas situaciones vitales y a nuevos roles. Consciente de su cercanía con las situaciones de duelo, Klerman prefiere diferenciarlas, por razones de trabajo terapéutico.

La cuarta área patogénica se refiere al déficit que algunos sujetos deprimidos muestran en su habilidad para iniciar o sostener relaciones interpersonales.

1.4.5. LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE EL MODELO SISTÉMICO

Clásicamente, el modelo sistémico no ha mostrado mucho interés por esta taxonomía de los trastornos afectivos (*Frances, 1984*), 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.

Las aproximaciones desde el campo familiar relacional de los últimos años indican una clara relación entre los trastornos depresivos y los conflictos de pareja y reconocen no únicamente los efectos que las relaciones significativas tienen sobre la depresión sino también los efectos que la depresión tiene sobre las relaciones significativas. 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. Diferentes estudios han puesto de manifiesto la correlación entre depresión y conflictos de pareja. La relación que establecen el deprimido y su cónyuge adquiere ciertas peculiaridades de interacción. Con relación a esto, Henderson (1974) describió la conducta provocadora de cuidados o “Care Eliciting Behavior”, como el conjunto de comportamientos que uno pone en acción para provocar respuestas en los demás que puedan servirle de consuelo o que tengan un efecto de reafirmación. Estas respuestas asumen un aspecto de cercanía física y emotiva, y se transmiten a través de comportamientos verbales y no verbales que indican interés, estima y afecto. Se produce un “care eliciting” patológico cuando un individuo vive de manera discrepante el afecto, las atenciones y la ayuda que realmente le son ofrecidos, y que percibe regularmente como insuficientes respecto a sus demandas y a sus expectativas. Estas continuas demandas acaban por volverse destructivas no sólo para la persona que las expresa, sino también para aquellas a quienes van dirigidas. En la depresión el “care eliciting” disfuncional es particularmente evidente. En este comportamiento disfuncional encontramos que:

- Introduce en la relación de pareja un refuerzo de la designación como paciente del cónyuge deprimido.
- Crea un fuerte rechazo en la pareja del cónyuge deprimido para reconocer en sí mismo cualquier forma de patología o debilidad.
- Uno de los miembros de la pareja parece dedicar todas sus energías a la inagotable necesidad de asistencia del otro: la conducta dispensadora de cuidados (“care giving behavior”).

- La ayuda prestada se incluye a menudo dentro de una actitud de severidad que, sin embargo, es vista como una prueba de afecto.
- El ejercicio del poder es atribuido al cónyuge sano que se muestra supercompetente en todas las áreas excepto en controlar los comportamientos sintomáticos del sujeto deprimido.

La depresión acaba por representar “la victoria del perdedor”, única realidad en la cual el compañero deprimido puede vanagloriarse de una inaceptable supremacía. Madanés (1981) lo ha definido como “jerarquía conyugal incongruente”, en la cual ambos componentes de la pareja son al mismo tiempo fuerte y débil en lo que al otro respecta.

Paykel y col. (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.

Coyne (1976) señala que el comportamiento de las personas depresivas tiende a reflejarse e inducir estados de ánimo hostiles en los otros; pero también puede suscitar inhibición y sentimientos de culpa, unidos a actitudes de solidaridad. En algunos estudios (*Feldman, 1976; Coyne, 1984*) se observa un comportamiento depresivo inicial, no necesariamente grave, que recibe conductas de refuerzo del cónyuge sano. La conducta de refuerzo habría sido a su vez alentada por otros y más graves episodios depresivos; así se instaurarían en la pareja pautas relacionales redundantes. 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, bien como factores predisponentes.

El mismo autor (*Coyne, 1984*) relaciona la depresión con conflictos maritales y con personas significativas. Dichas relaciones se caracterizan por dependencia, comunicación inhibida, fricción y resentimiento. Distingue tres aspectos interrelacionados de situaciones de depresión en matrimonios:

- Insatisfacción matrimonial.
- Malestar en la persona deprimida.

- Respuesta de sobreinvolucración del cónyuge al malestar: ésta puede ser bien intencionada, pero no ayuda a la persona deprimida.

Afirma también Coyne que la evitación de confrontación del conflicto contribuye al mantenimiento de la depresión.

Böszörményi-Nagy y Spark (1973) introducen a los hijos en el ámbito relacional de las depresiones, al afirmar que en situaciones familiares en las cuales uno de los padres no se hace cargo de los conflictos familiares, puede pasar que uno de los hijos se sobrecargue con la responsabilidad del intento de resolver esos conflictos, y al no lograrlo, se deprime. Esta depresión, normalmente pasa desapercibida para los padres.

Feldman (1976), limitando su estudio a la pareja, sostiene que en la depresión, los mecanismos homeostáticos se activan en exceso ante cualquier injerencia del exterior.

Rousanville y col. (1979) 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.

Posteriormente, los estudios de Crowther (1985) también mostraron una correlación estadísticamente significativa entre depresión y desacuerdo matrimonial. En la investigación se observaba una mayor sensibilidad al desacuerdo conyugal por parte de las mujeres en comparación con los hombres y, por tanto, una manifestación más frecuente de la sintomatología depresiva en la mujer en relación a este tipo de situaciones.

Según Hoffman (1981), en familias desorganizadas cuando uno de los padres cae en la depresión, los hijos presentan conductas agresivas con la finalidad de sacar al padre del letargo; éste se activa, el hijo vuelve a su situación anterior y el ciclo se repite volviendo el padre al estado depresivo.

Manfrida y Melosi (1996) hablan de las depresiones integrando los niveles bioquímico, intrapsíquico, cognitivo y relacional. Intentan recoger un fondo común para las diversas depresiones.

Entienden la depresión como “el producto conjunto de algunos factores de base predisponentes, de ciertos vínculos sociales y de las estrategias de diversos jugadores”:

Factores predisponentes:

1. Predisposiciones bioquímicas hereditarias.
2. Estructuras intrapsíquicas y cognitivas.
3. Aspectos sociales. Por ejemplo, acontecimientos vitales.
4. Aspectos del apego infantil relacionados con la teoría de Bowlby.
5. Fases del ciclo vital de la familia y del individuo.

Vínculos sociales:

A menudo la depresión desde el punto de vista de la aceptabilidad social se equipara a una enfermedad física:

1. Por la mayor claridad aparente de las implicaciones biológicas.
2. Porque se considera una diferencia cuantitativa y no cualitativa respecto de la norma.
3. Por la mayor comprensibilidad de la experiencia, común a todos.
4. Porque se la considera temporal y resoluble.

Estrategias relacionales:

Manfrida y Melosi afirman que en el fondo de todas las depresiones se puede decir que existe un juego en el que X reduce (su actividad, participación, competencia, autonomía...), e Y (el resto del mundo, no sólo el cónyuge) compensa hiperactivándose. El deprimido constriñe a otros a “hacerse cargo” de él sin condiciones, así nos encontramos con un deprimido/delegador y un aceptador/compensador.

Vella y Loredio (1983, 1990) entienden la relación del depresivo con su cónyuge, como un ciclo de interacción que tiene inicio en una primera conducta depresiva que tiene el efecto de un “care eliciting behavior” al cual el compañero responde con un “care giving behavior” que, generalmente no consigue solucionar el comportamiento depresivo; el fracaso empuja al sujeto sano hacia un distanciamiento temporal que acrecienta la depresión y el “care eliciting behavior”, lo cual induce nuevos intentos para resolver la condición depresiva con un “care giving” más intenso que, a su vez, reactiva la respuesta depresiva. Se trata de ciclos susceptibles de ser repetidos varias veces durante cada episodio depresivo. Los autores citados anteriormente han encontrado que en casi una quinta parte de los casos, el cónyuge sano, aunque se mantenga muy activo respecto al síntoma, no domina en otras áreas de la relación o asume una postura de extrema sumisión que imposibilita al cónyuge deprimido la censura de su comportamiento.

En diferentes investigaciones, estos autores han encontrado algunas características familiares llamativas:

1. Los intercambios en las familias con un miembro deprimido son escasos y consisten casi exclusivamente en actitudes agresivas o de reproche, que no sólo no evitan sino que favorecen las recaídas depresivas. También se encuentran actitudes punitivas respecto a los hijos.
2. Los límites de estas familias son poco permeables al exterior.
3. A menudo encontramos trastornos afectivos en las familias de origen.
4. La aparición de síntomas en un hijo consigue muchas veces mantener en un segundo plano trastornos afectivos en los padres.
5. Los límites con las respectivas familias de origen no son claros.

Vella y Loredio (1993) plantean la hipótesis de la competencia transgeneracional para explicar la dinámica familiar del trastorno depresivo. Existiría una competición (generalmente sin vencedores, dada la absoluta falta de resultados) entre el cónyuge sano y un padre sano en el cuidado del familiar enfermo. Esta competición sufre un drástico cambio cuando el hijo elige para sí una pareja depresiva. El fracaso en la tarea de curar al cónyuge les une y permite tal vez reconciliar al cónyuge sano con el propio padre sano. La hipótesis subyacente podría ser: “Un matrimonio depresivo sería el surgimiento de una competición transgeneracional de larga duración con respecto al progenitor del mismo sexo”.

Una propuesta cercana a la de Vella y Loredio es la de Linares y Campo (1996, 2000) que centran su interés en algunas características de las familias de origen de los pacientes depresivos y de sus familias creadas. Como veremos en el capítulo de objetivos estos autores proponen diferentes combinaciones de las dos características (o dimensiones) principales de la pareja, parentalidad y conyugalidad, con resultados que van de la salud a diversos estados depresivos de alguno de sus miembros. Las experiencias de privación o triangulación de estas personas en sus historias familiares interactuarían en el presente para dar lugar a depresión mayor o distimia. Las propuestas teóricas de estos autores constituyen las hipótesis de partida y parte de los objetivos de la presente tesis.

Cancrini y Cecilia la Rosa (1996) atribuyeron también un papel importante a los acontecimientos estresantes como desencadenantes de las crisis maníaco depresivas. Ellos ponen énfasis en los momentos de desvinculación de la familia de origen, como una de las situaciones que producen un aumento de tensión, la cual contribuye a la aparición de sintomatología depresiva. Los ciclos en que se presentan estas crisis, estarán también en estrecha relación con el aumento y la disminución de la tensión emotiva del sistema familiar en su totalidad, influyendo a su vez en los posibles cambios de su organización interna.

- Fase de desvinculación: La fase de desvinculación o de separación corresponde en términos de ciclo vital al desarrollo de un proceso lento y gradual de apartamiento del individuo respecto de su familia de origen. En términos cronológicos, comienza al final de la adolescencia y culmina con el alejamiento físico y/o emotivo de la persona respecto a sus padres o de la comunidad, concretado a través de rituales más o menos formalizados.
- Fase de organización: Superada la desvinculación, el joven adulto inicia una fase de organización de sus relaciones interpersonales, que corresponde en grandes líneas al retiro de parte de sus inversiones afectivas y al desplazamiento resuelto de sus puntos de referencia organizativos de la familia de origen, hacia la constitución de una nueva familia o de una vida autónoma de persona sola. En términos cronológicos la franja de edad está entre 16 o 18 años y los 25 y 30 años. Dentro de esta fase encontramos las Neurosis: neurosis de transferencia, los trastornos psicósomáticos, las dificultades sexuales y los problemas precoces de la pareja (con o sin niños).

1.5. LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DESDE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Un intento de aproximarnos a los trastornos de la afectividad desde la vertiente de la intervención terapéutica puede aportar algunas luces y también sombras.

Los estudios de eficacia avalan el papel de los psicofármacos y, en general, las terapias biológicas en los diferentes tipos de depresión, en unos casos con mejores resultados que en otros, pero en cualquier caso siempre superiores al uso de placebo o a la no intervención. Existen evidentemente un porcentaje elevado de trastornos afectivos refractarios al tratamiento con antidepresivos, motivo de aparición del concepto “depresión resistente”, ampliamente aceptado por la comunidad científica. Tampoco hay un consenso generalizado sobre el mantenimiento del tratamiento antidepresivo y la posible pérdida de eficacia a largo plazo con la posible indicación y/o necesidad de implementar otras terapias de forma coadyuvantes, básicamente de índole psicológica (individual o interaccional). No es objeto de la presente tesis profundizar en este apartado aunque las evidencias apuntan hacia una mayor eficacia de los antidepresivos sobre los episodios depresivos con características supuestamente “endógenas” frente a su papel en el caso de depresiones reactivas y persistentes con menores criterios de endogeneidad. Una revisión reciente (*Lima y Moncrief, 2006*) intenta establecer el papel de los antidepresivos en el tratamiento de la distimia resultando globalmente eficaces frente a placebo (sin establecer diferencias entre los diferentes tipos de antidepresivos evaluados en los estudios) a corto plazo, pero con muy poca información sobre calidad de vida y resultados a medio o largo plazo.

Muchos más interrogantes aparecen cuando los estudios pretenden comparar la eficacia de las diferentes psicoterapias en la depresión, o tratamientos combinados psicológicos y farmacológicos. Hay diversas justificaciones para estos resultados no concluyentes aunque globalmente también parece confirmarse una eficacia global (limitada) para todos los tipos de intervención psicoterapéutica reconocidos frente a la intervención con placebo (*Balslev, 1998*). No ocurre lo mismo al parecer en el caso de combinación de psicoterapias con psicofármacos (aunque ésta sea una práctica extendida a nivel clínico), resultando en diversos estudios no superior al de cada uno de dichos tratamientos por separado. Aunque las mayores evidencias disponibles se refieren a las terapias cognitivas, otros modelos como la terapia interpersonal, la terapia psicodinámica, el asesoramiento no directivo y la terapia de pareja se incluyen en la mayoría de guías como intervenciones posiblemente efectivas (*CANMAT, 2001*).

Diversos estudios avalan la eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de la depresión mayor. Un metaanálisis reciente (*Butler, 2006*) la sitúa al mismo nivel o incluso ligeramente superior al tratamiento farmacológico en la depresión del adulto, facilitando la disminución de recaídas y recurrencias a medio plazo tras suspender ambos tratamientos. Los tratamientos combinados (AD + TCC) no parecen resultar superiores a la utilización de cada uno de ellos por separado.

La terapia interpersonal (TIP) también presenta datos que avalan su eficacia, principalmente en la depresión mayor aunque hay estudios en muchas otras patologías, incluido el trastorno distímico. Quizás el estudio más representativo sea el del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) sobre el tratamiento de la depresión, que comparaba la TIP, la terapia cognitivo-conductual, un antidepresivo (imipramina) y placebo. Todos los tratamientos fueron eficaces frente al placebo, aunque en pacientes severamente deprimidos la TIP fue similar a la imipramina y superiores ambos a la TCC y el placebo. (*Klein y cols. 1993*). Un formato de la TIP a largo plazo (TIP-M) se desarrolló para prevenir las recaídas y para las depresiones crónicas (incluida la distimia) con resultados positivos (*Blanco, 2001*).

La psicoterapia dinámica tiene mayores dificultades que otros tipos de intervención para poder evaluar su eficacia por su peculiar metodología. Sin embargo van apareciendo trabajos rigurosos que avalan su utilidad tanto en el TDM como en la distimia (con métodos similares). El metaanálisis más reciente de la eficacia de la psicoterapia psicodinámica a corto plazo comparada con la TCC o terapia conductual (*Leichsenring, 2001*), no mostró diferencias significativas entre las diferentes intervenciones tanto a nivel de remisión sintomática, recuperación funcional y autoinformes de los pacientes. Por el momento no existen estudios controlados y aleatorizados que investiguen la terapia psicodinámica a largo plazo en depresión.

Asen y Jones (2000) plantean un modelo de intervención sobre la depresión mediante la terapia de pareja, basándose en el ensayo del Instituto de Londres de intervención en la Depresión (*Leff et al. 2000*) con unos resultados alentadores. Estaba basado en estudios previos del mismo grupo sobre el concepto “emoción expresada” (EE) (*Leff et al, 1982*) y su papel en la facilitación de la recaída de diferentes trastornos psiquiátricos. Se comparan la eficacia de fármacos antidepresivos, terapia cognitiva individual (TCI) y terapia sistémica de pareja (TSP) en pacientes con criterios de depresión mayor. Encontraron una tasa muy elevada de abando-

nos en el grupo de TCI, y mejores resultados de la TSP frente al tratamiento farmacológico a la finalización del ensayo y en el seguimiento a dos años. En el análisis de los resultados se observa como principal cambio significativo la reducción en una de las dimensiones de la EE, en concreto, el nivel de hostilidad.

Un reciente metaanálisis (*D'Avanzo, 2005*) sobre la posible eficacia de la terapia de pareja en el tratamiento de la depresión comparada con otros tratamientos psicosociales y farmacológicos puede aportar sugerentes resultados. No se encontró diferencias significativas entre la terapia marital y la psicoterapia individual o el tratamiento farmacológico. Sí hubo diferencias comparando la terapia marital con la ausencia de tratamiento a favor de la primera. En comparación con la farmacoterapia se encontró una tasa de abandonos inferior para la terapia de pareja, aunque este resultado pudo estar sesgado por un único estudio de los evaluados. Las limitaciones metodológicas (muestras pequeñas, seguimientos cortos, pérdidas de pacientes, etc.) de la mayor parte de estudios evaluados hacen concluir a los autores que no existe evidencia para sugerir que la terapia de pareja sea más o menos efectiva que la psicoterapia individual o la farmacoterapia en el tratamiento de la depresión, aunque puede esperarse una mejora de las relaciones en las parejas con dificultades a partir de la terapia conyugal. Esta evidencia puede favorecer la elección de la terapia de pareja cuando las dificultades matrimoniales se perciben como un problema importante.

El posible éxito de diferentes tipos de intervención psicológica (y también de psicofármacos con mecanismos de acción diversos) sobre la depresión puede conducir a una mayor confusión sobre las bases subyacentes de los trastornos afectivos. En contrapartida el enriquecimiento de la complejidad podría hacernos concebir estas alteraciones del estado de ánimo como productos finales de muy variados procesos con unos correlatos biológicos, psicológicos e interaccionales (*Chilvers, 2001*).

1.6. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL PARA LA CRONICIDAD DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Cualquier aproximación a la nosología y etiopatogenia de los trastornos afectivos debe tener muy presente el potencial factor distorsionador de los factores psicosociales intervinientes. En aproximadamente un 75% de los casos de depresión existe un acontecimiento vital precipitante (*Brown y Harris, 1975; Frank y cols., 1994*).

Las evidencias que sustentan el aumento de la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en el siglo XX refuerzan la hipótesis de que estos factores ambientales han jugado y juegan un papel muy importante. (*Kasen y cols. 2003*). La hipótesis más verosímil que responde a este incremento es la de algún cambio en los factores ambientales, mucho más creíble que posibles cambios genéticos subyacentes.

Resulta muy difícil interpretar la dirección causal de las relaciones entre riesgo de un trastorno afectivo y factores sociales o ambientales. En muchos casos las influencias son bidireccionales, por ejemplo, un trastorno depresivo puede conducir a la pérdida de empleo que, a su vez, contribuye a un empeoramiento del estado anímico. Lo mismo podríamos decir respecto a otros factores ambientales destacados como el nivel socioeconómico, el estado civil, etc. A continuación analizamos algunos de los principales factores de riesgo psicosocial implicados en la patogenia de la depresión:

1.6.1. ESTADO CIVIL Y RIESGO DE DEPRESIÓN

Las personas viudas, separadas y divorciadas tienen más riesgo de depresión mayor y trastorno bipolar que las personas casadas. En el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area) la prevalencia de la depresión mayor fue el doble en las personas que vivían solas en comparación con las que vivían con otras personas, lo que puede indicar que el aislamiento social es un factor de riesgo (*Weissman y cols 1991*). De cualquier forma, parece que el factor de riesgo clave es la ruptura de una relación matrimonial o de pareja estable y no el aislamiento social en sí mismo.

1.6.2. GÉNERO

Existe una prevalencia, incidencia y morbilidad más elevada en mujeres para depresión mayor y distimia, no así para el trastorno bipolar. Estudios biológicos apuntan al probable papel de los estrógenos y sus cambios cíclicos en la mujer como responsables parciales de esta situación.

Kendler (2001) encontró que las mujeres eran más sensibles a los efectos depresógenos de los problemas relacionales, mientras que los hombres eran más sensibles a los problemas laborales.

Piccinelli y Wilkinson (2000) afirman que estas diferencias reflejan las diferentes experiencias sociales de varones y mujeres (roles socioculturales, exposiciones precoces en la infancia, respuestas a experiencias adversas).

Martin Seligman (1981) intentó explicar por qué las mujeres sufren el doble de depresiones que los hombres. Lo atribuye a la distinta manera que tienen de pensar en sus problemas. Los hombres tienden a actuar, mientras que las mujeres tienden a contemplar su depresión, volviendo sobre ella una y otra vez, intentando analizarla y determinar sus fuentes.

También es conocido que hombres y mujeres tenemos diferentes maneras de expresar emociones, e incluso estamos más entrenados a tener preferencia por unas emociones y no por otras. Junto a esta variable se sitúa también históricamente la situación más débil de la mujer, más “deprivada” a nivel emocional (salvo honrosas excepciones de determinadas culturas) frente al hombre “heroico” o sujeto de múltiples alabanzas y reconocimientos.

Un reciente metaanálisis (Tolin y Foa, 2006) concluye que los estudios no apoyan la idea de que las mujeres estén más expuestas a los traumas ni que existan diferencias de género en los traumas infantiles. En general las mujeres serían más proclives a desarrollar depresión al enfrentarse a acontecimientos vitales significativos.

1.6.3. ESTRÉS Y TRASTORNOS AFECTIVOS

Existen múltiples investigaciones en torno a esta relación. Pueden ser relevantes las conclusiones de Kessler (1997):

1. Existe una asociación sistemática entre exposición a acontecimientos vitales e inicio de depresión mayor.
2. La magnitud de dicha asociación varía en función de la evaluación de los acontecimientos vitales, con una relación dosis-respuesta.
3. La mayoría de los pacientes deprimidos viven una experiencia vital estresante poco antes del inicio de su depresión, mientras que la mayoría de personas que experimentan acontecimientos vitales no se deprimen.

1.6.4. FACTORES ESTRESANTES EN LA INFANCIA Y RIESGO DE TRASTORNO AFECTIVO

Claramente estudiado en el caso de los abusos infantiles (Kendall-Tackett, 2002) con un riesgo de depresión cuatro veces superior en los supervivientes adultos de abuso sexual, y también propuesto para casos de separación de los padres, psicopatología de los progenitores, problemas familiares inespecíficos (Kessler, 1997).

1.6.5. FACTORES SOCIALES Y EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Al parecer los principales factores implicados en la cronicidad de las depresiones son los llamados factores del desarrollo (Riso y cols. 2002), entre los que se sitúan el abuso sexual o físico en la infancia, las malas relaciones con los padres en las etapas iniciales de la vida y el neuroticismo elevado (este último no puede considerarse como un factor del desarrollo sino como una cualidad inherente de la persona). La calidad de las relaciones matrimoniales o de pareja constituye también un buen predictor tanto de la gravedad como de la evolución de los trastornos afectivos (Lewis 1998).

El papel de la familia de origen y las relaciones intrafamiliares durante el desarrollo constituye un evento de capital importancia en el posible desarrollo de una mayor o menor vulnerabilidad frente al estrés así como los estilos de afrontamiento. Existen multitud de estudios sobre las posibles repercusiones de padres depresivos sobre el carácter y desarrollo de los hijos, todos ellos con resultados en la línea de mayores dificultades psicológica para los hijos (Hops 1987; Lee y Gotlib 1989; Hammen 1987). La presencia de algún tipo de patología psiquiátrica parece evidente en la posible repercusión sobre los hijos, pero no lo es tanto ante la existencia de conflictiva conyugal o paterno-filial. Posiblemente los conflictos paterno-filiales sean sustanciales a la propia existencia de las familias y al proceso evolutivo de hijos y padres, por lo que no deberíamos esperar repercusiones destacadas. Pero no es la misma situación el caso de conflictos conyugales sin patología psiquiátrica, clarísimos en casos de separación o divorcio sin acuerdo, pero presentes en multitud de parejas que no llegan a separarse y hacen pagar un “peaje” doloroso a algunos o todos los hijos (Brown 2002; Linares y Campo 2000).

1.6.6. CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO: EL ALCOHOLISMO COMO EQUIVALENTE DEPRESIVO EN EL VARÓN

Este apartado pretende únicamente aportar una mirada necesariamente superficial al posible papel del alcoholismo como encubridor de problemas depresivos en el varón (también en muchos casos de mujeres) que vendrían a justificar parte de las diferencias epidemiológicas entre géneros que encontramos en el ámbito de los trastornos afectivos. Las relaciones entre la enfermedad alcohólica y los trastornos del humor son muy complejas y objeto de multitud de publicaciones.

¿Las mujeres se deprimen y los hombres se alcoholizan?

Aproximadamente entre un 30 y 40% de personas diagnosticadas con problemas con el alcohol, también tienen un diagnóstico de trastorno afectivo en alguna etapa de su vida (*Kelly, 2003*). Este diagnóstico doble también es más frecuente en pacientes que tienen una historia de alcoholismo en la familia de origen. Clásicamente la relación entre alcohol y depresión era unidireccional en el sentido de conducir el alcoholismo a estados depresivos a largo plazo. Posiblemente el papel de una cultura vinícola y la introducción del alcohol como droga de consumo legalizado puedan ser los principales factores predisponentes, pero podemos ir un poco más allá y analizar algunas características educacionales y relacionadas con los diferentes géneros.

La cultura femenina y la cultura masculina: diferentes valores.

En la categoría instrumental las criaturas desean realizar cosas por sí mismas y cuando llegan a sus metas, refuerzan su independencia. Sin embargo en la categoría emocional, no está todo tan claro. Mientras en el niño se rechazan las relaciones afectuosas por considerarlas femeninas, en la niña la dependencia emocional se considera usual y aceptable. Las mujeres y los hombres hemos vivido procesos de socialización muy diferentes, en los que hemos ido adquiriendo unas determinadas formas de pensar, de relacionarnos, de divertirnos, de sentir, de trabajar etc. Se adquieren pues unas formas de estar en el mundo y de vivir, que, al estar determinados por diversos factores de socialización, han hecho que hoy en día hombres y mujeres tengan experiencias histórico-culturales muy diferentes.

Así las mujeres han desarrollado la capacidad para afrontar la vida desde la afectividad, han potenciado la capacidad de dar y recibir afecto, la ternura en las relaciones, la comprensión y la empatía con otras personas. También es propio de la cultura femenina estimular la volubilidad y la flexibilidad ante los cambios que se producen en la realidad. Los hombres, a su vez, han desarrollado más la “agresividad”, como capacidad de defenderse a ellos mismos y a sus intereses. Debido al rol que se les ha asignado se han visto obligados a desarrollar la capacidad de decisión y actividad en el mundo público así como a ejercer en él su autoridad, lo que ha potenciado su inteligencia (por vía intelectual) y su avance en el conocimiento de la realidad y en el progreso técnico. También es propio de la cultura masculina el estímulo de la fuerza física. La represión de la afectividad es un trazo dominante que ha ido confirmando la carga negativa de la cultura masculina, aunque en los últimos años asistimos a fenómenos sociales que van justo en dirección opuesta y que nos conducen necesariamente a patrones de relación muy diferentes.

En el caso de la relación de pareja se observa la posible utilización del alcohol para evitar la mutua depresión (*Steinglass, 1977; Edwards 1995*). En ambos estudios se observa la utilización del alcohol para la solución de problemas relacionales; cuando hay situaciones que se repiten de una forma crónica el alcohol ofrece una solución ante una posible rotura matrimonial. La falta de variabilidad en las interacciones demuestra una rigidez extrema en la resolución de conflictos y nuevas situaciones-problema, en la demostración de afecto y compartir información. En general muestran una variedad restringida de opciones de respuesta.

Se destaca el papel del alcohol con una función adaptativa para estas parejas. En general describen 3 áreas de efectividad del alcohol en la solución de problemas:

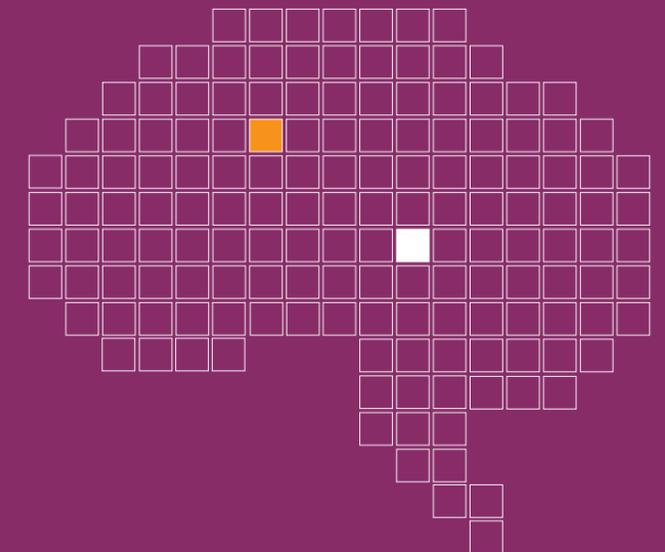
- problemas psicológicos en un miembro (“el alcohol me ayuda a olvidar”).
- solución a un estado crítico entre dos miembros sin que suponga una salida real (“necesito tomarme un respiro”).
- ajuste de una pareja ante una situación social y un entorno determinado (“vamos a alegrarnos un poquito”).

1. INTRODUCCIÓN

En conclusión, sin olvidar el componente genético del alcoholismo, la importancia del modelado y la posterior adicción física, parece plausible pensar que en muchos casos, previo al alcoholismo (sobre todo en varones), pueda existir un sentimiento de tristeza que en lugar de canalizarse hacia fuera se incorpora al sujeto como consecuencia de un aprendizaje emocional distorsionado. No podemos confirmar estas hipótesis en nuestro trabajo aunque sería factible la aplicación de un diseño similar al nuestro en parejas con problemática mixta de depresión y alcohol.

Otra conclusión general de este apartado relativo a los factores de riesgo psicosociales en los trastornos depresivos radica en la necesidad de tener bien documentados todas las experiencias vitales estresantes relacionadas con el inicio de la depresión o con sus recaídas. Este punto ha sido tenido muy en cuenta en el trabajo de campo de la presente tesis con la elaboración de cronogramas exhaustivos que reflejaban la evolución del trastorno depresivo y los sucesivos fenómenos estresantes que iban apareciendo. Un punto no aclarado por las investigaciones son las diferencias entre factores sociales que afectan al inicio de los trastornos afectivos y los que afectan a las recidivas.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La presente tesis pretende aportar elementos discriminatorios en el campo de los trastornos afectivos mediante las observaciones y hallazgos extraídos de la práctica clínica. Las dudas e interrogantes que despiertan la observación de los problemas y estados de ánimo depresivos constituyen el punto de partida de la investigación. Una serie de preguntas genéricas dan paso a las que nos planteamos como centrales en nuestro estudio: ¿por qué se deprimen las personas? ¿Son únicamente un conjunto de neurotransmisores y neuromoduladores en interacción los responsables? ¿Tiene algo que ver la interacción con el medio o se trata de simples epifenómenos que facilitan una cascada de alteraciones bioquímicas y metabólicas? ¿Por qué unas depresiones tienden a repetirse y otras a cronificarse mientras para muchas personas constituye una experiencia única?

Una concepción evolutiva de la Psiquiatría no tiene respuestas claras para estos interrogantes e incluso nos deja sin respuesta preguntas aparentemente sencillas sobre la función o el sentido de la depresión: ¿la depresión surge de un defecto de la maquinaria del organismo?, ¿o bien se trata de una respuesta defensiva como puedan serlo la fiebre y el dolor?, ¿o puede llegar a ser una complicación de una respuesta útil del organismo? Parece que exista un consenso en torno a la primera de estas cuestiones, la depresión se considera una manifestación del mal funcionamiento del organismo, pero no serían del todo despreciables las otras sugerencias. Hay varias razones por las que algunos autores consideran que un bajo estado de ánimo puede ser útil al individuo o al grupo: el hecho de su universalidad; la regulación por el entorno; su influencia sobre el comportamiento del sujeto (*Morris 1992*).

En la presente tesis se plantea abordar algunas de estas cuestiones desde una óptica relacional.

Este punto de vista hace referencia a la vida relacional de los sujetos, que puede extenderse a multitud de ámbitos, aunque existe un consenso amplio sobre el papel de la familia como principal centro de relaciones e intercambio de afectos. La repetida observación de pacientes depresivos acompañados de sus familiares más cercanos constituye una fuente inagotable de información y son este conjunto de observaciones empíricas las que nos proporcionan nuestras hipótesis de partida en torno a las características relacionales que encontramos en los trastornos afectivos.

La investigación se ha centrado en los dos grandes grupos de trastornos depresivos reconocidos hoy día (en términos de incidencia y prevalencia en la población general): **depresión mayor** y **distimia**. Dicha elección no fue azarosa sino consecuencia de los problemas de solapamiento y comorbilidad que frecuentemente rodean a estos diagnósticos, con el consiguiente reto del diagnóstico diferencial. Quedan fuera del ámbito de nuestro trabajo un amplio grupo de trastornos del humor (principalmente el trastorno bipolar y los trastornos adaptativos con humor depresivo), lo que justificaremos en el apartado de la metodología.

2.1. OBJETIVOS GENERALES

Se planteó inicialmente un proyecto de investigación con el objetivo concreto de intentar identificar y diferenciar, a nivel de pautas relacionales y comunicacionales, aquellos pacientes que presentaban un trastorno distímico de los que presentaban un trastorno depresivo mayor. Algunas de estas características diferenciales pueden aparecer vagamente reflejadas en las actuales definiciones de estos cuadros (especialmente en el caso de la distimia), pero en líneas generales, no son aspectos que aparezcan reflejados en los criterios diagnósticos más reconocidos internacionalmente. Una premisa fue la de “olvidarnos” de estos diagnósticos clínicos, llevando a cabo un estudio con diseño “simple ciego” para los entrevistadores-evaluadores, aunque la recogida de información en torno a la enfermedad conducía inevitablemente a presunciones diagnósticas, no tenidas en cuenta en el análisis de los datos. Llegar a conocer profundamente en el ámbito interaccional a los pacientes depresivos se convertía así en el resultado inevitable del estudio.

La consecución de unos marcadores relacionales bien definidos que pudieran complementar los criterios diagnósticos actuales constituye un objetivo que deriva directamente del anterior, a pesar de lo difícil que resulta la cuantificación de variables psicosociales.

El concepto “marcador relacional” hace referencia a aquellas variables del ámbito psicológico interaccional que pudieran ayudar a discriminar entidades nosológicas diferentes. Los marcadores biológicos en Psiquiatría (y más específicamente en el ámbito de los trastornos afectivos) son conocidos hace bastante tiempo, aunque continúan siendo algunos de los criterios clásicos de endogeneidad, como los cambios diurnos o las alteraciones del sueño, los más reconocidos,

dado que los test de laboratorios propuestos (test de supresión de la dexametasona, alteraciones de la fase REM del sueño medida a través de la polisomnografía, alteraciones endocrinas, etc.) no parecen tener la consistencia que se les suponía. Los más recientes avances de la neuroimagen y de la genética son prometedores pero están todavía lejos de suponer una herramienta útil en el diagnóstico diferencial de los trastornos afectivos (*Alvarez, 2002*).

La posibilidad de encontrar elementos diferenciadores entre dos patologías psiquiátricas a menudo tan imbricadas como depresión mayor y distimia mediante el uso de una entrevista familiar constituye no sólo una aportación a los criterios diagnósticos, sino también la posibilidad de establecer planes de intervención terapéutica que contemplen dichas variables psicológicas interaccionales. En definitiva, una aportación más al análisis de esa amalgama de variables y factores que de una manera u otra convergen y están relacionados con la patología depresiva.

2.2. BASES TEÓRICAS

Como hemos visto a lo largo de la introducción la clasificación y ubicación nosológica de los distintos trastornos de la afectividad ha sido y es objeto de discusión, elucubración e hipotización. Según nuestro punto de partida epistemológico la aproximación al fenómeno **depresión** puede conducirnos a las más variadas conclusiones.

Es privilegio de cada investigador elegir sus puntos de partida y las referencias sobre las que desarrollar su trabajo. En nuestro caso partimos de un marco teórico cuyos ejes son las funciones básicas de PARENTALIDAD y CONYUGALIDAD dentro de la pareja y de la familia (*Linares, 1996,2003*). Ambas funciones son consideradas claves en la adecuada nutrición relacional de ambos miembros de la pareja y de eventuales hijos. Dichos constructos en los que basamos nuestras hipótesis los consideramos útiles para avanzar en la comprensión y conocimiento de la conducta humana enmarcada en cualquier contexto sociocultural. Es decir, en buena medida este estudio podría hacerse extensivo a otras variedades de trastornos afectivos, otras patologías mentales o situaciones conflictivas de diversos ámbitos. En todas ellas podremos encontrar estas funciones básicas de la pareja combinadas en múltiples fórmulas y diversidad de resultados. Intentaremos profundizar en estos conceptos.

La **nutrición relacional** es un concepto nada abstracto como así lo pueda sugerir su nombre. Posiblemente hoy día, cuando la gastronomía se ha convertido en arte, y más que degustar los platos, éstos se “imaginan” y se “reflexionan”, pueda ser más fácil entender esta visión de las relaciones como “alimento” que nos nutre. Los seres humanos estamos en búsqueda permanente de alimentos que nos nutran, física y emocionalmente. Es evidente que el ámbito de la pareja constituye el principal centro dador y receptor de emociones de nuestra especie. Pero, emociones y nutrición relacional no siempre son sinónimo de crecimiento y bienestar, existen matices y existen desviaciones por defecto e incluso por exceso.

La nutrición emocional en las relaciones paterno-filiales es un fenómeno comunicacional complejo en el que pueden distinguirse varios componentes que, si fallan, ponen en peligro la integridad del conjunto. Para sentirse amado por sus padres, un hijo debe sentirse reconocido, valorado, querido y adecuadamente sociabilizado, fenómenos que se inscriben, respectivamente, en las esferas cognitiva, emocional y pragmática. Generalmente, la **exigencia** no se explicita sino que se da por sentada: es como si viniera inscrita en el orden natural de las cosas. También, por ello, de la manera más natural, no se valora el esfuerzo desplegado para responder a la misma y, antes bien, se le considera siempre insuficiente. Por todo ello cuando existe un déficit en la nutrición relacional (que se presenta especialmente, según nuestras hipótesis, en casos de depresión mayor) se produce, sobre todo, a expensas de la **valoración**, pudiendo quedar preservadas algunas otras funciones parentales, como veremos más adelante.

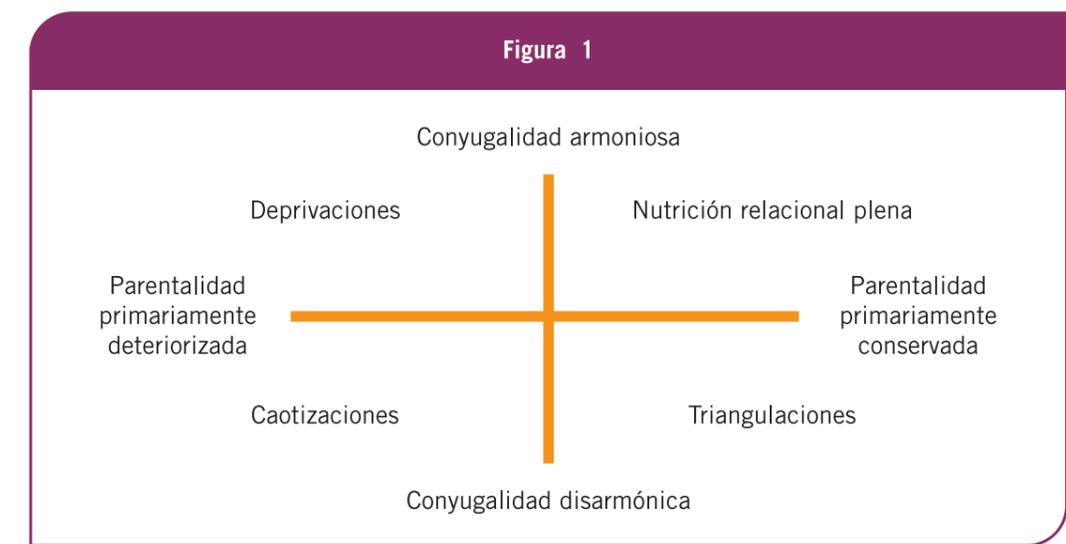
Las funciones conyugales enmarcadas por la CONYUGALIDAD se basan fundamentalmente en una oferta relacional que, al reconocimiento, la valoración (elementos cognitivos) y el cariño (elemento emocional), añade el deseo (y otros elementos pragmáticos) por el otro miembro de la pareja. Dar y recibir de forma equilibrada son consustanciales al ejercicio de la conyugalidad.

Por PARENTALIDAD entendemos la plasmación de la nutrición relacional en el contexto paterno-filial: 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. Es independiente de la conyugalidad, en el sentido que su funcionamiento no está necesariamente ligado a ella, aunque existen importantes influencias recíprocas.

Las potenciales combinaciones de parentalidad y conyugalidad conservadas o alteradas en mayor o menor medida pueden conducir a situaciones de gran malestar psicológico en el seno de las familias y de sus miembros integrantes (Linares, 1996). Ambas funciones básicas están presentes en esta tesis y son analizadas tanto en la familia de origen como en la familia de procreación del paciente depresivo. Intentamos observar qué tipos de asociaciones se producen entre las pautas relacionales y comunicacionales propias de cada familia y los dos subtipos de manifestaciones depresivas objeto de nuestro estudio.

La combinación de las dos dimensiones relacionales descritas, conyugalidad y parentalidad, crea, según su predominio relativo, cuatro grandes modalidades posibles de familia de origen, como muestra la *Figura 1*. De ellas, la definida por la conyugalidad armoniosa y la parentalidad primariamente conservada es la que más posibilidades ofrece de aportar una nutrición relacional plenamente satisfactoria. En ella, los padres tienen una buena capacidad de resolver adecuadamente los conflictos que viven como pareja, a la vez que crían a sus hijos con una buena oferta amorosa a niveles cognitivo, emocional y pragmático.

Las familias con tendencias disfuncionales ocupan los restantes tres cuadrantes de la *Figura 1*, siempre en función de la presencia en ellas de las citadas dimensiones relacionales.

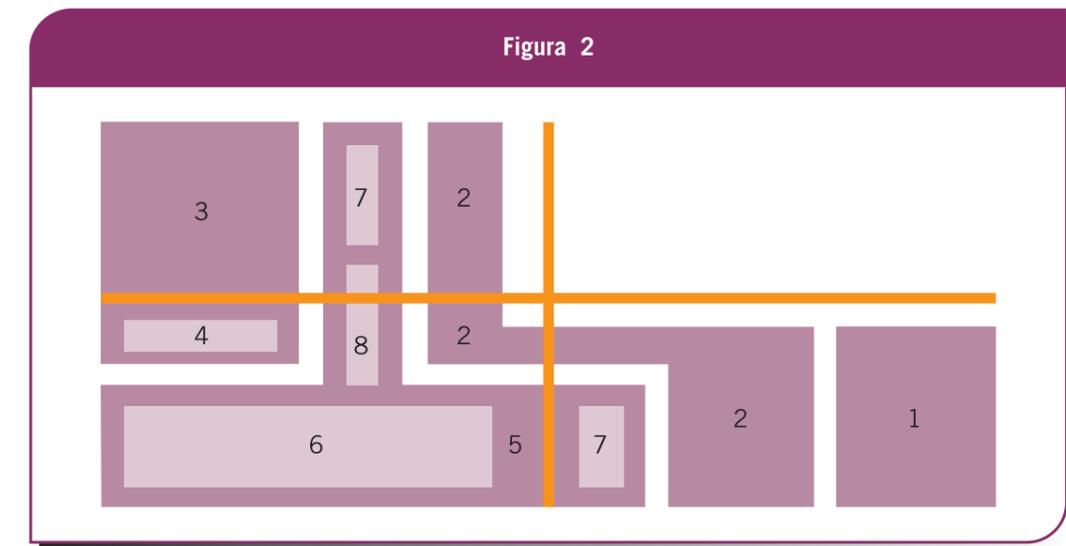


Las familias trianguladoras son aquéllas en las que se combina una conyugalidad disarmónica con una parentalidad primariamente conservada. Los padres, razonablemente implicados de entrada en cubrir las necesidades nutricias de los hijos, pierden el rumbo ante la irrupción de serias dificultades para resolver sus propios conflictos conyugales. Y, eventualmente, recurren a los hijos con diversas propuestas de alianza, creándoles unos problemas que denotan el deterioro secundario de la parentalidad.

Cuando los padres no presentan dificultades relevantes en el plano conyugal, pero se muestran incompetentes primariamente en el ejercicio de la parentalidad, hablamos de deprivación, situación generadora de importantes carencias en la nutrición relacional de los hijos. Esta modalidad de familia suele atender las necesidades materiales de los hijos, e incluso ofrecerles modelos positivos de sociabilización desde una adecuada o, incluso, eventualmente excesiva normatividad. Son padres formalmente bien adaptados, que no llaman la atención de los servicios sociales y que son bien valorados por los de salud mental, si bien fracasan a los niveles más profundos en los que sus propias necesidades nutricias priman sobre las de los hijos.

Si la conyugalidad disarmónica coexiste con la parentalidad primariamente deteriorada, la situación relacional en que se produce la crianza de los hijos puede ser calificada de caótica. Se trata de familias con gravísimas carencias nutricias, que exponen a sus hijos a toda clase de riesgos, entre los cuales no son el menor los severos defectos en la sociabilización. Sin embargo, por ser tan evidentes sus carencias, estas familias pueden generar fácilmente recursos compensatorios, tanto externos como internos. Los externos vienen de la mano de intervenciones correctoras, terapéuticas o solidarias, ya sean espontáneas o profesionales, mientras que los internos son un efecto colateral de la conyugalidad disarmónica, que puede provocar reacciones parentales paradójicas en uno de los progenitores.

Reflexionando sobre las disfunciones relacionales más importantes que se puedan producir bajo el signo de la triangulación, la deprivación y la caotización (Figura 1), es posible describir algunas correspondencias con las principales áreas psicopatológicas. La Figura 2 muestra un posible esquema ubicatorio de tales correspondencias.



Los *Trastornos Neuróticos* se sitúan plenamente dentro del espacio de las *triangulaciones* (Fig. 2, "1"). Es evidente que la disarmonía conyugal subyacente en la pareja parental, junto con un interés primario por los hijos que hace de ellos aliados apetecibles, constituyen el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de estas triangulaciones, que llamaremos *manipulatorias*. Los síntomas neuróticos pueden anidar en los entresijos de estas relaciones trianguladas, que admiten numerosas fórmulas y combinaciones. Pero, además, aquí se ubicarán trastornos de la *personalidad del grupo C*, definidos preferentemente por la ansiedad, como el de *evitación* y el *obsesivo-compulsivo*, así como, eventualmente, el *histriónico*, correspondiente al *grupo B*.

Los *Trastornos Psicóticos* (Fig. 2, "2") pueden ser entendidos, desde el punto de vista relacional, como un resultado de la *desconfirmación*, fenómeno comunicacional consistente en la experiencia subjetiva de la negación de la propia existencia por parte de figuras relevantes de las que se depende. Aunque la desconfirmación se produce con las máximas frecuencia e intensidad en situaciones de *triangulación*, también puede darse en las de *deprivación* y *caotización*. Similar distribución seguirán los *trastornos de la personalidad del grupo A*, a saber, el *esquizoide*, el *esquizotímico* y el *esquizotípico*.

Los *Trastornos Depresivos* responden a una pauta relacional presidida fundamentalmente por la exigencia y la falta de valoración o descalificación, que tiende a producirse con frecuencia en el espacio de las *deprivaciones* (Fig. 2, "3"). Se trata, sobre todo, de la *depresión*

mayor, que se acompaña en su ubicación relacional del *trastorno depresivo de personalidad* y, eventualmente, del *trastorno de la personalidad por dependencia*, correspondiente al grupo C. La prolongación del área depresiva hacia el espacio de las *caotizaciones* (Fig. 2, “4”) corresponde al *trastorno bipolar*, que, aún teniendo en común con la depresión mayor el substrato de descalificación, suele mostrar, a diferencia de aquélla, una parentalidad primariamente deteriorada.

En cuanto a los *Trastornos de la Vinculación Social*, aparecen distribuidos entre los tres espacios relacionales disfuncionales (Fig. 2, “5”). Aplicando la lógica del DSM-IV, se trataría de trastornos de la personalidad en estado casi puro, sin otra mezcla de manifestaciones clínicas inscribibles en el Eje I que aquellos *otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* a que se hizo referencia más arriba. Sin embargo, se incluirán en este apartado las principales variantes de inadaptación social que, a lo largo de la historia de la psiquiatría, han sido tipificadas y descritas como trastornos psicopatológicos. Se distinguirán así tres grandes grupos:

- 1.- **Sociopatías.** De la vinculación social caracterizados fundamentalmente por su relación con la pobreza y otros factores sociales desestabilizantes, como la inmigración de riesgo. Existe una amplia coincidencia con las familias multiproblemáticas, tratándose de personas que desarrollan una cierta parasociabilidad no exenta de habilidades relacionales. Tienden a depender de los servicios sociales y a conectarse con iguales, con el peligro de caer en redes marginales y mafiosas.
- 2.- **Trastornos Límite.** Trastornos de la vinculación social caracterizados fundamentalmente por la tendencia al aislamiento, como resultado del fracaso en el establecimiento de relaciones sociales estables. Son personas inadaptadas laboralmente, con una gran inestabilidad relacional, que pueden desarrollar múltiples y cambiantes síntomas de las constelaciones neurótica, psicótica y depresiva.
- 3.- **Trastornos Antisociales.** Trastornos de la vinculación social caracterizados fundamentalmente por la tendencia a la agresividad y la destructividad, con marcados rasgos impulsivos y carencia de normatividad y sentido moral. Es en este grupo donde pueden manifestarse más fácilmente conductas delictivas graves, aunque existen importantes vías de paso con sociopatías y trastornos límites.

Como marco teórico (epistemológico) más amplio de esta tesis es imprescindible hacer referencia al modelo relacional-sistémico que surge en Palo Alto con Gregory Bateson (1952) y el grupo del Mental Research Institute (MRI) con todas sus ramificaciones posteriores. La visión circular (sistémica) de los problemas y de la realidad (propias de este modelo) frente al pensamiento lineal científico-natural se erige como eje vertebrador del proceso de investigación. (Bateson, 1972). Concepciones estructurales, estratégicas y constructivistas de la realidad circundante introducen miradas diferentes sobre situaciones cotidianas y “presuntamente” conocidas.

Si estamos constantemente construyendo y modificando la realidad (como defienden corrientes modernas del modelo sistémico y de otros ámbitos de la ciencia), ¿cómo podremos alcanzar las bases que rigen el funcionamiento y la conducta humana? Puede ocurrir como pasa con los potentes ordenadores modernos incapaces de superar a los campeones humanos de ajedrez a pesar de sus sofisticados programas informáticos. Siempre se nos escapará, irá por delante a pesar de nuestro esfuerzo, como le puede ocurrir al ordenador. Se dice que las computadoras no ganarán a los ajedrecistas hasta que incorporen un “gen” humano, el de la creatividad. Ese mismo gen es el que contempla el modelo sistémico-comunicacional, la capacidad de crear a través de la interacción con el medio. Recientemente estudios muy avanzados en el ámbito de las ciencias básicas han llegado a reconocer que estas interacciones son capaces de moldear nuestro cerebro y que existe una plasticidad neuronal especialísima en la especie humana, responsable de que podamos albergar genios, santos y psicópatas desalmados.

No conviene caer en reduccionismos de unos modelos frente a otros como históricamente ha ocurrido. Posiblemente sea más útil hablar de bondades y desventajas de cada uno de ellos. Ciertamente una de las principales desventajas de este modelo relacional-sistémico es la dificultad adicional (como en algún otro paradigma de la psicología) que supone el método terapéutico empleado para investigar el fenómeno de estudio. La extrema dificultad para manualizar o sistematizar las intervenciones constituye un obstáculo de gran entidad. Sin embargo, estas dificultades no deben desanimarnos sino estimularnos a plantear diseños novedosos que puedan abarcar la complejidad de las relaciones humanas.

2.3. HIPÓTESIS RELACIONALES INICIALES

La observación empírica de casos clínicos nos condujo a una serie de hipótesis en torno a las relaciones más significativas de pacientes con trastornos afectivos.

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

2.3.1. EN EL ÁMBITO FAMILIA DE ORIGEN

- a. En los TDM la relación con la familia de origen 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. La presencia de al menos una figura nutricia a nivel relacional supone una cierta garantía de protección frente a las carencias depresivas, dada la previsible complementariedad de la pareja parental.
- b. 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 al conflicto conyugal existente).

2.3.2. EN EL ÁMBITO FAMILIA CREADA

- a. 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. La elección del cónyuge se habrá hecho en base a expectativas de protección y de compensación de las carencias afectivas básicas, no cubiertas en su familia de origen. La relación conyugal será definida como satisfactoria y no se explicitarán conflictos abiertos. Podrán observarse quejas del cónyuge sano respecto a la imposibilidad de controlar o ayudar a superar los síntomas del paciente, a pesar de la intensificación de

comportamiento de "care eliciting" en torno a la conducta sintomática. La relación con los hijos presentará un patrón tendente a la parentalización. La disciplina y la crianza de éstos quedarán reguladas y/o facilitadas por la conducta sintomática.

- b. 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. Las expectativas en la elección del cónyuge serán las del compañero con el que se desea compartir la vida en base a la igualdad y no a la protección. En la pauta de interacción se podrán observar, desde prácticamente el inicio de la convivencia, conflictos abiertos en base a diferencias de criterio o de necesidades personales, expresados a través de peleas reguladas de manera funcional (reconciliaciones y mecanismos de freno adecuados). La conducta sintomática se iniciará tras un período de incremento del pulso simétrico entre los cónyuges y un fracaso en la utilización de mecanismos de freno de las escaladas simétricas, que habrá dado lugar a situaciones de crisis en las que las posibilidades de separación se habrán barajado o incluso actuado en determinados períodos de distanciamiento.

2.4. DESARROLLOS TEÓRICOS DE LAS HIPÓTESIS

Las anteriores hipótesis de partida pueden ampliarse observando el ciclo vital de familias de pacientes distímicos y depresivos mayores con diversas posibilidades de cambio en las relaciones y en la sintomatología. Desde esta perspectiva son perfectamente plausibles cambios en el diagnóstico clínico que frecuentemente acontecen en el devenir de nuestros pacientes. Como situación característica encontraríamos la "doble depresión" (superposición de un episodio depresivo mayor sobre un trastorno distímico), entendible como una acentuación de la psicopatología depresiva por los motivos que fuera, pero con posible justificación en el ámbito interaccional si se tienen en cuenta estos cambios del ciclo vital individual y familiar. A continuación desarrollamos nuestras propuestas sobre la posible evolución de distimia y depresión mayor dentro de la familia (partiendo de la familia de origen y recalando en la familia nuclear o creada), aunque la investigación no pueda dar una respuesta exacta a muchas de las hipótesis aquí planteadas.

2.4.1. DISTIMIA Y EVOLUCIÓN DENTRO DE LA FAMILIA

Los distímicos, como el resto de neuróticos (pacientes y no pacientes), viven triangulaciones que llamaremos manipulatorias, caracterizadas por una proyección de la disarmonía conyugal de los padres sobre la parentalidad (*Linares 1996, 2003*). Ésta, que inicialmente ofrecía un buen grado de funcionamiento, acusa el impacto triangulador de la conyugalidad sobre las funciones sociabilizantes. En este espacio relacional estratégico es donde el niño recibe mensajes superpuestos y contradictorios: "vente de mi parte y no de la de aquel/aquella", "yo te doy más", "yo te doy lo que más te conviene", "asume mis valores y no los suyos", etc...

Para que la ansiedad neurótica incorpore el componente depresivo que la hará evolucionar hacia la distimia se necesita otro ingrediente importante: la pérdida. Situaciones de pérdida suelen ser consustanciales al proceso de vivir, pero en el ambiente anteriormente descrito pueden estar presentes desde muy temprana edad.

En este tipo de contextos se fragua la distimia, que puede presentar sus primeros episodios en torno a la adolescencia, aunque, a menudo, todavía con escaso revestimiento depresivo y predominando más bien otros síntomas neuróticos, sobre todo, la ansiedad. Pero, además, no van a faltar nuevas ocasiones para que la incidencia de pérdidas relevantes a nivel relacional confirme la evolución distímica. De ellas, las más trascendentales serán las que se produzcan en el marco de la pareja.

El distímico, como, en general, los neuróticos, tiende a elegir pareja en términos de igualdad. Ello quiere decir que ambos cónyuges se sitúan, de partida, en posiciones parecidas en cuanto a su capacidad de definir la naturaleza de la relación, con la posibilidad de que compartan, incluso, las experiencias trianguladoras en sus respectivas familias de origen que los hacen propensos a la distimia o a los trastornos neuróticos en general. Si uno de ellos pierde pie a resultas de nuevas pérdidas (muerte del progenitor aliado, dificultades en el trabajo, autonomía de los hijos, etc.), es fácil que la reacción desadaptada pase a inscribirse en un proceso distímico. El elemento definitivo que consolidará dicho proceso es el cambio en el tipo de relación de pareja, inicialmente simétrica pero ahora modificada por los síntomas de uno de los cónyuges. Los síntomas distímicos ayudarán a restablecer la simetría en un juego que, por estar sometido a múltiples oscilaciones, podemos llamar de "simetría inestable". En este contexto, el significado relacional de los síntomas distímicos participa de las escaladas simé-

tricas que protagonizan ambos miembros de la pareja en su empeño por definir la naturaleza de la relación, a la vez que comporta una clara demanda de ayuda.

Los síntomas tienen una indudable capacidad de influir en el plano relacional, aunque la cronificación puede ir forzando un aumento de su intensidad, complicada a veces, en la dinámica propia de la escalada simétrica, con tentativas de suicidio de gravedad creciente. Y no es descartable el paso hacia formas próximas a la depresión mayor (doble depresión) si se produce un agotamiento de los mecanismos relacionales en juego.

2.4.2. DEPRESIÓN MAYOR Y EVOLUCIÓN DENTRO DE LA FAMILIA

Partimos de la combinación entre una conyugalidad armoniosa y una parentalidad deteriorada donde la pareja parental posee un funcionamiento estable y equilibrado que no necesita para su mantenimiento de aportes externos en forma de aliados. La díada parental es autosuficiente y no implica a los hijos en juegos relacionales "turbios".

En cuanto al deterioro de las funciones parentales, dista de ser claro y fácil de detectar. En las depresiones mayores podemos encontrar que las funciones sociabilizantes no sólo no están deterioradas sino que, incluso, se hallan hipertrofiadas. Los niños, futuros pacientes, y los depresivos mismos, son sujetos hipersociabilizados, que poseen una gran habilidad para caer bien, para resultar simpáticos. No es de extrañar, puesto que se sienten sometidos a un alto grado de exigencia normativa, a una responsabilización exagerada que puede revestir diversas formas de parentalización. Porque esa es la otra característica de la parentalidad en estas familias: las funciones nutricias no se cumplen porque están supeditadas al logro de unas inalcanzables cotas normativas.

Este es el contexto en el que se sientan las bases relacionales para el futuro desarrollo de una depresión que, generalmente, espera a etapas más avanzadas del ciclo vital para irrumpir fenomenológicamente. De momento, el futuro depresivo siente un progresivo desequilibrio de su balanza afectiva, entre lo que se ve obligado a dar y lo mucho menos que recibe.

La relación de pareja que se busque intentará garantizar la nutrición relacional que no se tuvo en la familia de origen, lo que no siempre ocurre. En tal caso, es fácil que se produzca un segundo desengaño, en cuyo contexto harán irrupción los síntomas depresivos, cargados de

desesperanza y rencor, pero también de culpabilidad. La relación de pareja evolucionará hacia una situación de complementariedad rígida, característica de la depresión mayor, que ha motivado la mayoría de estudios sobre la pareja depresiva, entre los que destacan los que se ocupan del "care eliciting behavior" (Henderson, 1974).

El clima emocional que rodea a la depresión mayor es, en contraste con el que corresponde a la distimia, frío y contenido. No sólo se controlan las emociones, sino que está mal visto hablar de ellas o aducirlas como argumento relacional. Los contenidos semánticos predominantes parten del binomio "exigencia-fraude": el depresivo se siente exigido en exceso y teme defraudar lo que se espera de él, pero, a su vez, también experimenta la sensación de ser defraudado, al no recibir una compensación justa por lo mucho que se le arranca. Si reconoce sus carencias, no por ello deja de alimentar expectativas e ilusión por compensarlas, sobre todo en algunas etapas críticas de su ciclo vital, como la adolescencia o el momento de la búsqueda de pareja. Sin embargo, el desengaño, la desesperanza y el rencor aparecen vinculados a la ulterior frustración de ilusiones y expectativas.

2.5. METODOLOGÍA CUALITATIVA VERSUS METODOLOGÍA CUANTITATIVA EN INVESTIGACIÓN

Desde las ciencias sociales se defiende el papel de la metodología cualitativa frente al "absolutismo" de la metodología cuantitativa propia de las ciencias de la salud y del método científico-experimental. Los debates al respecto se suceden aunque, como ocurre en muy diversos campos del conocimiento humano, la tendencia parece ser la de establecer puentes.

Esta tesis constituye un buen ejemplo de intento de simbiosis de ambas metodologías. Junto a la recogida sistemática de información y su tratamiento estadístico se plantea una aproximación casi "física" al mundo relacional de la depresión mayor y la distimia, enfoque más cercano al estudio de casos o al análisis de contenidos semánticos.

El diseño simple ciego del estudio, el uso de entrevistas semiestructuradas y la operativización de las variables de estudio constituyen claros intentos de situarnos en el ámbito de los diseños experimentales. También el entrenamiento de los entrevistadores-evaluadores y sus resultados contrastables hablan de una metodología cuantitativa.

Sin embargo al lector de esta tesis le resultará difícil sacar unas conclusiones en términos puramente estadísticos (no porque no exista un apartado específico para estas evaluaciones) ya que gran parte del texto refleja valoraciones puramente cualitativas que, en ocasiones, hemos logrado cuantificar, y en otras ha resultado imposible.

Si analizamos la aplicación del método científico más reconocido (el hipotético-deductivo) encontramos que hemos seguido de forma rigurosa sus pasos: 1º definición del problema; 2º deducción de hipótesis contrastables; 3º establecimiento de un proceso de recogida de datos; 4º análisis de los resultados obtenidos; 5º discusión de dichos resultados y búsqueda de conclusiones; 6º elaboración de un informe final.

Posiblemente sea en la transición del punto 2º al 3º donde aparece con mayor claridad la parte cualitativa y más compleja de este tipo de investigaciones. Convertir frases y reflexiones de personas en puntuaciones concretas exige un análisis cualitativo exhaustivo de cada entrevista realizada, utilizando las transcripciones y videograbaciones efectuadas. Este esfuerzo creemos que enriquece nuestros resultados frente a los más sencillos productos de la pasación de cuestionarios o escalas, mucho más fácilmente cuantificables. Nuestra convicción es la de que fenómenos complejos, como las diferentes formas de depresión, exigen metodologías de análisis complejas capaces de acercarnos a la esencia del fenómeno (León y Montero, 2002).

Es muy difícil hacer accesible a la observación –sea del tipo que sea- procesos que tienen un alto contenido cognitivo.

Una de las cosas más llamativas del adjetivo "cualitativo" en el contexto de metodología de la investigación es que puede implicar aspectos muy diferentes según a qué esté calificando. Podemos hablar de investigación cualitativa, metodología cualitativa, análisis cualitativo de datos, técnica cualitativa o nivel de medida cualitativa, y estar hablando de diferentes aspectos de la actividad de investigar. Diversos investigadores han defendido la compatibilidad de las dos perspectivas, con la publicación de estudios en los que se utilizan de forma flexible diferentes opciones de ambas, al menos en distintos momentos de la investigación (Reichardt y Cook, 1982).

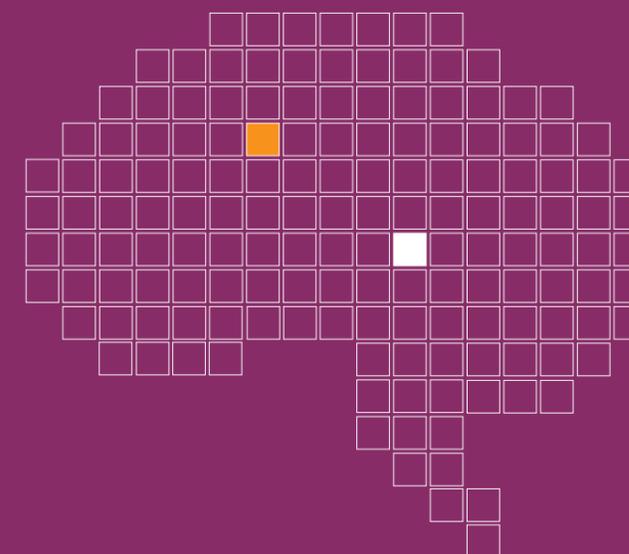
Nuestro trabajo ha incorporado principalmente técnicas de entrevista cualitativas así como análisis de datos mixtos (valorados cuali y cuantitativamente). El análisis cualitativo de datos se lleva a cabo sin realizar medidas, utilizando el lenguaje como modo de representación y procesamiento de la información. Evidentemente este hecho conlleva que no pueda ser un proceso estandarizado, aunque las conclusiones puedan ser replicables (*Huberman y Miles, 1998*).

Sin embargo el diseño de nuestro plan de investigación corresponde a un estudio de características cuantitativas con unas hipótesis que se pretenden contrastar y unos grupos experimentales y grupos control que se comparan aplicando técnicas estadísticas intentando establecer diferencias entre grupos. La definición de las variables operacionales ha sido uno de los grandes retos de nuestro estudio, tal y como se podrá comprobar en el apartado de metodología. Estas definiciones pueden parecer puntillosas y se refieren no solo a elementos de las hipótesis sino también a variables controladas, mediciones, etc. Estarían justificadas porque cuando una conducta es susceptible de ser influida por pequeñas variaciones del entorno, de estas precisiones depende que se obtengan resultados concluyentes.

Una última referencia a las cuatro cualidades que parecen exigibles a cualquier investigación: fiabilidad, sensibilidad, validez interna y validez externa. Consideramos que hemos controlado bastante bien el experimento, aunque haya sido mediante la incorporación de criterios bastante restrictivos y la definición rigurosa de variables, aunque evidentemente sólo la replicación de nuestro estudio podrá confirmar su fiabilidad. Respecto a la sensibilidad tenemos la impresión que la combinación de técnicas de análisis cuali y cuantitativas nos ha permitido detectar los efectos de los cambios en los niveles de la variable independiente de forma muy sensible. Validez interna y validez externa estarían sujetas a la replicación de nuestro estudio, aunque algunos investigadores y metodólogos consideran que la experimentación se justifica en sí misma, sin que sea un objetivo lograr generalizaciones (referido sobre todo a la validez externa). La crítica más actual a esta corriente es la que sitúa a la investigación a años-luz de la realidad cotidiana, motivo del resurgimiento de estudios naturalísticos en las ciencias de la salud, frente al aluvión de complicados estudios controlados y aleatorizados que nos han invadido las últimas décadas.

Podemos concluir este apartado afirmando que desde nuestro punto de vista la distinción cualitativo/ cuantitativo puede llegar a ser artificiosa de la misma manera que hoy día se considera que en cualquier investigación son necesarios métodos inductivo y métodos deductivos, antaño antagónicos y excluyentes entre sí. Es cierto que la óptica cualitativa incorpora una distinción básica y común para todas las ciencias sociales, lo que podríamos denominar “sensibilidad subjetiva”, en principio ausente de las ciencias naturales y de la salud.

3. METODOLOGÍA



3. METODOLOGÍA

La investigación de la presente tesis doctoral presenta un diseño “ex post facto” de tipo transversal y retrospectivo con un tipo de muestreo intencional. Se utiliza un grupo control de familias sin diagnóstico de trastorno afectivo para analizar parte de las variables.

Se lleva a cabo un seguimiento de estabilidad diagnóstica a los cinco años mediante la revisión de historias clínicas, contacto con terapeutas o clínicos responsables y, eventualmente, contacto telefónico con pacientes y/o familiares.

El proceso de investigación presenta varias fases bien diferenciadas:

1. Una primera fase dedicada a la elaboración de hipótesis relacionales concretas y cuantificables, seguida del diseño de un protocolo de entrevistas semiestructuradas que constituyen la base para la recogida de información, y que incorporan las variables operacionales manejadas. También incorporamos en esta fase otros instrumentos de medida de dichas hipótesis en paralelo a las entrevistas.
2. La segunda, centrada en el estudio descriptivo de muestras de familias con patología depresiva del tipo TDM o TD en alguno de sus miembros, mediante el empleo de entrevistas semiestructuradas (*anexo 2*). Inicialmente se comenzó el estudio con inclusión limitada a pacientes de sexo femenino haciéndose extensivo a varones posteriormente.
3. Fase de análisis de la información transcrita y videograbada con cumplimentación de protocolos de recogida de información (*anexo 3*), análisis estadístico y discusión de resultados cualitativos y cuantitativos.
4. Seguimiento a los 5 años mediante la revisión de historias clínicas, contacto con terapeutas o clínicos responsables y, eventualmente, contacto telefónico con pacientes y/o familiares.

3.1. PROCEDIMIENTOS

El diseño del protocolo de las tres entrevistas se realizó a partir del análisis de sesiones videograbadas con familias de pacientes depresivos (TDM y TD), atendidos en el marco de una unidad de Psicoterapia ubicada físicamente en el Servicio de Psiquiatría de un hospital general de tercer nivel.

Los pacientes seleccionados junto con sus cónyuges, antes de iniciar las entrevistas, firman un consentimiento informado con aceptación de las condiciones del estudio (*anexo 4*).

Se consulta con el comité ético del centro la necesidad de una autorización de dicho comité para la realización de la investigación con evaluación favorable ya que no se introducían variables experimentales ni se aplicaba un tipo de tratamiento no aprobado.

El objetivo principal de las entrevistas explicitado a los pacientes y sus familias consiste en valorar la posibilidad de beneficiarse de un tratamiento psicoterapéutico a nivel familiar. Se procede a la cita de todos los miembros de la familia nuclear convivientes para una primera entrevista.

Las tres entrevistas son realizadas por un equipo estable de terapeuta-coterapeuta con videograbación de las mismas y posterior revisión conjunta de las variables de estudio con un equipo de supervisión también estable. Dicho equipo de supervisión participa directamente del proceso de evaluación asistiendo en directo a las sesiones exploratorias gracias a la presencia de espejos unidireccionales con sistema de sonido (*cámara de Gesell*).¹

El diseño de las tres entrevistas permite plantear unos objetivos específicos para cada una de ellas con recogida de las diferentes variables en estudio.

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 que se exploran en esta primera sesión son: definición del problema de salud (u otros) 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 (incluyendo edad, estado civil, lugar de nacimiento, nivel de estudios, profesión o actividad laboral, estado de salud, aficiones y amistades), empezando por el cabeza de familia y finalizando con los hijos por orden de edad.

Al finalizar esta 1ª entrevista se procede a la pasación del test de relaciones familiares **Family System Test** (FAST) de Gehring (1995).

En la 2ª entrevista se convoca sólo a la pareja conyugal y está centrada en la familia de origen de cada uno de los cónyuges. 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, pasada y actual, con cada miembro de la familia y con especial detenimiento en la relación con los padres respectivos. Se explora asimismo la relación establecida con la familia del cónyuge y los cambios que en dicha relación se hayan producido a lo largo del tiempo, con especial mención de los cambios de relación en base a situaciones conflictivas y/o a la aparición de los síntomas o intensificación de los mismos. Se recoge toda la información relativa tanto a la familia de origen de los pacientes como a la de las familias de origen de sus cónyuges respectivos, que nos servirán como grupo control en algunas de las variables.

En la 3ª entrevista se convoca de nuevo a los cónyuges. El tema explorado es la historia de su relación, pasada y presente: 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. Valoración de la relación por parte de cada miembro de la pareja desde el inicio hasta la actualidad, resaltando de forma cronológica la aparición de síntomas y/o áreas conflictivas, así como su posible discrepancia en cuanto su aparición y/o valoración. Se explora también la presencia de elementos externos y su papel favorable o no al proyecto vital de ambos cónyuges (fuentes de apoyo y de estrés).

Tras finalizar la tercera entrevista el equipo evaluador elabora informes conclusivos individualizados dirigidos a las diferentes familias que son entregados en mano o enviados por correo postal (*anexo 6*). Dichos informes incorporan un diseño estandarizado, característico del género epistolar, con mensajes dirigidos a todo el sistema familiar con intencionalidad terapéutica y dejando la puerta abierta a posibles demandas de ayuda psicológica por los miembros individuales o la familia en su conjunto.

El análisis de los resultados incluyó la evaluación de las tres entrevistas, tanto desde el punto de vista verbal y semántico (con transcripciones completas de todas las entrevistas) como analógico por parte de terapeuta, coterapeuta y un observador del equipo, de forma estable.

1. La Cámara de Gesell, es una habitación acondicionada para permitir la observación con personas. Está conformada por dos ambientes separados por un vidrio de visión unilateral, los cuales cuentan con equipos de audio y de video para la grabación de los diferentes experimentos. Fue creada por el psicólogo Arnold Gesell.

Dicho formato nos permite obtener unos niveles de fiabilidad muy elevados en la protocolización de los datos (*Anexo 3*).

Se comparan los resultados obtenidos en las familias de los pacientes con trastorno afectivo con los resultados de sus respectivas familias de origen y de las familias de origen de sus cónyuges

3.2. VARIABLES ESTUDIADAS

Las variables epidemiológicas estudiadas fueron: edad del paciente y cónyuge; profesión de ambos; nivel de estudios de ambos; número de hijos comunes; estadio de ciclo vital de la familia; estado de salud de los diferentes miembros; nivel socio-económico; situación laboral del paciente y cónyuge; lugar de nacimiento del paciente y su conyuge; 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, así como las características de estas últimas; presencia de abortos o nacimientos no deseados (en los casos apropiados); presencia de tratamientos actuales farmacológicos o psicológicos.

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

- Relacionadas con familia de origen: Parentalidad (en sus apartados de nutrición relacional y establecimiento de normas y nivel de exigencia); conyugalidad (con especial énfasis en la detección de conflicto conyugal y posibles triangulaciones); clima emocional durante la infancia-adolescencia; 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 depresiva: definición del problema por parte de los diferentes miembros de la familia; papel de los síntomas en la relación; existencia de factores externos desfavorables

Definiciones operacionales de las variables relacionales

Un tema relevante dentro de este trabajo ha sido el que se refiere a definir, describir y acotar aquellos conceptos y criterios contemplados en el análisis de la información referida por los/las pacientes y sus respectivas familias. En general estas variables han sido rescatadas de las entrevistas semiestructuradas, excepto algunas medidas también por el test FAST.

• Conyugalidad:

Dimensión de la pareja que hace referencia al tipo de relación existente entre ambos miembros.

Esta variable ha sido analizada en base a la dimensión: **armoniosa – disarmónica**; entendiéndose por conyugalidad armoniosa cuando se cumplen los criterios:

- confirmación del otro como cónyuge,
- buena relación y entendimiento entre cónyuges
- comunicación y acuerdo entre los cónyuges respecto a los hijos.

Analizamos también la conyugalidad en base a que la relación presente un patrón de predominio complementario o simétrico:

Cuando hablamos de simetría nos referimos a una relación basada en la igualdad entre los roles, independencia, peleas y reconciliaciones.

Sin embargo cuando hablamos de complementariedad estamos aludiendo a una relación caracterizada básicamente por: la dependencia y supeditación de un cónyuge respecto al otro; asumiendo cada uno un rol diferente en el sentido de: protector – protegido, toma de decisiones- aceptación de decisiones,...

• Criterios de elección del cónyuge

Se valoró la búsqueda de un compañero (relación de igualdad) frente a la búsqueda de una pseudofigura paterna (relación de protección).

- **Parentalidad:**

Dimensión de la pareja que refleja la capacidad de nutrir y educar a sus hijos.

Al explorar esta variable hacemos referencia a la etapa infantil del ciclo vital del/la paciente y del cónyuge. Engloba dos niveles:

a) Funciones nutricias

La nutrición relacional se considera una de las funciones básicas de la parentalidad y hace referencia al sentimiento de orgullo, reconocimiento, apoyo, amor y manifestaciones de afecto hacia los hijos; en definitiva, que se sientan queridos y valorados. Comprende un nivel cognitivo, emocional y pragmático.

A nivel operativo consideramos que las funciones nutricias están **conservadas** cuando son ejercidas bien por los dos padres o bien por uno solo, siempre que éste haya sido una figura relevante y de peso en la relación. Si ninguno de los padres ha ejercido dichas funciones serán consideradas como deficitarias.

b) Funciones sociabilizantes

Otras de las funciones básicas de la parentalidad son las funciones protectoras (con respecto al exterior) y las funciones normativas (alta exigencia-baja exigencia). El criterio aceptado por el equipo de trabajo para valorar el nivel de exigencia es la vivencia del/la paciente y la impresión del cónyuge.

- **Parentalización**

Este concepto hace referencia a la situación que sufre un hijo (generalmente el primogénito) cuando desempeña funciones parentales que no le corresponden y que suponen un exceso de responsabilidad para su edad.

- **Triangulación**

Situación en la que uno de los hijos mantiene una relación privilegiada con uno de los progenitores, con cierta intencionalidad dentro de una dinámica conyugal conflictiva.

- **Aprendizaje emocional**

Se valoró la existencia de un ambiente familiar (en familia de origen) caracterizado por la *inhibición de las respuestas emocionales* frente al polo opuesto de la *instrumentalización del*

descontrol emocional. Se consideraron únicamente aquellos casos en los que la descripción resultaba inequívoca para el equipo evaluador.

- **Jerarquía**

Variable relacionada con el poder y la posición dentro de la familia. El patrón clásico y más funcional refleja un reparto equilibrado de jerarquía entre padre y madre, con repartos de poder variables entre los hermanos. Es una variable medida a través del test FAST y también de las entrevistas.

- **Cohesión**

Equivalente a unión emocional. Se valora la dimensión: cercanía - distancia emocional entre los diferentes miembros de la familia. Variable medida a través del test FAST y de las entrevistas semiestructuradas.

- **Flexibilidad**

Es la propiedad de modificar la cohesión y la jerarquía en función de situaciones de cambio, de momentos evolutivos y de factores de estrés. Variable medida a través del test FAST y de las entrevistas semiestructuradas.

- **Clima emocional (equivalente de emoción expresada) ²**

El clima emocional ha sido valorado en nuestra investigación como:

- **caliente:** cuando es característico el desbordamiento emocional, los gritos, las peleas, los llantos.

- **frío:** cuando se caracteriza por un excesivo control de las emociones.

- **Papel inductor de los síntomas:**

La conducta provocadora de cuidados (**Care Eliciting Behavior**)

Henderson (1974) describió la conducta "Care Eliciting Behavior" como el conjunto de comportamientos que un individuo pone en acción para provocar respuestas en los demás que pueden servirle de consuelo o que tienen un efecto de reafirmación. Estas respuestas, generalmente, asumen un aspecto de cercanía física y emocional; y se transmiten a través de

2. Brown et al. (1972) realizan un estudio en el que se describen por primera vez todas las medidas que componen la Emoción Expresada. El término "implicación emocional" se redefine de una forma más operativa y cambiará su nombre por el de "Emoción Expresada" (EE).

comportamientos verbales y no verbales que indican interés, estima y afecto. Sin embargo se convierte en un comportamiento “patológico” cuando un individuo vive de manera discrepante el afecto, las atenciones y la ayuda que realmente le son ofrecidos; y que percibe regularmente como insuficientes respecto a sus demandas y a sus expectativas.

3.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Entrevistas semiestructuradas y protocolo de recogida de datos (*Anexos 2 y 3*).

2. Test de relaciones familiares **Family System Test FAST** (*Ghering, 1995*) El FAST nos permite el estudio de las relaciones familiares tomando a la familia como un todo, o bien, centrando el estudio en los diferentes subsistemas que la componen: subsistema parental y subsistema fraternal. Recoge las percepciones individuales y grupales, tanto cuantitativa como cualitativamente, de las relaciones estructurales familiares en diferentes situaciones (*Anexo 5*).

El material básico es:

- Un tablero cuadrado de 45 cms. x 45 cms., dividido en 81 cuadrados monocromos de 5 cms. x 5 cms.. A cada cuadrado se le asigna una coordenada (1/1 a 9/9).
- Varias figuras masculinas y varias figuras femeninas, de madera, con caras (ojos y boca). También contiene figuras de colores que no han sido usadas en nuestra investigación.
- Taquitos: pequeños bloques cilíndricos de 1,5 cms., 3 cms. y 4,5 cms. de altura.

Se pide en primer lugar a cada persona por separado, y posteriormente al grupo familiar en conjunto, que coloquen las figuras en el tablero, con el objetivo de representar espacialmente las relaciones familiares en base a los criterios cohesión (en cuadrados próximos o lejanos) y jerarquía (con taquitos más altos o más bajos). Estas relaciones familiares son representadas en tres situaciones distintas: una situación típica o cotidiana, una situación ideal y una situación conflictiva. Todo ello permite un análisis combinado de las percepciones individuales y grupales de la flexibilidad y de las estructuras familiares y una observación estandarizada de las interacciones.

Las estructuras relacionales resultantes pueden ser balanceadas (cohesivas y moderadamente jerárquicas), lábiles (cohesión y jerarquía media y baja) y desbalanceadas (puntuaciones extremas).

Los tres parámetros, cohesión, jerarquía y flexibilidad, son clasificados como alto, medio o bajo en función de la proximidad o lejanía de las figuras, en función del uso de los taquitos y en función de la diferencia de las representaciones típica, ideal y conflictiva.

Existe alrededor de una decena de investigaciones que ha utilizado el FAST como instrumento de medida.

Las conclusiones de los citados estudios se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Los miembros familiares con psicopatología tienen más probabilidad de tener puntuaciones extremas en ambas dimensiones, cohesión y jerarquía.
- En el estudio de los adolescentes sin patología, las relaciones típicas son cohesivas y moderadamente jerárquicas, las representaciones ideales son más cohesivas y menos jerárquicas que las anteriores y las representaciones conflictivas son poco cohesivas y poco jerárquicas.
- Los adolescentes con patología representaban las estructuras familiares con una menor cohesión, una jerarquía moderada, fronteras generacionales difusas y ausencia de flexibilidad.

3. Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton depression rating scale [HDRS]) es una escala heteroaplicada diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems (*Hamilton, 1960*), posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems (*Hamilton, 1967*). La validación de la versión castellana de esta **escala** se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.

Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

3.4. MUESTRA

La muestra de pacientes ha sido derivada por profesionales de salud mental 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 hincapié se ha tenido en la ausencia de conflictos relacionales abiertos que ya hubieran hecho aconsejable el inicio de una terapia o consulta familiar. Es decir, se trataría de casos que, fuera del ámbito del estudio, no hubieran sido derivados para abordaje o evaluación familiar.

Los criterios de inclusión en el estudio son los siguientes:

Grupo de familias de pacientes con diagnóstico de trastorno distímico

1. Pacientes diagnosticados de Trastorno Distímico según los criterios del DSM-IV: Estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años (Criterio A); Durante los períodos de estado de ánimo deprimido hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B); A lo largo del período de 2 años, los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C); No ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (Criterio D).
2. Edad del paciente entre 25 y 65 años en el momento del estudio
3. Inicio tardío de la sintomatología (más de 21 años)
4. Convivencia con pareja estable en la actualidad y disponibilidad de la misma para participar en las sesiones exploratorias
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
7. Aceptación y firma del consentimiento informado

Grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor

1. Pacientes diagnosticados de Trastorno de Depresión Mayor Recidivante según los criterios del DSM-IV. Se seleccionaron, por tanto, sólo aquellos pacientes que hubieran presentado como mínimo un segundo episodio tras un período de total restablecimiento (eutimia) de por lo menos dos meses de duración. La finalidad de dicha elección fue la de descartar posibles dobles depresiones -pacientes con un trastorno distímico que han tenido un episodio de depresión mayor concomitante-.
2. Edad del paciente entre 25 y 65 años en el momento del estudio
3. Convivencia con pareja estable y disponibilidad de la misma para participar en las sesiones exploratorias
4. En remisión parcial de la sintomatología depresiva, medido mediante puntuación de la escala de Hamilton para la depresión menor de 14 puntos
5. Aceptación y firma del consentimiento informado

Se consideran **criterios de exclusión** para participar en el estudio los siguientes:

1. Existencia de un trastorno de la personalidad asociado o comórbido al trastorno afectivo, según la valoración clínica de los derivantes
2. Antecedentes de haber efectuado alguna psicoterapia estructurada, de cualquier orientación
3. Presencia de enfermedad crónica grave, invalidante o terminal en alguno de los miembros de la pareja

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos de las variables operacionales tras el análisis de las entrevistas se introdujeron en una base de datos para su explotación. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0.

Se emplean estadísticos descriptivos para la muestra completa de pacientes depresivos y sus familias creadas. Se comparan los grupos TDM/TD y los grupos control mediante la Chi-cuadrado, T de Student y la prueba exacta de Fischer. Se asumió significación estadística para resultados $p < 0,05$

3.6. LIMITACIONES METODOLÓGICAS

En el apartado correspondiente de la introducción se discute la validez de investigaciones que combinan metodologías cuantitativas y cualitativas. Otros aspectos que merecen la pena comentar respecto a la metodología seguida son los siguientes:

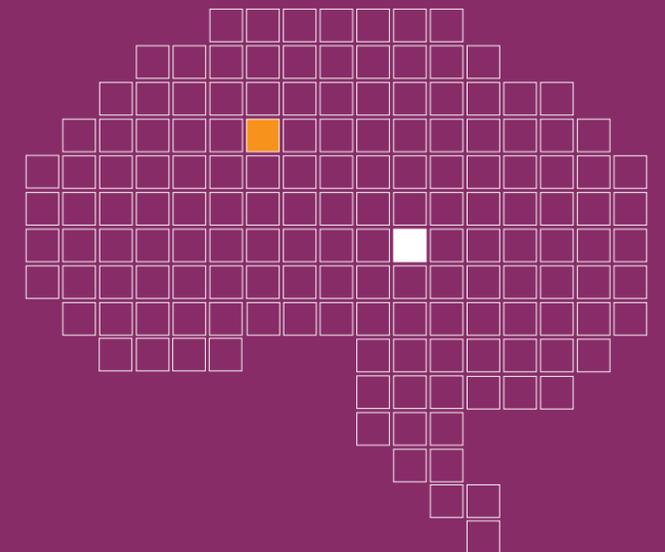
1. La comunicación retrospectiva de experiencias durante la infancia ha recibido críticas por varias cuestiones: la baja fiabilidad y validez de la memoria autobiográfica, el deterioro de la memoria de personas que padecen trastornos psiquiátricos, los sesgos de memoria congruentes con el estado de ánimo. En nuestro estudio no se llevaron a cabo exploraciones neuropsicológicas de forma sistemática a todos los pacientes para determinar el estado de su memoria. Hemos intentado limitar estos sesgos seleccionando pacientes en edades relativamente jóvenes y en situaciones clínicas interepisódicas (en el caso de la depresión mayor) o en períodos de relativa estabilidad para los casos de distimia.
2. Otro aspecto destacado es la asociación existente entre acontecimientos vitales importantes y depresión. Teniendo en cuenta que la depresión misma puede ocasionar algunos acontecimientos vitales resulta trascendental poder precisar la fecha de aparición de las experiencias vitales estresantes y el inicio y curso de la depresión. Habría que distinguir entre acontecimientos dependientes e independientes de la depresión (Kessler 1997). Los acontecimientos dependientes serían aquellos que plausiblemente podrían ser consecuencia de la propia acción del individuo y sería importante establecer que los acontecimientos independientes están relacionados con el riesgo de depresión. En este sentido se llevó a cabo un esfuerzo suplementario en la elaboración detallada de cronogramas vitales que reflejaban la evolución de la depresión y de los diferentes factores ambientales.

3. Fuera de nuestro estudio queda el papel de los factores sociales en las diferentes fases del trastorno afectivo, bien sea como desencadenante, mantenedor, con papel en las recidivas o en la velocidad de recuperación. Posiblemente estos factores sociales puedan jugar un papel muy destacado en las fases de mantenimiento de los trastornos afectivos, actuando con efecto “avivador” de las “brasas” depresivas en bastantes casos.
4. Referencia obligada en cualquier trabajo es el tamaño muestral. Una investigación como la nuestra que pretende incorporar elementos cualitativos parece poco compatible con grandes muestras lo que también limita su posible validez externa. Especialmente dificultoso resultó el reclutamiento de distímicos varones, a pesar de acudir a dispositivos de atención primaria en salud mental. El diseño planteado también dificultó la participación de un mayor número de familias al solicitar su participación en varias sesiones que podían prolongarse más allá de los 60 minutos.
5. La ausencia de entrevistas diagnósticas y exploraciones psicométricas consideramos que eran suplidas con garantías por el juicio clínico de los profesionales responsables del paciente, la mayor parte de ellos con tiempo dilatado de seguimiento.
6. Las variables centrales de nuestro estudio (conyugalidad y parentalidad) fueron puntuados por acuerdo entre los evaluadores mediante el análisis semántico de sus respuestas. En la actualidad se trabaja en la validación de un cuestionario autoadministrable de relaciones familiares básicas (ERFB) que permitiría contrastar dichas evaluaciones. Pensamos que el diseño empleado garantiza la fiabilidad de los resultados frente al papel de este tipo de escalas de evaluación.
7. El primer criterio de exclusión (ausencia de trastorno de la personalidad asociado) fue confirmado mediante petición al clínico derivante de su juicio diagnóstico, evitando recurrir a escalas o entrevistas de personalidad. La cronicidad de alguno de los casos podía conducir a errores y se prefirió contemplar la visión longitudinal de los clínicos de referencia de los pacientes.
8. Respecto al segundo criterio de exclusión se consideró que la participación previa en algún tipo de psicoterapia estructurada podía sesgar las valoraciones de paciente y/o cónyuge sobre su propia relación de pareja o con su familia de origen e, inclusive, con su familia política.

3. METODOLOGÍA

9. La presencia de una enfermedad crónica grave consideramos que supone un factor de estrés mantenido de elevado potencial depresógeno y se prefirió excluir de la muestra para aumentar su homogeneidad. Constituye esta situación de enfermedad crónica, familia y depresión un fenómeno creciente y merecedor de un análisis más exhaustivo que excede a los propósitos de nuestra investigación.

4. RESULTADOS



4. RESULTADOS

La presente tesis abarca diferentes aspectos epidemiológicos, clínicos y de estabilidad diagnóstica y, en aras a una mayor claridad en su exposición, hemos considerado útil dividir los resultados de nuestro trabajo en varios apartados.

Dichos apartados hacen referencia a las diferentes áreas evaluadas, unas más directamente relacionados con el objetivo central de la tesis (diferencias relacionales entre depresión mayor y distimia), y otras que han surgido durante el desarrollo de la investigación de forma colateral como pueden ser la estabilidad diagnóstica en el tiempo, la intervención terapéutica en forma de cartas-devolución o el empleo de un test familiar de evaluación del funcionamiento y estructura familiar. Estos últimos resultados no están referidos a la totalidad de la muestra, sino a un grupo reducido de las familias estudiadas.

Junto al estudio de las variables relacionales de los pacientes con TDM y TD hemos comparado el grupo de familias con pacientes y el grupo de las familias de origen de dichos pacientes y con el grupo de las familias de origen de los cónyuges, que utilizamos como controles. De igual manera hemos comparado estos tres grupos de familias según al diagnóstico de trastorno distímico y trastorno depresivo mayor en la familia creada.

Hemos considerado relevante incorporar en este apartado los resultados individuales de una de las familias, la número 29, al incorporar la particularidad de un diagnóstico afectivo en ambos miembros de la pareja. Se analizan cualitativamente estos resultados.

Por último señalar que en varios de los apartados de este capítulo incorporamos a los resultados breves transcripciones literales de las sesiones llevadas a cabo y que ilustran como fueron evaluadas algunas de las principales variables.

El gui3n de los resultados que se presentan es el siguiente:

4.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOL3GICAS

4.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

4.3. FAMILIA DE ORIGEN DE LOS PACIENTES DISTÍMICOS Y DEPRESIVOS MAYORES

4.4. FAMILIA CREADA DE PACIENTES DISTÍMICOS Y DEPRESIVOS MAYORES

4.5. SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA RELACIONAL

4.6. COMPARACIÓN DE LA FAMILIA CREADA CON GRUPOS CONTROL

(FAMILIA DE ORIGEN DEL PACIENTE Y FAMILIA DE ORIGEN DEL C3NYUGE)

4.7. RESULTADOS RELATIVOS A LA APLICACIÓN DEL TEST FAST

4.8. ESTABILIDAD DIAGN3STICA

4.9. RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA FAMILIA N329

4.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOL3GICAS

4.1.1. MUESTRA GLOBAL: Estudiamos 120 familias que se desglosan de la siguiente forma: 40 familias con alg3n miembro diagnosticado (padre o madre) de un trastorno afectivo (TDM o TD), 40 familias de origen (padres y hermanos) de dichos pacientes y 40 familias de origen (padres y hermanos) de los c3nyuges respectivos.

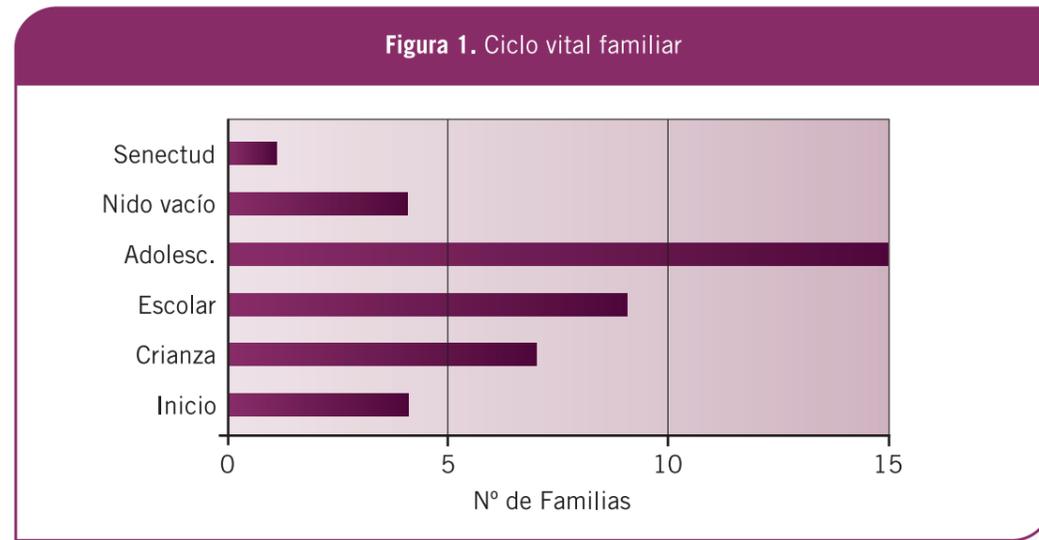
Las 80 familias de origen correspondientes a pacientes y c3nyuges son utilizadas en nuestro estudio como grupo control en la evaluaci3n de algunas de las variables relacionales objeto de estudio (parentalidad, conyugalidad, triangulaciones, parentalizaci3n, complementariedad o simetría de la relaci3n).

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS CON UNO DE LOS C3NYUGES DIAGNOSTICADO DE TDM O TD:

Estudiamos 40 *familias* en las que encontramos 41 *pacientes* diagnosticados de alg3n trastorno afectivo (TDM o TD). 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, depresi3n 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 hipn3ticos. La singularidad del caso con diagnóstico en ambos miembros de la pareja nos ha llevado a efectuar un análisis cualitativo exhaustivo de dicha familia.

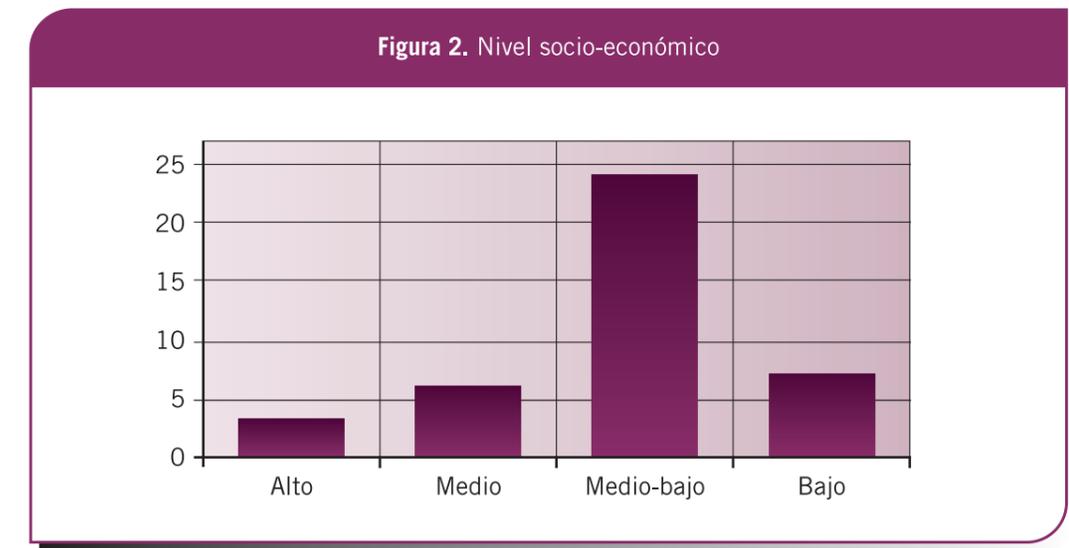
4.1.2.1. *El número medio de hijos* es de 1,76 para el grupo TDM y de 1,55 para el grupo TD, oscilando entre ninguno (2 casos) y 5 (en un caso), predominando las familias de uno o dos hijos. Estas cifras se corresponden (incluso algo al alza) con las actuales cifras de natalidad en nuestro país. No se consideró imprescindible la presencia de hijos, aunque cuando los hubo fueron invitados a la primera entrevista, participando de forma activa los mayores de siete años. El diseño del estudio no incorpora las opiniones de los hijos entre las variables de estudio, aunque se tuvieron en cuenta al analizar determinadas variables: definici3n del problema, presencia de triangulaciones o parentalizaciones en la familia creada, posible funci3n del síntoma y repercusiones del mismo sobre el sistema familiar, etc.

4.1.2.2. La mayoría de las familias (95%) se encuentran en las etapas centrales del *ciclo vital* (crianza, escolar, adolescencia y nido vacío), siendo más frecuente (15 de los casos) aquellas que se encuentran en la etapa de "familia con hijos adolescentes", seguida por la etapa escolar (9 de los casos). Ello contribuye a la homogeneidad de la muestra y de los factores ambientales genéricos, que serían comunes para una mayoría de las familias estudiadas.



4.1.2.3. El *nivel socioeconómico* (establecido a partir del nivel de estudios, profesión y situación laboral y residencia familiar) predominante es medio-bajo (en 24 casos) o bajo (en otros 7), reflejando las profesiones esta situación con mayor incidencia de empleados y/o amas de casa. En 8 casos encontramos situación de baja médica prolongada con trámites de invalidez (relacionados con el trastorno afectivo de base), que habitualmente complican la situación socioeconómica, sin que pudiéramos establecer diferencias en estos casos en función del diagnóstico psiquiátrico. Estas características socio-económicas de nuestra muestra se enmarcan en el contexto de la asistencia pública hospitalaria a unos distritos municipales de clase media y media-baja

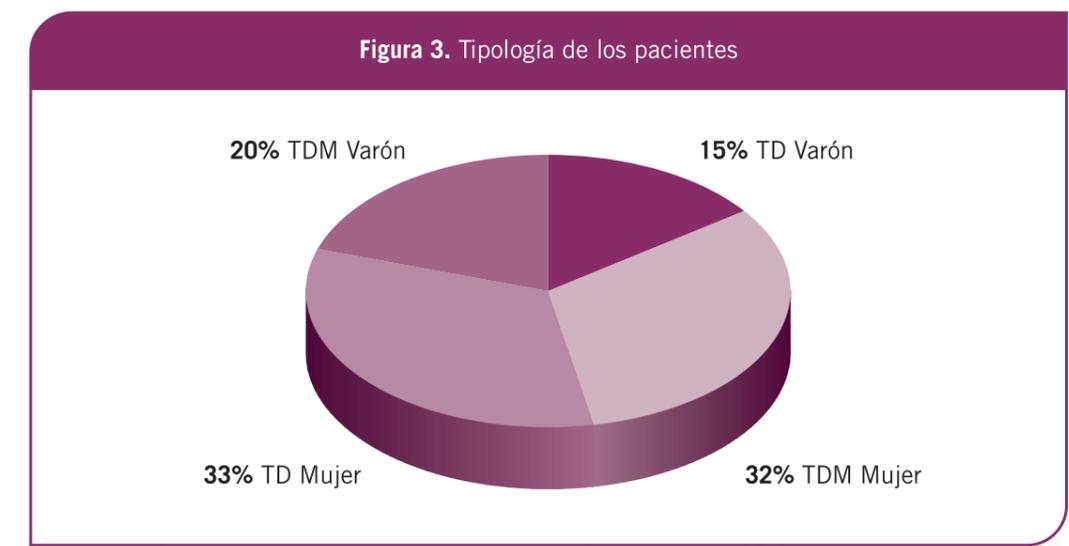
4.1.2.4. Se analiza también el *factor origen o lugar de nacimiento* sin encontrar diferencias significativas. Existe una procedencia similar entre pacientes y cónyuges en relación a su comunidad autónoma de origen, sin especiales problemas de adaptación en casos de cambio de comunidad de residencia. No se incluyeron en el estudio pacientes extranjeros ni parejas interculturales para una mayor homogeneidad de la muestra.



4.1.3. TIPOLOGÍA DE LOS PACIENTES Y DE SUS CÓNYUGES

4.1.3.1. Entre los pacientes estudiados encontramos 14 varones y 27 mujeres, con diagnóstico de *Trastorno Depresivo Mayor recurrente (TDMr)* (según criterios DSM-IV) en 21 de ellos (trece mujeres; ocho varones) y *Trastorno Distímico (TD)* (según criterios DSM-IV) en 20 (catorce mujeres; seis varones) (Fig. 3).

La diferente proporción varones/mujeres obedece, por una parte, a que iniciamos la investigación centrada exclusivamente en pacientes de género femenino (por la mayor prevalencia de trastornos afectivos en esta población), ampliándose con posterioridad el estudio a varones



nes; y, por otro lado, a la menor prevalencia del diagnóstico de distimia entre varones, resultando complicado encontrar pacientes claramente diagnosticados como afectados de dicho trastorno dentro del ámbito de un hospital de tercer nivel (Henderson et al. 1993).

4.1.3.2. La edad media de los pacientes de nuestra muestra es de 45 años tanto para el grupo TDM como para el grupo TD con un rango entre 24 y 65 años, mientras la edad media de los cónyuges es de 47 para el grupo TDM y 46 para el grupo TD (con rango entre 25 y 65 años) (Tablas 1 y 2).

La exclusión del estudio de parejas de edad avanzada (>65 años) obedece a la constatación de que fenómenos como la jubilación y la senilidad son factores extraordinarios y especiales por sí solos, con un posible papel distorsionador de los resultados. Las parejas muy jóvenes (<24 años) se excluyeron del estudio ante la frecuente falta de hijos y relativa poca estabilidad de la relación.

Tabla 1. Características socio-demográficas PI

Edad PI	45 (24-65)		
	n		n
Profesión		Situación laboral	
Ama de casa	13	Activo	24
Empleado	16	Desempleo	5
Directivo	4	Baja	5
Autónomo	1	Jubilación	6
Invalidez	7	Origen	
Estudios		Cataluña	24
Primarios	27	Resto estado	17
Bachiller	5	Mismo origen	26
FP	13		
Universitario	0		

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

Tabla 2. Características socio-demográficas cónyuge

Edad cónyuge	47 (25-65)		
	n		n
Profesión		Situación laboral	
Ama de casa	8	Activo	37
Empleado	28	Desempleo	2
Directivo	2	Baja	1
Autónomo	3	Jubilación	1
Estudios		Origen	
Primarios	24	Cataluña	18
Bachiller	6	Resto estado	23
FP	8	Mismo origen	26
Universitario	2		

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

4.1.3.3. Respecto a los **estudios** cursados por los pacientes y sus cónyuges predominan los estudios primarios y de formación profesional, con sólo 2 casos de estudios universitarios, ambos correspondientes a cónyuges. No hubo ningún caso de analfabetismo o de estudios primarios no finalizados. Se trata, por tanto, de una muestra con un bajo nivel de estudios, tanto en el grupo de distimia como depresión mayor, y homogéneo también entre pacientes y cónyuges. Este resultado es coherente con el estrato socio-económico predominante (medio-bajo) que corresponde al área de influencia poblacional del centro donde se desarrolló el estudio.

4.1.3.4. En la variable **“profesión”** predominan las amas de casa entre las pacientes de género femenino. 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: “tuve la suerte de trabajar a gusto”;

“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”, fueron algunos de los comentarios explicitados.

Entre los varones con diagnóstico de trastorno afectivo predominaban la categoría de empleados o contratados por cuenta ajena. Este hecho condiciona relativamente el análisis del papel desempeñado por las condiciones laborales en nuestra muestra. La ausencia de un número significativo de empresarios, cargos directivos o autónomos limita la comparación aunque las repercusiones de las dificultades laborales se reflejen claramente en muchos de los varones del estudio.

Entre los cónyuges de varones depresivos cabe destacar el bajo número de amas de casa (sólo cuatro) frente a una mayoría de esposas trabajadoras por cuenta ajena o propia (ver *tabla 11*), situación que no se presentaba en el grupo de mujeres depresivas ni evidentemente en los grupos control. Este resultado nos hizo plantear varias posibles explicaciones que intentamos desarrollar en la discusión: ¿Papel protector del empleo para estas mujeres de depresivos? ¿Sustitución del marido enfermo como figura laboral y generadora de ingresos? ¿Competitividad dentro de la pareja y resultado de relaciones simétricas o simplemente reflejo social de la incorporación de la mujer al mercado laboral?

4.1.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN

4.1.4.1. La media de hermanos en sus familias de origen tanto de los pacientes como de los cónyuges se sitúa en torno a 4,5. Es un número más elevado que el actual pero coherente con las cifras de natalidad de los años 50-60. El orden dentro de la fratria (primero; entre varios; último) también es similar para pacientes y cónyuges, predominando las posiciones intermedias y con la particularidad que encontramos muy pocos hermanos pequeños (últimos de la fratria) entre la muestra de pacientes, sin que podamos afirmar por supuesto

que estemos ante un factor de protección frente a la enfermedad depresiva (*Tabla 3*). Algunos estudios apuntan al posible factor predisponente que supondría ser la mayor de la fratria o el hecho de ser hija única (*Amato, 2001; Bauserman 2002*). Esto último no se confirma en nuestra muestra, aunque resulta interesante poder reflexionar al respecto. Encontramos un porcentaje no desdeñable de pacientes hijas mayores de las fratrias o hijas únicas, con algunos patrones repetidos.

Tabla 3. Lugar en la fratria de FO

	TDM	TD
Primero	7	9
Entre varios	11	7
Último	3	4

A continuación se describen las principales características socio demográficas en función del diagnóstico distimia/ depresión mayor. No encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables.

Tabla 4. Estatus profesional muestra PI global

	TDM	TD
Empleados/funcionarios	8	8
Empresarios/autónomos	4	1
Ama de casa	7	6
Jubilados/pensionistas	2	5

Tabla 5. Estatus profesional cónyuges global

	TDM	TD
Empleados/funcionarios	14	14
Empresarios/autónomos	3	2
Ama de casa	4	4
Jubilados/pensionistas	1	0

Tabla 6. Ciclo vital muestra global

Etapas ciclo vital	TDM	TD
Inicio	2	2
Crianza	3	4
Escolar	5	4
Adolescencia	6	9
Nido vacío	3	1
Senectud	1	0

Tabla 7. Nivel académico grupo PI

	TDM	TD
Primarios	10	13
Secundarios	8	5
Técnicos / FP	3	2
Universitarios	0	0

Tabla 8. Nivel académico grupo cónyuges

	TDM	TD
Primarios	15	9
Secundarios	2	6
Técnicos / FP	3	3
Universitarios	1	1

4.1.5. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MUESTRA DE FAMILIAS CON VARONES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO AFECTIVO

En las siguientes tablas reflejamos las características epidemiológicas del grupo de hombres con diagnóstico de trastorno afectivo.

Tabla 9. Características socio-demográficas grupo varones depresivos

TDM		TD	
Edad PI	48,75 (9,316)	Edad PI	46,67 (8,71)
Edad cónyuge	46,63 (10,663)	Edad cónyuge	42,83 (11,618)
Nº hijos	1,63 (1,506)	Nº hijos	1,67 (0,816)
Nº hermanos PI	2,75 (1,165)	Nº hermanos PI	2,50 (1,049)
Nº hermanos cónyuge	4 (1,852)	Nº hermanos cónyuge	2,67 (0,816)

Tabla 10. Estatus profesional varones depresivos

	TDM	TD
Empleados/funcionarios	3	3
Empresarios/autónomos	4	0
Ama de casa	1	1
Jubilados/pensionistas	0	1
Otros	0	1

Tabla 11. Estatus profesional cónyuges varones depresivos

	TDM	TD
Empleados/funcionarios	4	3
Empresarios/autónomos	0	0
Ama de casa	2	1
Jubilados/pensionistas	1	1

Tabla 12. Ciclo vital grupo varones depresivos

Etapas ciclo vital	TDM	TD
Inicio	1	0
Crianza	1	0
Escolar	2	2
Adolescencia	1	4
Nido vacío	3	0
Senectud	0	0

Tabla 13. Nivel académico grupo varones depresivos

Estudios PI	TDM	TD
Primarios	4	3
Secundarios	3	1
Técnicos / FP	1	2
Universitarios	0	0

Tabla 14. Nivel académico grupo cónyuges varones depresivos

Estudios cónyuges	TDM	TD
Primarios	6	1
Secundarios	1	4
Técnicos / FP	1	1
Universitarios	0	0

Tabla 15. Situación laboral grupo varones depresivos

Situación laboral PI	TDM	TD
Activo	6	3
Desempleo	0	1
Jubilación	1	2
Baja	1	0

Tabla 16. Situación laboral grupo cónyuges varones depresivos

Situación laboral cónyuge	TDM	TD
Activo	5	4
Desempleo	2	0
Jubilación	1	2
Baja	0	0

Tabla 17. Lugar fratria grupo varones depresivos

Lugar fratria PI	TDM	TD
Primero	3	4
Entre varios	4	2
Último	1	0

4.1.6. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MUESTRA DE FAMILIAS CON MUJERES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO AFECTIVO

A continuación reflejamos las características epidemiológicas del grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno afectivo.

Tabla 18. Características socio-demográficas grupo mujeres depresivas

	TDM		TD
Edad PI	43,92 (10,444)	Edad PI	44,64 (10,660)
Edad cónyuge	47,31 (10,957)	Edad cónyuge	48,43 (11,285)
Nº hijos	1,85 (0,801)	Nº hijos	1,50 (1,092)
Nº hermanos PI	4,15 (1,951)	Nº hermanos PI	4,71 (3,771)
Nº hermanos cónyuge	4,79 (3,118)	Nº hermanos cónyuge	4,79 (3,118)

Tabla 19. Estatus profesional mujeres depresivas

	TDM	TD
Empleados/funcionarios	5	5
Empresarios/autónomos	1	2
Ama de casa	6	5
Jubilados/pensionistas	1	2

Tabla 20. Estatus profesional cónyuges mujeres depresivas

	TDM	TD
Empleados/funcionarios	10 (76,9%)	11 (78,6%)
Empresarios/autónomos	2	1
Ama de casa	0	1
Jubilados/pensionistas	0	1

Tabla 21. Ciclo vital grupo mujeres depresivas

Etapas ciclo vital	TDM	TD
Inicio	0	1
Crianza	2	2
Escolar	4	2
Adolescencia	5	5
Nido vacío	1	3
Senectud	1	0

Tabla 22. Nivel académico grupo mujeres depresivas

Estudios PI	TDM	TD
Primarios	6	10
Secundarios	5	3
Técnicos / FP	2	1
Universitarios	0	0

Tabla 23. Nivel académico grupo cónyuges mujeres depresivas

Estudios cónyuges	TDM	TD
Primarios	9	8
Secundarios	1	2
Técnicos / FP	2	3
Universitarios	1	1

Tabla 24. Situación laboral grupo mujeres depresivas

Situación laboral PI	TDM	TD
Activo	8	7
Desempleo	2	2
Jubilación	1	2
Baja	2	3

Tabla 25. Lugar fratria grupo mujeres depresivas

Lugar fratria PI	TDM	TD
Primero	4	5
Entre varios	6	5
Último	3	4

4.1.7 CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DE PAREJA

4.1.7.1. El tiempo medio de noviazgo de las parejas se sitúa en torno a los 3 años (entre 1 y 8), mientras el tiempo medio de matrimonio (o convivencia estable) es de 20 años (entre 5 y 48), muy superior a los años de evolución del trastorno afectivo (11,3 para los TDM y 13 para el grupo TD). El inicio del trastorno afectivo parece situarse en la mayoría de los casos dentro de unas relaciones de pareja bien establecidas, parte fundamental de nuestras hipótesis y coherente con la epidemiología general establecida para el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. Se trata de dos cuadros que permiten normalmente emparejarse de forma convencional al contrario de lo que ocurre con otras patologías psiquiátricas, tanto por su edad de inicio como por la gravedad y tipo de sintomatología.

En el grupo de familias con varones depresivos encontramos diferencias significativas en la duración del tiempo de noviazgo, muy superior (4,63) en los casos de depresión mayor y sólo de 2,5 años en los casos de distimia. No se consideró un hallazgo relevante.

4.1.7.2. Se estudió la variable **“iniciativa para comenzar la relación”** encontrando lo esperable: mayoritariamente el varón toma la iniciativa a la hora de dar el primer paso. Esto es muy claro en la muestra de parejas con TDM donde el varón toma la iniciativa en el 67% de los casos, la mujer en el 14% y la iniciativa fue común en un 19%. En el grupo de parejas con TD hay un pequeño incremento en la iniciativa femenina que se sitúa en el 30%, común fue en otro 20% y exclusiva del varón fue en un 50%. Este ligero repunte en el grupo distimia podría tener relación con la variable tipo de relación, teóricamente basada en la igualdad, situación que comenzaría desde el primer momento de la relación. Resulta inevitable tener presente el papel de los factores culturales en la evaluación de esta variable. En las últimas décadas asistimos al reparto equitativo progresivo de roles, inclusive en el primer paso de inicio de una relación, algo impensable poco tiempo antes. Por ello no resulta desdeñable esa pequeña diferencia objetivada en el grupo distimia.

4.1.7.3. La variable **“motivo de elección de la pareja”** con dos posibilidades de respuesta: lo igual y lo diferente, arroja un resultado de empate técnico que clarifica poco. El 50% se decanta por lo igual y el otro 50% por lo diferente, sin distinción por diagnósticos. Esta variable y la anterior fueron consideradas de segundo nivel al analizarlas ya que la primera no permite clarificar aspectos relevantes de la relación y la segunda suponía una respuesta directa de ambos miembros, en ocasiones contradictorias.

4.1.7.4. Se analizaron también la **presencia de acontecimientos adversos**, tales como abortos y nacimientos de hijos no deseados, que pudieran tener relación con el inicio de la sintomatología depresiva sin obtenerse ninguna tendencia ante la baja frecuencia de tales hechos en nuestras muestras, especialmente en el caso de los primeros (sólo se referenció en 4 casos). Hubo un mayor número de embarazos o nacimientos no deseados (hasta 12), repartidos de forma equitativa entre ambos grupos. Las valoraciones de ambos cónyuges minimizan el posible factor negativo de estos acontecimientos, aunque podamos establecer hipótesis al respecto de forma individualizada dentro de cada familia.

4.1.7.5. Se estudiaron igualmente la presencia de **conflictos dentro de la pareja** y que fueran explicitados como tales, su tiempo de duración y las principales áreas de desacuerdo. Entre éstas destacaban los diferentes caracteres, las relaciones con las familias de origen, problemas con los hijos, repartos de tareas domésticas. En dos casos las áreas de desacuerdo fueron múltiples, correspondiendo a parejas con diagnóstico de distimia. Tan sólo un 20% de las parejas negaban la existencia de conflictos.

El análisis cualitativo de las diferentes parejas con la secuencia cronológica de estos conflictos y la aparición de sintomatología depresiva permite establecer patrones concretos en algunos de nuestros casos. Un hecho común a depresión mayor y distimia es la frecuente relación conflictos-recaídas, con especial relevancia de problemas con familia de origen y TDM por un lado, y problemas con familia creada (básicamente dificultades en la relación conyugal) y recaídas distímicas.

4.1.7.6. La variable “**deseo de separación**” se presentó en casi el 50% de nuestra muestra, repartida por igual entre el grupo TDM y el grupo TD. También la consideramos una variable de segundo nivel, ya que en nuestras hipótesis de partida se situaba la dificultad de ruptura más relacionada con la depresión mayor y el conflicto abierto con opción a la separación o divorcio más cercano al mundo distímico, pero una característica de la muestra y del estudio era la de evaluar parejas estables que convivieran sin una demanda clara de ayuda familiar o de pareja. Esta situación condicionaba evidentemente la respuesta a esta pregunta aunque las cifras elevadas en ambos grupos traslucen la problemática relacional subyacente (de forma parecida a la que encontramos en la variable “definición del problema”). Hay que tener en cuenta que los cambios culturales en los últimos tiempos en nuestro país han abierto la puerta al divorcio de forma tan contundente, que todos los sectores sociales y todas las franjas de población lo contemplan como una opción asequible.

4.1.7.7. Imposibilidad de ruptura. Una pregunta directa que se hizo a las parejas era si consideraban imposible por los motivos que fueran una separación o ruptura de la relación. Sólo encontramos 4 casos que explicitaran dicha imposibilidad, también repartidas equitativamente entre ambos grupos. Se trata pues de una muestra de parejas inicialmente no condicionadas por factores morales o religiosos para mantenerse unidas a cualquier costa, aunque la realidad pueda ser otra.

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

4.2. RESULTADOS RELATIVOS A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA DE PACIENTES

4.2.1. Los datos referentes a la historia del padecimiento depresivo reflejan una moderada gravedad, con baja frecuencia de intentos de suicidio y de ingresos en unidades psiquiátricas. Dichos resultados están en relación directa con otro requisito del estudio referido a que el paciente se encuentre en un estado “psicopatológico aceptable” (cuantificado mediante la escala de Hamilton para la depresión) que permita completar las entrevistas de evaluación y conseguir una fiabilidad alta en las respuestas facilitadas, en muchas ocasiones recuerdos de muchos años atrás (*Tabla 26*).

4.2.2. La edad media de inicio del trastorno se sitúa en torno a los 32 años con una media de 14 años de evolución. 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”). Se relatan más intentos de autolisis o ideaciones suicidas por parte de los /las pacientes con TDM, pero no se trata de una característica frecuente en nuestra muestra.

4.2.3. La modalidad de tratamiento farmacológico más habitualmente seguida en el momento de las entrevistas ha sido la combinación de un antidepresivo y ansiolítico tipo benzodiazepina (todos los pacientes diagnosticados se encuentran siguiendo algún tipo de pauta farmacológica) (*Tabla 26*).

4.2.4. El antecedente familiar de trastorno afectivo de algún tipo no está muy presente en nuestra muestra, a pesar de la carga genética y ambiental asociada a estos cuadros, sin que

pensemos que ello supone algún tipo de sesgo en nuestra muestra dada la proliferación de trastornos afectivos en población “no de riesgo” (sin antecedentes familiares). La “pandemia” depresiva de nuestros días parece evidente que tiene implicaciones más allá de la herencia y de los genes (aunque todo pueda estar escrito allí, como afirman algunos genetistas).

Tabla 26. Características clínicas muestra completa

	TD	N	TDM	N
Edad inicio TA	32 (18-57)		35 (21-55)	
Años evolución	13 (10,96)	41	11,38 (7,49)	41
Nº ingresos	0	18	0	15
	1	1	1	3
	2	1	2	2
	3	0	3	1
Nº tentativas	0	17	0	15
	1	2	1	3
	2	1	2	2
	3	1	3	0
	5	0	5	1
Tratamientos	AD	5	AD	6
	AD+BZD	13	AD+BZD	9
	AD+LITIO	2	AD+LITIO	6
Salud familiar	ENF CRONICA	12	ENF CRONICA	7
	ENF AGUDA	0	ENF AGUDA	3
	TR MENTAL	4	TR MENTAL	5
	NO ENF	4	NO ENF	6

AD=antidepresivo; BZD=benzodiazepina; enf=enfermedad; TA=trastorno afectivo

Tabla 27. Características clínicas grupo varones depresivos

	TD	N=6	TDM	N=8
Edad PI	46,67 ± 8,710		48,75 ± 9,316	
Edad cónyuge	42,83 ± 11,618		46,63 ± 10,663	
Edad inicio	30,67 ± 11,759		38 ± (11,976)	
Nº hijos	1,67		1,63	
Años evolución	15,83 ± 7,679		10,75 ± 9,392	
Nº ingresos	0,33 ± 0,516		0,50 ± 0,756	
Nº tentativas	0,83		0,38	
Tratamientos	AD	5	AD	3
	AD+BZD	1	AD+BZD	3
	AD+LITIO	0	AD+LITIO	2
Salud familiar	ENF CRONICA	3	ENF CRONICA	2
	ENF AGUDA	0	ENF AGUDA	1
	TR MENTAL	2	TR MENTAL	3
	NO ENF	1	NO ENF	2

AD=antidepresivo; BZD=benzodiazepina; enf=enfermedad

Tabla 28. Características clínicas grupo mujeres depresivas

	TD	N=14	TDM	N=13
Edad PI	44,64 ± 10,660		43,92 ± 10,444	
Edad cónyuge	48,43 ± 11,285		47,31 ± 10,957	
Edad inicio	32,64 ± 8,298		33,15 ± 9,848	
Nº hijos	1,50		1,85	
Años evolución	11,86 ± 12,158		11,77 ± 6,457	
Nº ingresos	0,36 ± 0,633		0,92 ± 1,165	
Nº tentativas	0,93		0,75	
Tratamientos	AD	0	AD	3
	AD+BZD	12	AD+BZD	6
	AD+LITIO	2	AD+LITIO	4
Salud familiar	ENF CRONICA	7	ENF CRONICA	5
	ENF AGUDA	0	ENF AGUDA	1
	TR MENTAL	3	TR MENTAL	3
	NO ENF	3	NO ENF	4

AD=antidepresivo; BZD=benzodiazepina; enf=enfermedad

4.3. RESULTADOS RELATIVOS A FAMILIA DE ORIGEN DE LOS PACIENTES DEPRESIVOS (TABLA 29)

En este apartado comenzamos con la parte central de nuestro trabajo que intenta validar nuestras hipótesis de partida. Intentamos combinar la aportación de datos con ejemplos clínicos que ilustren como llegamos a la obtención de dichos datos.

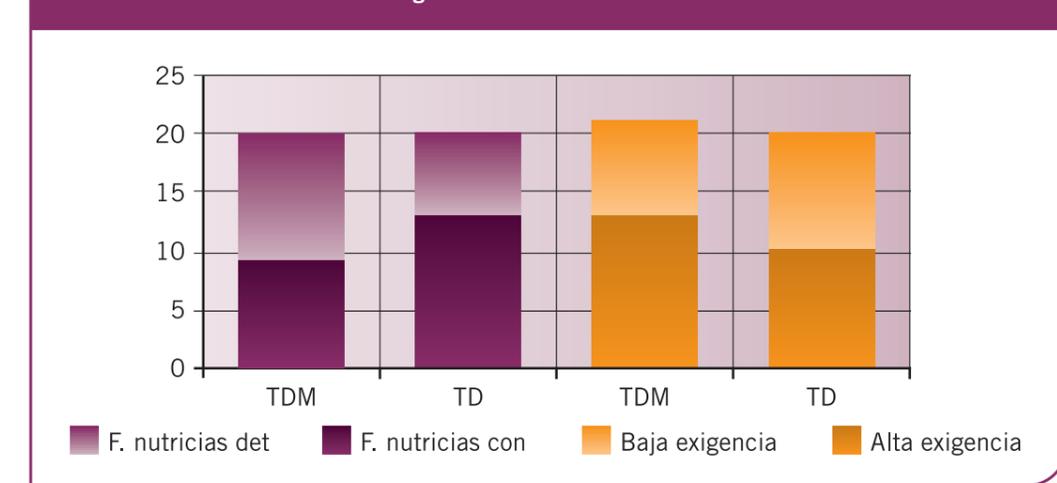
4.3.1. Al estudiar la variable **PARENTALIDAD** (Linares, 1996) en la que analizamos si las **funciones nutricias** han sido conservadas o deficitarias en la crianza del/la paciente, encontramos

más casos de déficit en la nutrición relacional en los depresivos mayores que en las distimias (11/7). 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”; “nunca tuvieron gestos de cariño o consuelo, siempre estaban agobiados por los problemas”; “nos dieron más cariño en la calle y en el colegio que en casa”, “no tenían tiempo para esas cosas”, “las muestras de cariño se consideraban una muestra de debilidad”.

Aunque en la submuestra de pacientes con TDM no se observan tendencias claras en la variable *funciones nutricias*, sin embargo en la submuestra de TD la tendencia se define en el sentido de la conservación de dichas funciones (13/7). Las diferencias no son estadísticamente significativas (figura 4).

4.3.2. En cuanto a las **funciones normativas** (incluidas también dentro de la variable parentalidad), encontramos que en la muestra de pacientes con TDM predominan aquellos que han sido educados con un nivel alto de exigencia (13/8), mientras que 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 (10/10). 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

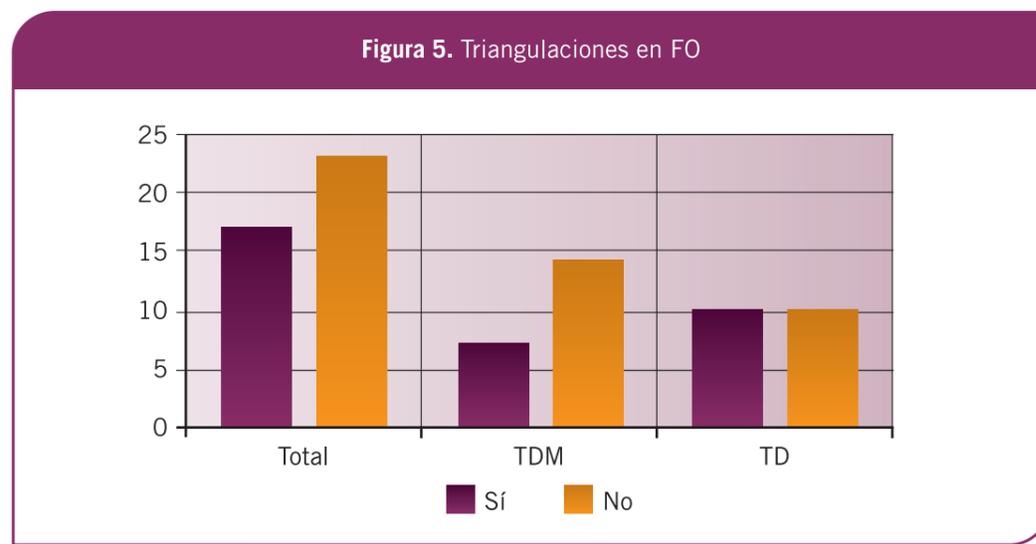
Figura 4. Parentalidad en FO



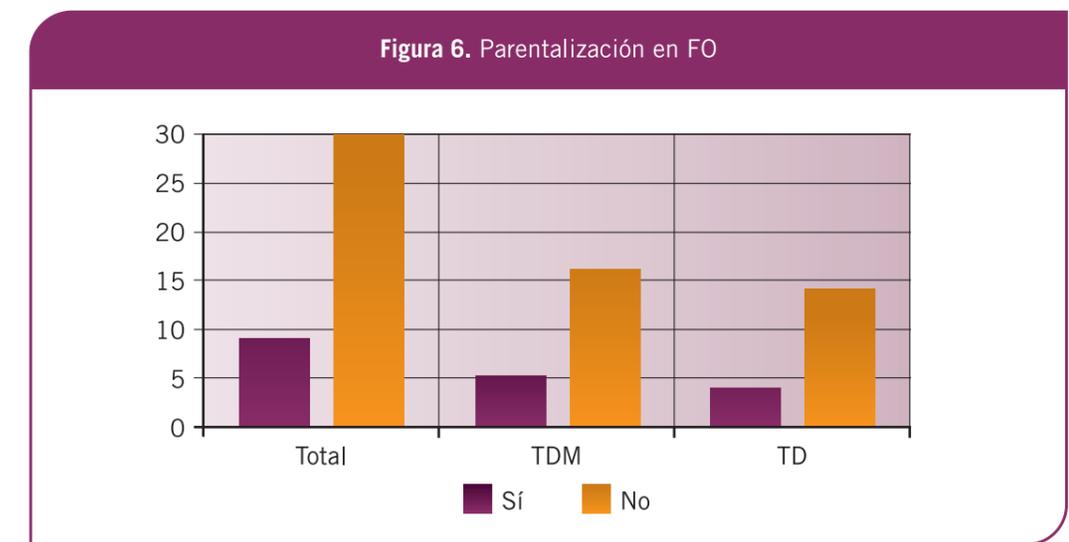
pacientes cuyos padres han muerto. Ejemplos de alto nivel de exigencia serían: “siempre me pedían más y más”, “lo más importante para ellos era el trabajo y los estudios, todo lo demás era secundario”, “me castigaban por sacar un aprobado”.

Ninguno de los resultados anteriores resulta estadísticamente significativo (Figura 4).

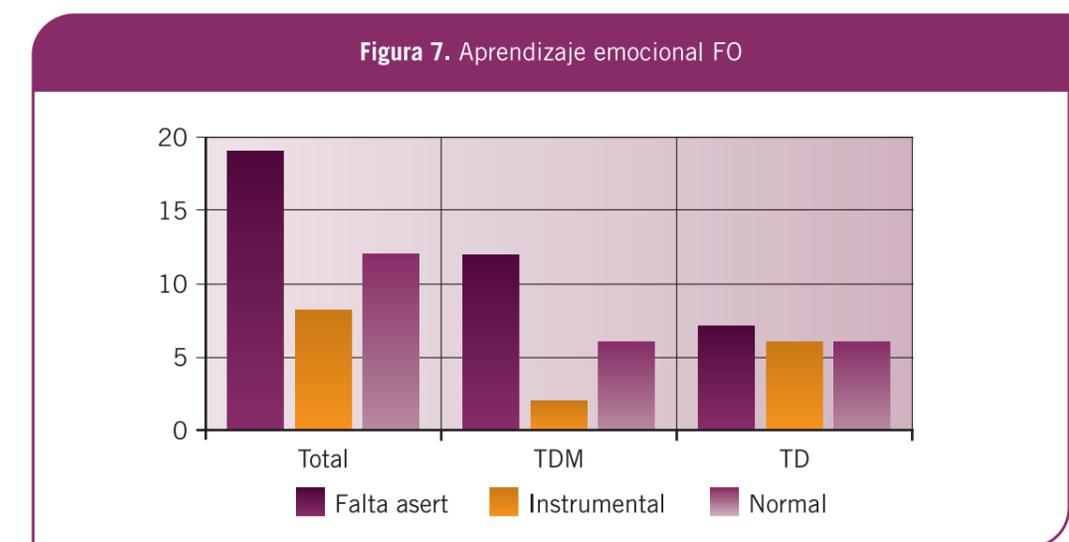
4.3.3. También en el apartado de relaciones en la familia de origen encontramos más situaciones de **triangulación** en el caso de los pacientes con TD que en los pacientes con TDM (10/7), aunque en la muestra de TD no se aprecie diferencia entre el número de pacientes que han sido” triangulados “y los que no (10/10) (Figura 5). En la submuestra de depresivos mayores las triangulaciones son relativamente poco frecuentes (7/14). Estos resultados tendrían que matizarse dado que no disponemos de datos relativos a la población general sobre la frecuencia de situaciones de triangulación y es difícil establecer si la presencia de este fenómeno en un 50% de la muestra de distímicos supone una diferencia remarcable respecto a la población general. La comparación entre nuestras tres muestras puede permitir aclarar algo este punto.



4.3.4. Parentalización. Hemos encontrado un número muy bajo de pacientes que hayan sido “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 facilitadora de situaciones de parentalización) (Figura 6).

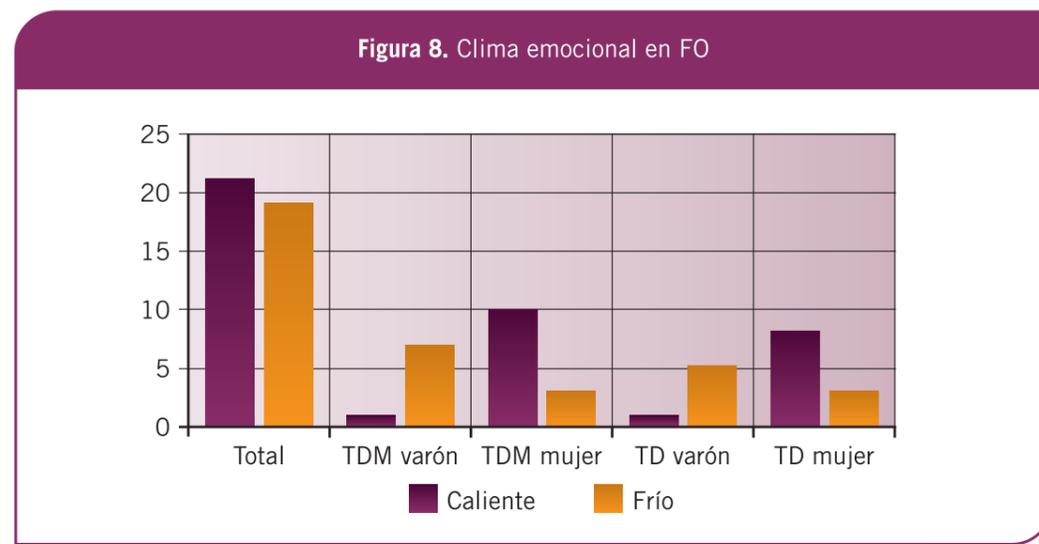


4.3.5. El aprendizaje emocional de los depresivos mayores mostraba más casos de inhibición de respuestas (no atendiendo los padres las quejas de la paciente ni resolviendo las situaciones de agravio comparativo entre hermanos:” No podíamos recriminar“, “Nosotros somos así, nos lo tragamos”, “ Mi padre me decía: tú no busques problemas, tú aguanta”) y falta de asertividad (12 casos) que los distímicos (sólo 7), donde aparecían 6 casos de instrumentalización del descontrol. Estos casos de mayor instrumentalización coincidieron con situaciones de conyugalidad de los padres del paciente depresivo descritas como disarmónicas y fueron muy poco frecuentes entre los depresivos mayores (Figura 7).

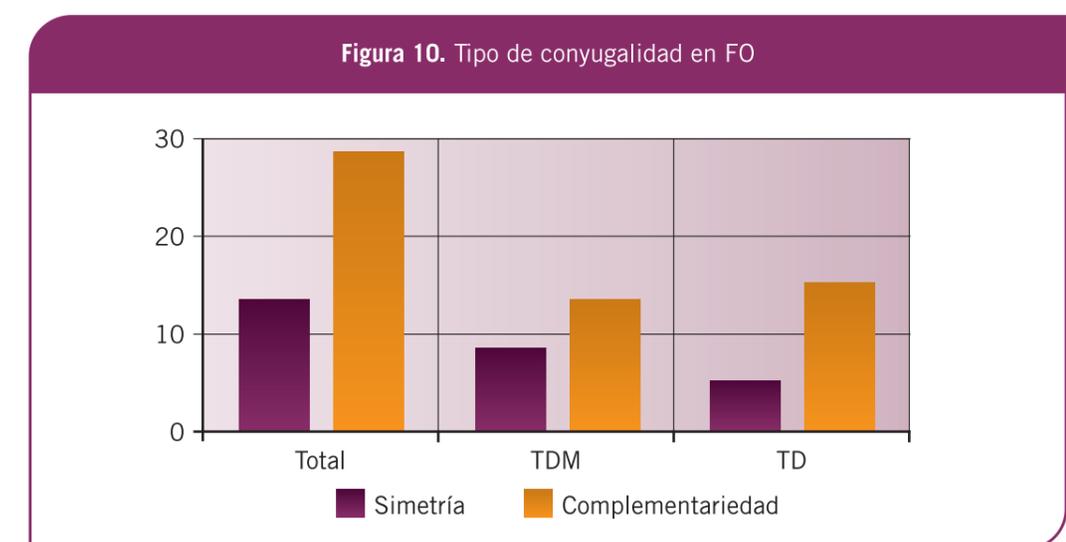
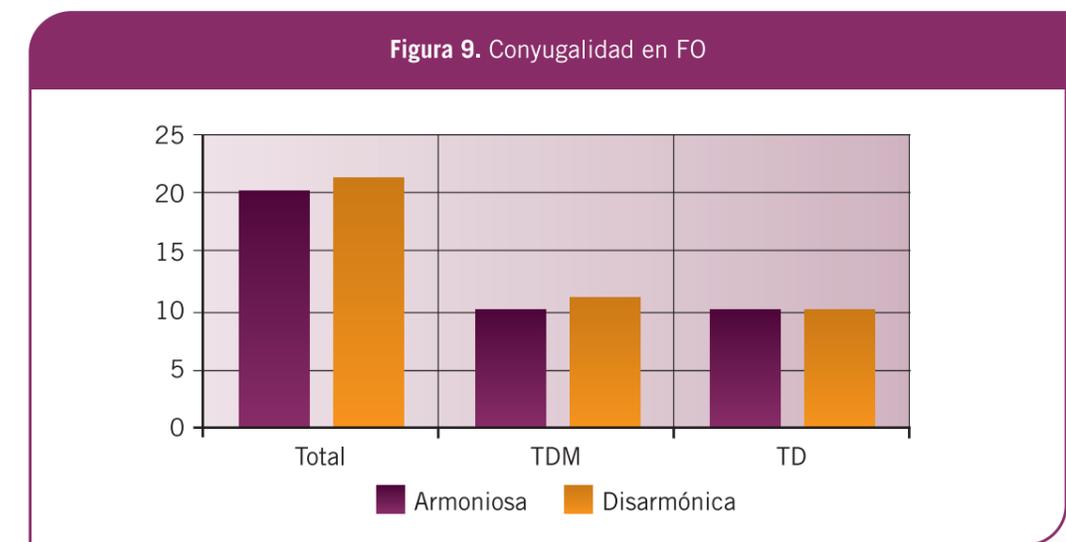


4.3.6. Los varones con TDM y con TD tienden a valorar el **clima emocional** en el que se han criado como caracterizado por un excesivo control de las emociones -frío- (“no he oído nunca una discusión”); sin embargo en la valoración que hacen las pacientes de género femenino con TDM o TD predomina el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

Globalmente aparece un reparto equitativo de ambos tipos de clima emocional según el tipo de diagnóstico (TDM 11/10; TD 10/9) (Figura 8).



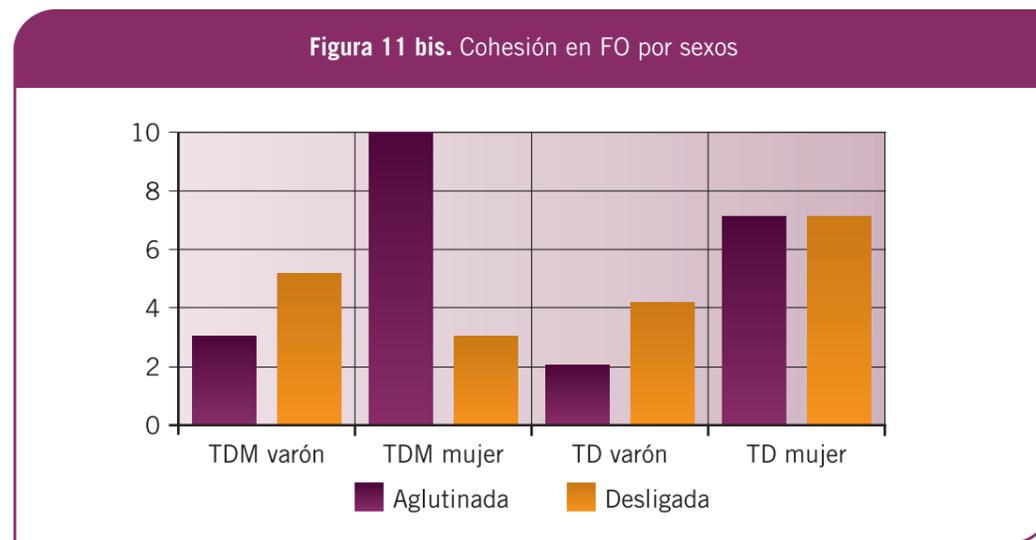
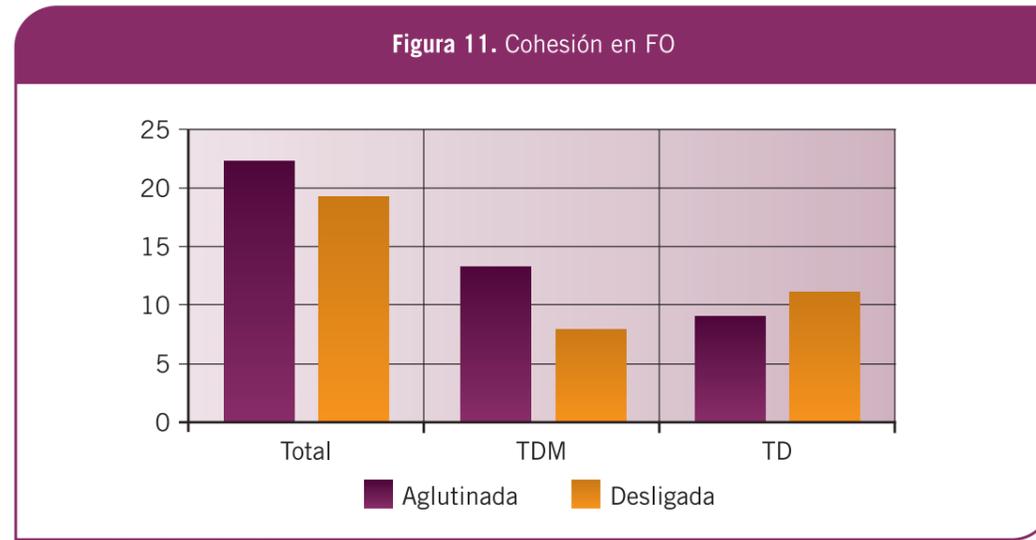
4.3.7. En cuanto a la **CONYUGALIDAD** (Linares, 1996) en la familia de origen no se manifiesta ninguna tendencia, siendo similar el número de casos en los que es valorada como *armónica* o *armoniosa* (“no he oído nunca una discusión, el ambiente que yo recuerdo era bueno”) y *disarmónica* (“Mi madre con mi padre se llevan mal. No hay diálogo. Mi padre se siente rechazado por ella, yo creo que no lo quiere”. “El 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* (13/28) (“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”) (Figuras 9 y 10).



4.3.8. 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 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 juntos”. Este resultado resulta coherente con la valoración del clima emocional frío que también predomina entre los varones con TDM (compartido en ese punto por los varones con TD).

En el caso de pacientes distímicos no parecen existir estas diferencias entre varones y mujeres con niveles de cohesión similares (Figura 11 y 11 bis).

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas en relación con la familia de origen de los pacientes y sus cónyuges.



4.3.9. El tipo de relación actual que mantienen con las respectivas familias de origen es descrito en líneas generales como poco conflictivo tanto para el grupo TDM como para el grupo TD, aunque ampliaremos estos resultados en el apartado relativo a familia creada, analizando las variables “aceptación inicial por la familia de origen”, “cumplimiento de las expectativas en la relación con la familia de origen” y “conflicto de lealtades respecto a la familia de origen”.

Tabla 29. Resultados variables relacionadas con familia de origen del PI

VARIABLES	TDM			TD		
	PI MUJER	PI VARON	TOTAL	PI MUJER	PI VARON	TOTAL
PARENTALIDAD						
Funciones Nutricias:						
Conservadas	7	3	10	11	2	13
Deficitarias	6	5	11	3	4	7
Funciones normativas:						
Alta exigencia	8	5	13	7	3	10
Baja exigencia	5	3	8	7	3	10
Triangulación						
Sí	5	2	7	8	2	10
No	8	6	14	6	4	10
Parentalización:						
Sí	4	1	5	3	1	4
No	9	7	16	10	5	14
CONYUGALIDAD						
Armoniosa	5	5	10	6	4	10
Disarmónica	8	3	11	8	2	10
Prevalencia relación						
Simétrica	6	2	8	4	1	5
Complementaria	7	6	13	10	5	15
Clima emocional						
Caliente	10	1	11	10	1	11
Frío	3	7	10	4	5	9
Aprendizaje emocional						
Falta asertividad	8	3	11	5	2	7
Instrumentalización	2	0	2	4	2	6
Cohesión						
Aglutinada	10	3	13	7	2	9
Desligada	3	5	8	7	4	11

4.4. RESULTADOS RELATIVOS A FAMILIA CREADA DE PACIENTES DISTÍMICOS Y DEPRESIVOS MAYORES

Abordamos ahora los resultados obtenidos en relación a la familia creada por nuestros pacientes, en sus aspectos más relacionales (los datos epidemiológicos de la familia de procreación o familia creada se reflejan en apartados previos).

4.4.1. Dentro de la dimensión **CONYUGALIDAD DE LA PAREJA** encontramos diversas variables que iremos desglosando:

4.4.1.1. 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) mientras que las pacientes mujeres con TDM 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* (“ El aportaba años al matrimonio, si una es joven y se deja guiar por un hombre de edad,...yo me dejé guiar”). En la muestra de TD, los pacientes varones manifiestan tendencia a elegir un cónyuge protector, sin embargo las mujeres eligen más una figura de compañero con el que establecen una *relación predominante 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, no significativa a nivel estadístico pero congruente con nuestros supuestos teóricos (Figura 12).

Encontramos diferencias significativas entre las mujeres con TDM y las mujeres con TD (Figura 12bis).

4.4.1.2. Encontramos diferencias (no significativas aunque con tendencias claras) 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

Figura 12. Tipo relación conyugal

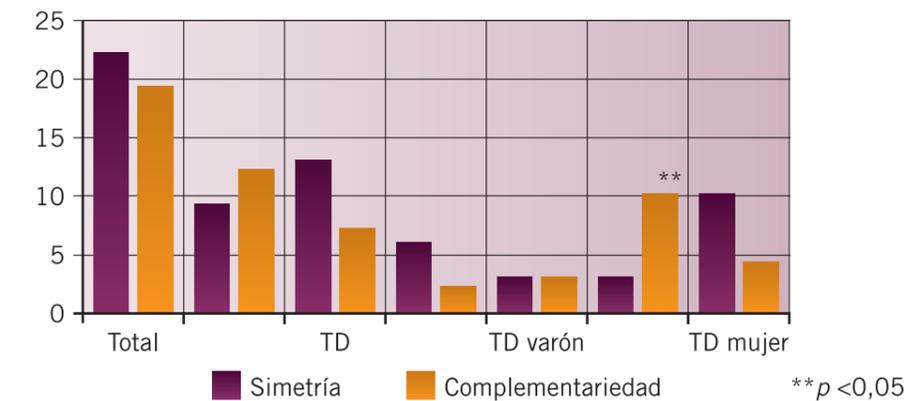
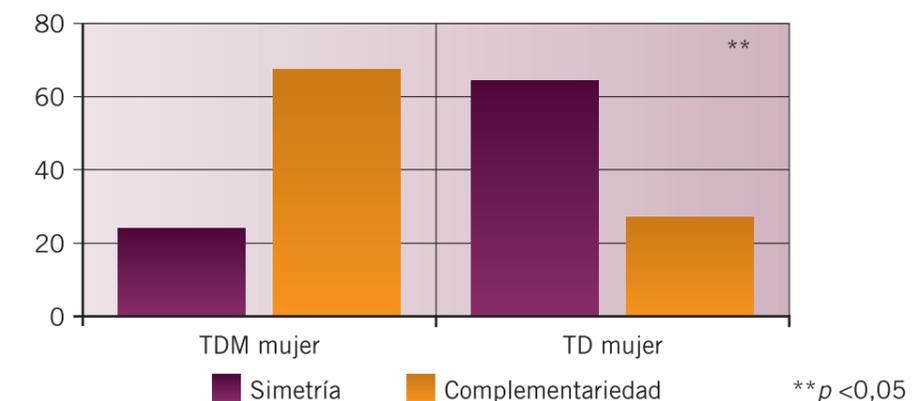
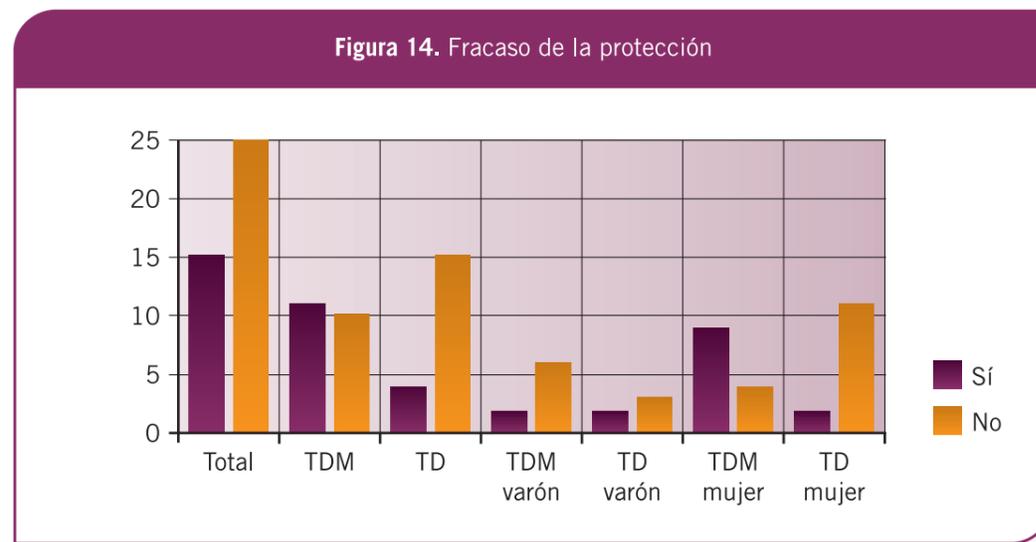
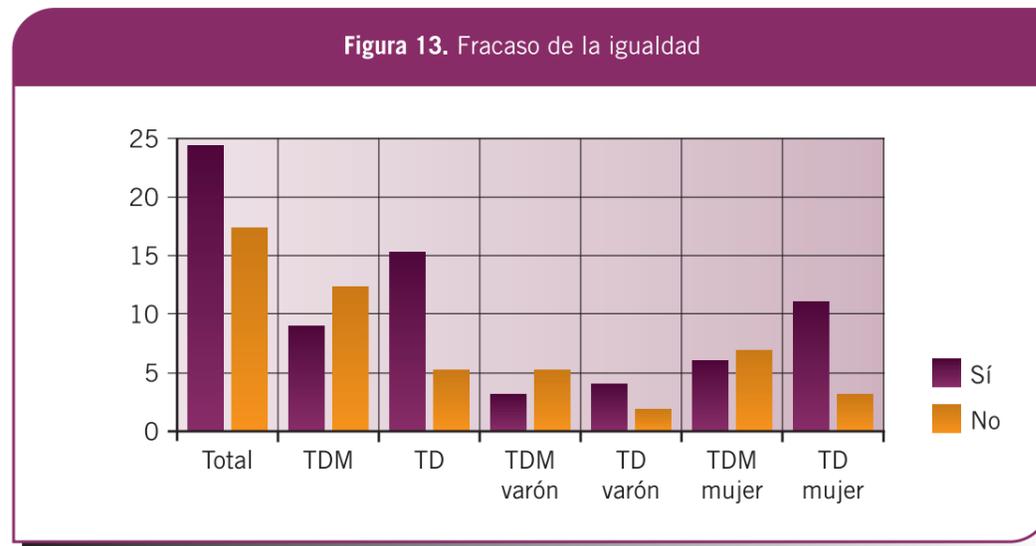


Figura 12 bis. Tipo relación conyugal



igualdad y compañerismo (figuras 13 y 14), rechazando un posible fracaso de la protección, mientras que los depresivos mayores se repartían de forma equilibrada entre fracaso de la igualdad y fracaso de la protección. Evidentemente la enfermedad depresiva supone una pérdida de “status” para el paciente aunque no debiera conllevar obligatoriamente un cambio significativo en la cualidad de su relación de pareja. Sin embargo, la valoración que pacientes y cónyuges hacen sí apunta en esa dirección.

Resulta quizás más comprensible la pérdida del sentimiento de igualdad en la relación por la intromisión del malestar depresivo que acompaña a los diversos factores desestabiliza-



dores que pueden entrar en juego, pero no ocurre lo mismo en el caso del fracaso de la protección de los depresivos mayores. En estas situaciones la explicación más plausible es que esta pauta relacional implícita (en términos de protección y cuidados) jugara un papel destacado en el seno de estas parejas y la aparición o mantenimiento del cuadro afectivo provocara su desestabilización. Se trataría de un fracaso de fondo, a menudo encubierto por una apariencia protectora.

4.4.1.3. Áreas de conflicto: A lo largo de las entrevistas las parejas tienden a *explicitar los conflictos y no negarlos* (“Primero estaban sus padres y sus hermanos y luego estaba yo. Me repelía tener relaciones con él. Nos discutimos bastante por celos. Si no me siento querida por él, no puedo sentirme querida por su familia. Yo he sido una mujer muy ardiente, yo necesitaba más. Después de casarnos el cine teatro y baile se acabaron; se acabó la mari-morena. Ella estaba volcada en su familia. Desde novios nos enfadábamos mucho y discutíamos mucho, no hemos congeniado. Yo no era feliz porque él no estaba por mí. Esperaba que las cosas cambiasen por la convivencia. Cuando nos casamos se cegó por el trabajo”).

El diseño de las entrevistas es facilitador de la explicitación de conflictos en los casos que los hubiere (*anexo 2*).

Existían áreas de conflicto de pareja 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”).

Resulta interesante comparar los años de evolución de la enfermedad, los años de evolución de los conflictos relacionales y el tiempo total de matrimonio o convivencia estable. El tiempo medio de duración de la convivencia es muy superior al de evolución de la enfermedad tanto en el grupo de TD como en el de TDM (*tablas 30 y 31*), mientras que los años de conflicto relacional son muy parejos a los de evolución de la enfermedad.

Tabla 30. Relación conflictos pareja con inicio TA

	Grupo TDM	Grupo TD
Tiempo matrimonio	20,67 ± 10,71	20,35 ± 10,67
Evolució trastorno afectivo	11,38 ± 7,49	13,05 ± 10,96
Años conflicto pareja	12,05 ± 9,95	12,39 ± 11,59

Tabla 31. Relación conflictos pareja con inicio TA (por sexos)

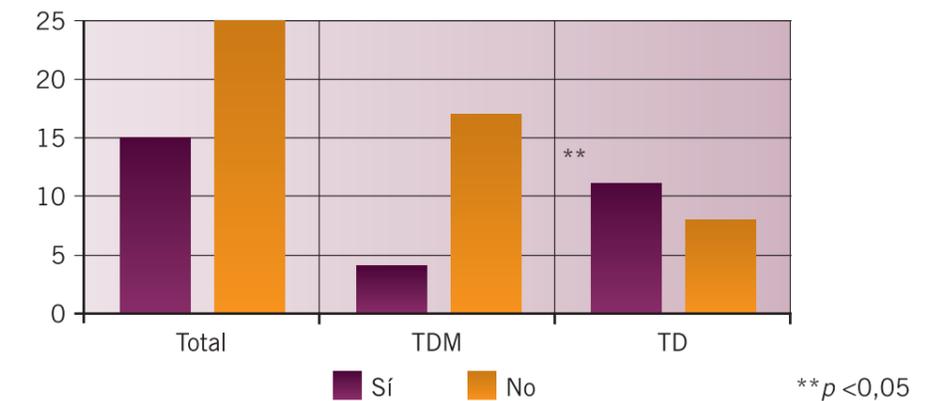
	VARON TDM	MUJER TDM	VARON TD	MUJER TD
Tiempo matrimonio	19,88±10,93	21,15±10,99	20,67±9,62	20,21±11,44
Evolució trastorno afectivo	10,75±9,39	11,77±6,45	15,83±7,67	11,86±12,15
Años conflicto pareja	7,71±6,89	14,58±10,83	12,50±6,38	12,33±13,76

No encontramos diferencias significativas por grupos diagnósticos y sexo excepto en el grupo TDM, donde las mujeres presentan una conflictividad de pareja que duplica la de los hombres, con tiempos de convivencia y de evolución del trastorno afectivo similares. Parece que las mujeres con TDM tienden a conflictuarse con sus parejas mucho antes que aparezca el trastorno afectivo. Sin embargo el reducido número de casos de ambas submuestras dificulta las conclusiones al respecto.

4.4.2. La dimensión **PARENTALIDAD** dentro de la familia creada ha sido analizada de forma indirecta debido a que la presencia del fenómeno depresivo distorsionaba la adecuada valoración de los roles parentales. En general han sido escasas las referencias al abandono de dichos roles, dándose situaciones diversas de normatividad y expresión de afecto. Las variables que nos han facilitado información sobre el estado de la parentalidad fueron la presencia o no de triangulaciones y/o parentalizaciones en el seno de la familia creada. Supone una limitación a la hora de comparar con los grupos control y la mencionamos en el apartado correspondiente de la metodología.

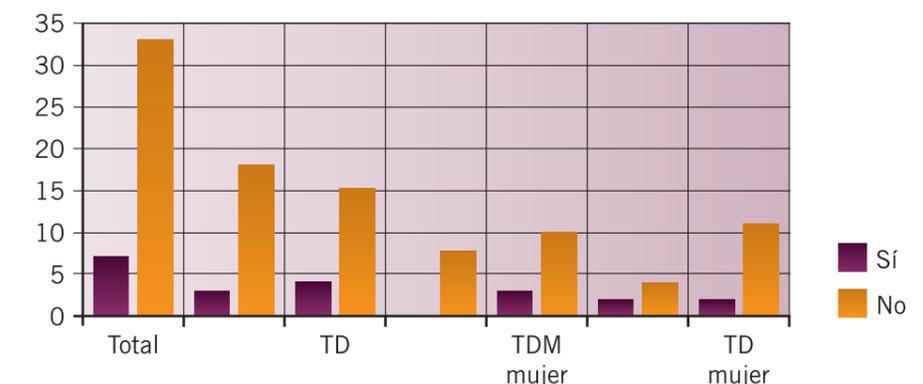
4.4.2.1. Existe una mayor frecuencia de triangulaciones con implicación de alguno de los hijos en el grupo TD (>55%), algo muy poco frecuente entre los depresivos mayores (<20%), diferencia que resulta significativa entre ambos grupos (Figura 15). En las submuestras por sexo las diferencias no llegan a ser significativas.

Figura 15. Triangulaciones en familia creada



4.4.2.2. Encontramos muy pocos casos de **parentalización** de hijos en ambos grupos (<20%), situación esperable ya que habitualmente en los trastornos afectivos no hay una ausencia completa del rol parental como en otras patologías psiquiátricas (psicosis, alcoholismo, etc.) o situaciones de abandono, exceptuando aquellos con alguna sintomatología de la esfera psicótica, como el trastorno bipolar o el esquizoafectivo.

Figura 16. Parentalización en familia creada



4.5. RESULTADOS RELATIVOS A SÍNTOMAS DESDE EL PUNTO DE VISTA RELACIONAL (TABLA 32)

Englobamos en este apartado de los resultados una serie de variables relacionadas tangencialmente con la sintomatología depresiva, como son la definición del problema que hacen los miembros de la familia (en términos de conflicto relacional, enfermedad, ambas situaciones u otras posibles definiciones). Igualmente estudiamos la unanimidad o visión compartida por ambos miembros de la pareja de la definición anterior (con un análisis de la diversidad de elementos que pueden intervenir en visiones compartidas o divergentes). También se valora la existencia o no de factores externos negativos directamente relacionados con la sintomatología afectiva (desglosando posibles reactivaciones de conflictos con las familias de origen del cónyuge) y el posible papel de los síntomas como un “reto” al que se enfrenta el cónyuge sano y que se plantea como objetivo primordial, la posible función del síntoma como inductor de cambios de conductas dentro de la familia creada (uno de los conceptos más clásicos del modelo sistémico) (Henderson, 1974).

4.5.1. Respecto a la variable “definición del problema” que hacen los/las pacientes encontramos que un número importante de ellos (casi un 50%) definen su situación como un conflicto relacional (recordemos en este punto que la derivación de las familias a nuestro estudio se llevaba a cabo bajo la premisa de ampliar el conocimiento y poder darles una ayuda más efectiva, sin una indicación de terapia familiar o de pareja establecida).

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 experimento mejoría, he estado ingresada”), a medida que se explora la relación con FO y pareja explicitan algún tipo de conflicto relacional, no necesariamente asociado o implicado con el problema afectivo.

4.5.2. UNANIMIDAD EN LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. En general, ambos cónyuges comparten la visión del problema, ya sea como enfermedad o como conflicto relacional, constatándose un bajo nivel de discrepancia respecto a la naturaleza del fenómeno. Comentábamos anteriormente la necesidad de análisis cualitativos muy exhaustivos en los casos de discrepancia dada la

multitud de potenciales factores intervinientes, desde planteamientos vitales más psicologizantes o más medicalizados, influencias del entorno con opiniones a su vez diversas, etc.

4.5.3. También resulta interesante que en casi un 20% de la muestra (tanto del grupo distimia como del grupo TDM) está presente la variable “reto para el cónyuge frente al diagnóstico”, es decir, el cónyuge del paciente deprimido se toma la depresión como un reto personal contra el que tiene que luchar para “salvar” al paciente. Es una actitud comprensible y que podemos observar en otros ámbitos sanitarios con unas consecuencias dignas de tener en cuenta si el proceso es muy largo. El sentimiento de fracaso frente a dicho reto puede ser muy superior al experimentado frente a enfermedades que no despiertan una actitud combativa por su aparente invulnerabilidad.

4.5.4. PAPEL INDUCTOR DE LOS SÍNTOMAS. Uno de los resultados más destacables obtenidos en este apartado, es la observación en una mayoría de familias pertenecientes a ambas muestras, del papel inductor que adquieren los síntomas para obtener un cambio de conducta del cónyuge o de otros familiares próximos. Tanto en los casos de distimia como en los de depresión mayor asistimos a unos cambios conductuales que iban más allá de los meramente adaptativos, en unos casos más encaminados a mantener la homeostasis y en otros enfocados a la búsqueda de soluciones (mecanismos morfogenéticos).

En el caso de Pedro y Mercedes los movimientos de él encaminados a liberarse del exceso de trabajo no se traducían en un mayor acompañamiento y cercanía a su mujer, sino en el mantenimiento de la distancia emocional que les separaba. Por el contrario otra pareja, Jordi y Montse, movilizada por la depresión de ella puso en marcha toda una serie de cambios pragmáticos y emocionales que facilitaron la resolución de los síntomas.

4.5.5. REACTIVACIÓN DE CONFLICTOS CON FO. Encontramos en el subgrupo de mujeres con TD y TDM, un proceso bastante generalizado de reactivación de los conflictos con su FO, así como una mayor incidencia de factores externos desfavorables (en comparación con los hombres de ambos grupos). Este resultado se discute desde un punto de vista cualitativo más adelante.

En su conjunto, las diferentes variables estudiadas no mostraron diferencias destacadas entre ambos grupos, aunque sí hay algunos datos destacables y susceptibles de estudiar con muestras mayores. No fue posible comparar los resultados de estas variables con los grupos control al estar todas ellas directamente relacionadas con las conductas sintomáticas, inicialmente no presentes en dichos grupos control.

Tabla 32. Síntomas desde el punto de vista relacional

VARIABLES	TDM			TD		
	PI MUJER	PI VARON	TOTAL	PI MUJER	PI VARON	TOTAL
Definición del problema						
Conflicto relacional	5	5	10	4	4	8
Enfermedad	7	3	10	5	5	10
Ambas	1	0	1	1	1	2
Unanimidad definición						
Sí	10	7	17	11	5	16
No	3	1	4	3	1	4
Factores externos desfavorables						
Sí	10	5	15	11	4	15
No	3	3	6	3	2	5
Papel inductor síntomas						
Sí	12	5	17	13	4	17
No	1	3	4	1	2	3
Síntomas como reto para el cónyuge						
Sí	3	2	5	4	1	5
No	10	6	16	10	5	15
Reactivación conflictos con F.O.						
Sí	7	1	8	8	3	11
No	6	7	13	6	3	9

4.6. FAMILIA CREADA VERSUS GRUPOS CONTROL

(FAMILIA DE ORIGEN DEL PACIENTE Y FAMILIA DE ORIGEN DEL CÓNYUGE)

Analizamos en este epígrafe las diferencias existentes entre las familias creadas por nuestros pacientes y los dos grupos controles de familias (que corresponderían a las familias de origen de los pacientes y las familias de origen de sus cónyuges) en algunas de las variables estudiadas.

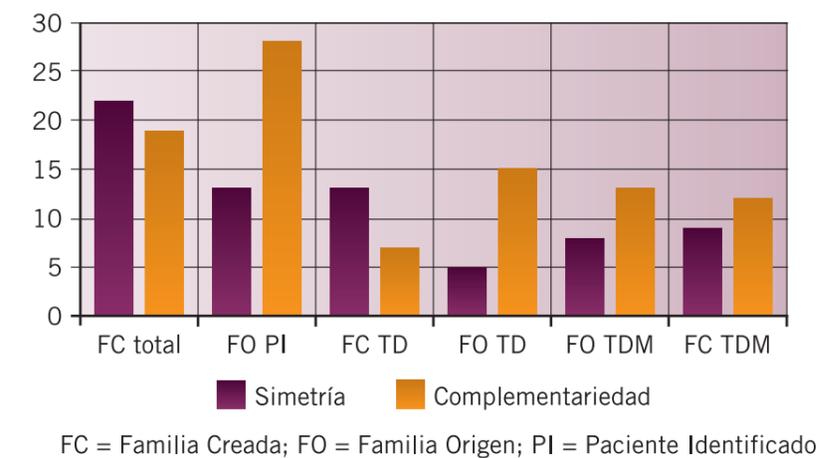
Se estudian el tipo de conyugalidad prevalente; la conservación o deterioro de la conyugalidad; la presencia de triangulaciones o parentalizaciones dentro de cada grupo de familias; cohesión familiar; clima emocional percibido y aprendizaje emocional.

4.6.1. FAMILIA CREADA vs. FAMILIA DE ORIGEN DEL PACIENTE

No encontramos diferencias significativas en las variables estudiadas entre la familia creada y la propia familia de origen del paciente. Sólo apreciamos una tendencia en el tipo de relación conyugal establecida, tendente a la simetría en la familia creada y a la complementariedad en la familia de origen, pero no significativa a nivel estadístico.

Analizando por separado los subgrupos diagnósticos TDM y TD esta tendencia parece acentuarse en el grupo TD sin alcanzar significación por el reducido número de las muestras (Figura 17).

Figura 17. Tipo relación conyugal familia creada / familia origen PI



4.6.2. FAMILIA CREADA vs FAMILIA DE ORIGEN DEL CÓNYUGE

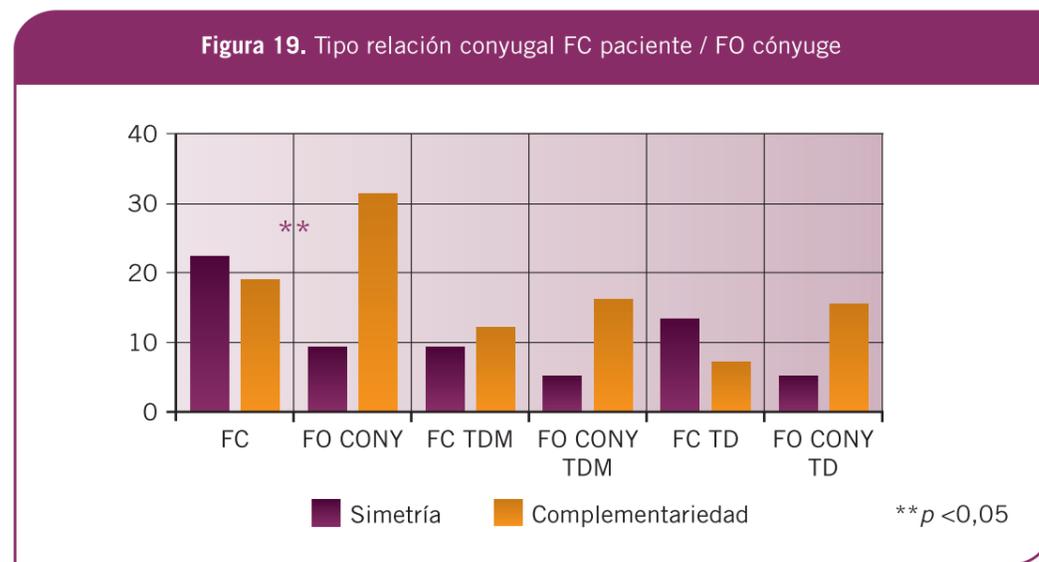
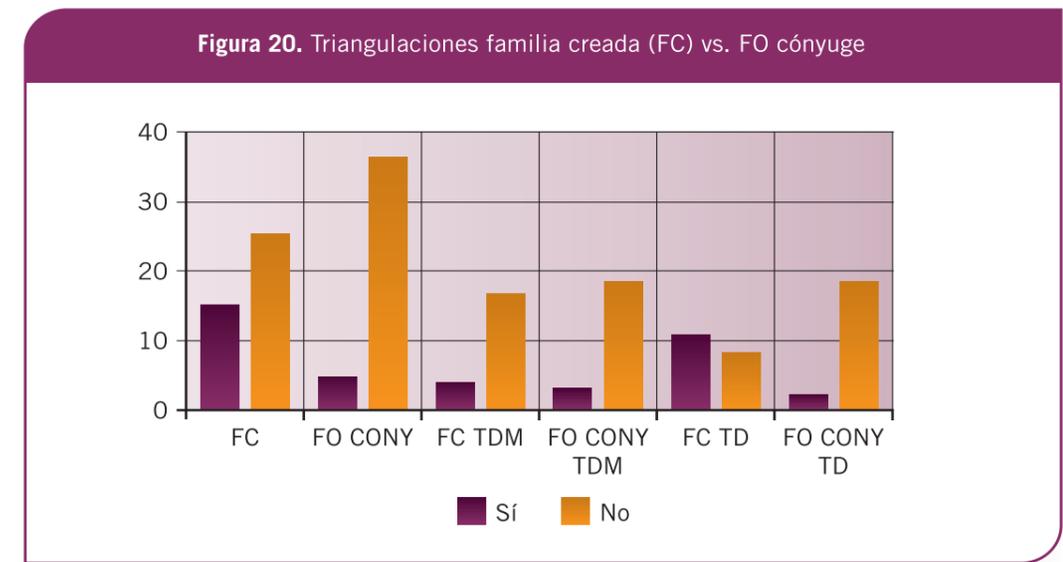
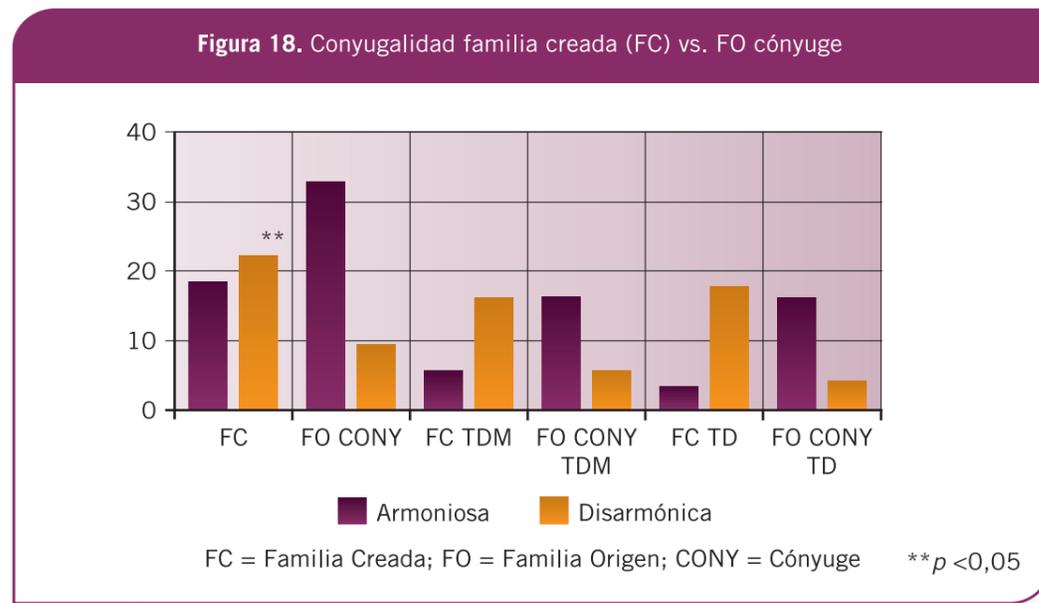
4.6.2.1. Encontramos diferencias significativas en las variables **conservación de la conyugalidad y tipo de relación conyugal prevalente.**

La relación conyugal era más disarmónica en la familia creada que en la FO de los cónyuges (Figura 18).

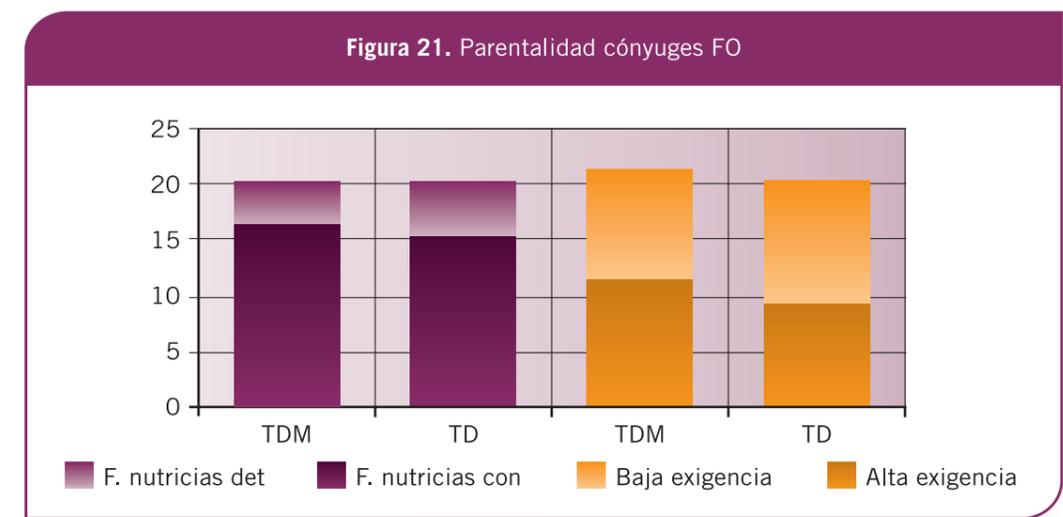
La relación conyugal prevalente en la familia creada es simétrica frente a la complementariedad de la familia de los cónyuges (Figura 19).

4.6.2.2. Aparecen más casos de **triangulaciones** en las familias creadas que en las FO de los cónyuges sin que las diferencias lleguen a ser significativas (Figura 20).

Por subgrupos diagnósticos se mantiene la tendencia en el grupo TD para las tres variables (no significativo por el reducido número de la muestra), lo que no ocurre de forma tan clara con el grupo TDM.



4.6.2.3. No encontramos diferencias únicamente en la variable **parentalización** con cifras bajas tanto en el grupo de familia creada como en el de familias de origen de los cónyuges (Figura 21).

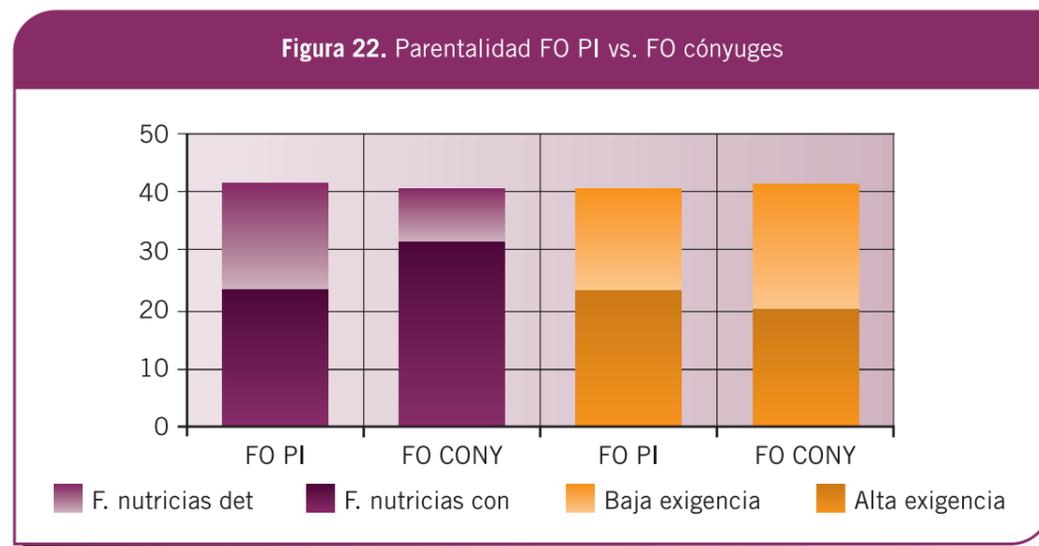


4.6.3. FAMILIA DE ORIGEN PI vs FAMILIA DE ORIGEN CÓNYUGE

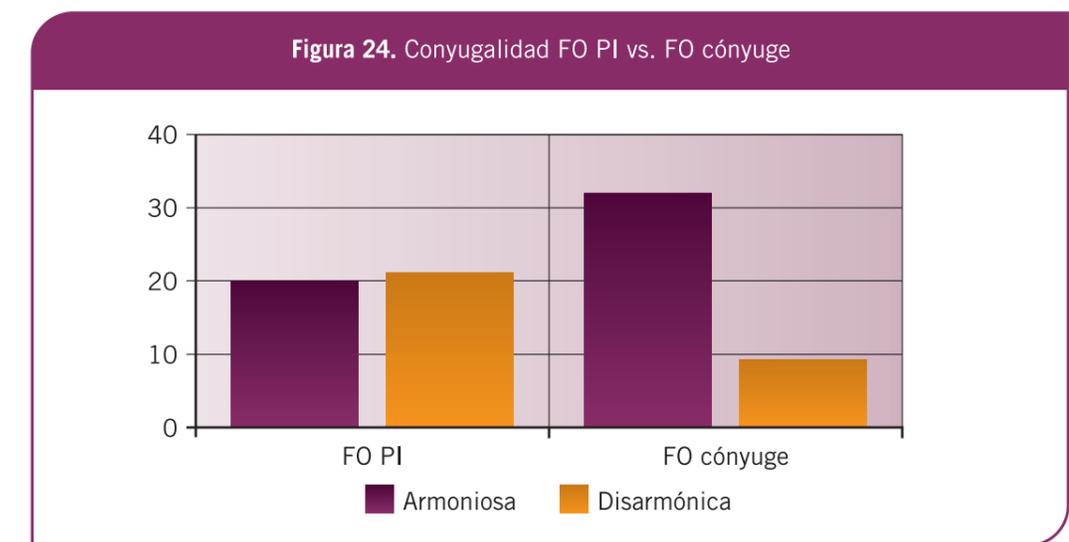
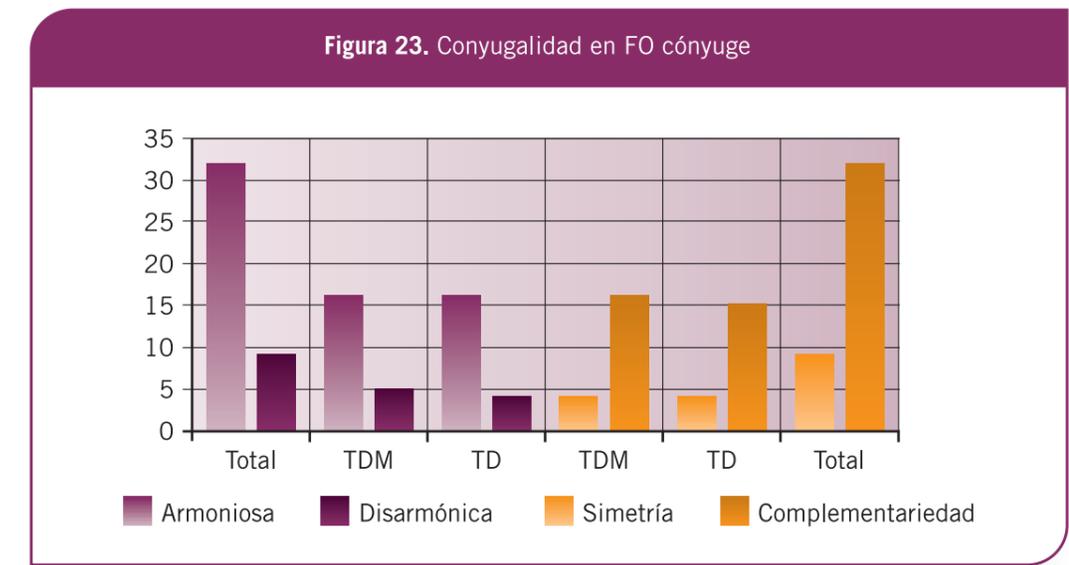
Este apartado de los resultados no está directamente relacionado con nuestro objeto de estudio, pero hemos considerado interesante incorporarlo al comparar las familias de origen de nuestros pacientes (sobre las que tenemos unas hipótesis previas de funcionamiento y tipo de relación), con las familias de origen de sus cónyuges, sobre las que a priori no habíamos teorizado.

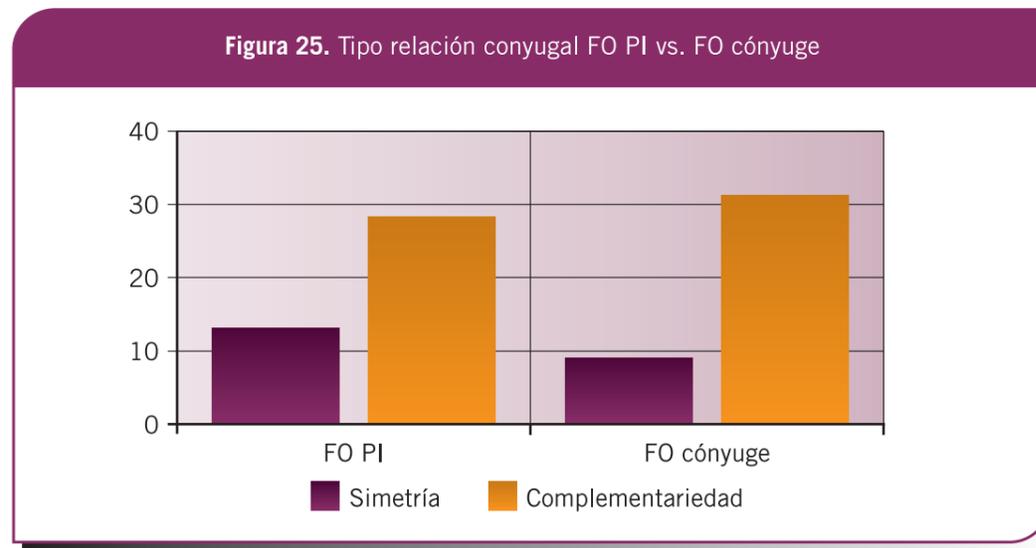
4.6.3.1. La **parentalidad** en la familia de origen de los cónyuges de nuestras muestras presentaban una conservación mayoritaria de las funciones nutricias (31/9), tanto en el grupo cónyuges TDM como en el grupo cónyuges TD, así como un balance equilibrado en el nivel normativo (20/21), también para ambos grupos (Figura 21).

No encontramos diferencias significativas entre la familia de origen de los pacientes y la familia de origen de sus cónyuges en la variable parentalidad (ni en su vertiente de funciones nutricias ni en las funciones normativas) (Figura 22). Tampoco encontramos diferencias cuando analizamos el grupo de depresivos mayores y el de distímicos por separado en relación con esta variable.



4.6.3.2. La **conyugalidad** de los padres de nuestros cónyuges era mayoritariamente armoniosa, con predominio de relaciones complementarias en ambos grupos (Figura 23). No encontramos diferencias significativas entre la familia de origen de los pacientes y la familia de origen de sus cónyuges en la variable "tipo de conyugalidad", aunque las familias de origen de nuestros pacientes presentaban claramente una relación conyugal más disarmónica y con mayor aparición de relaciones simétricas que las familias de sus cónyuges (Figuras 24 y 25).



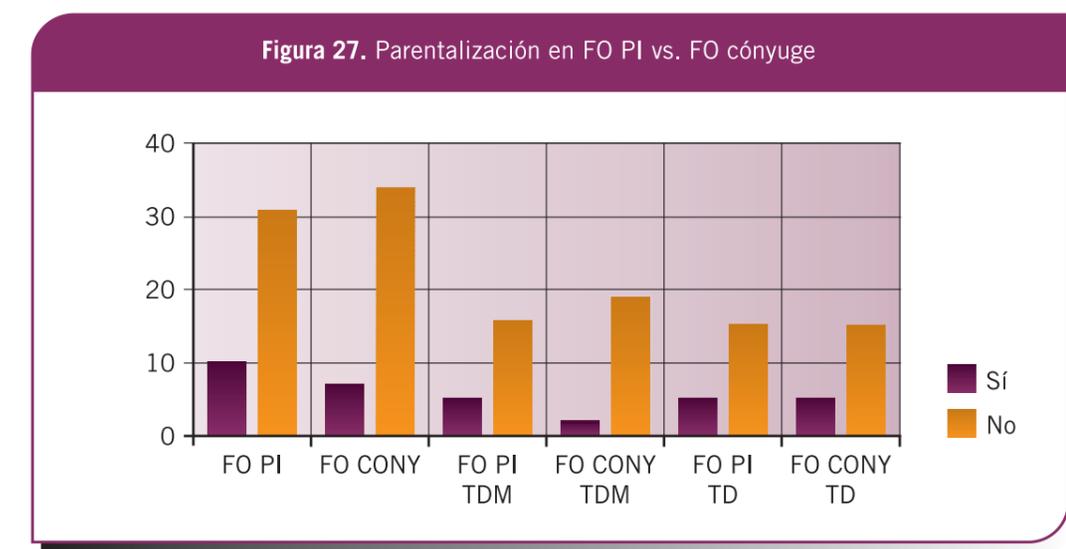
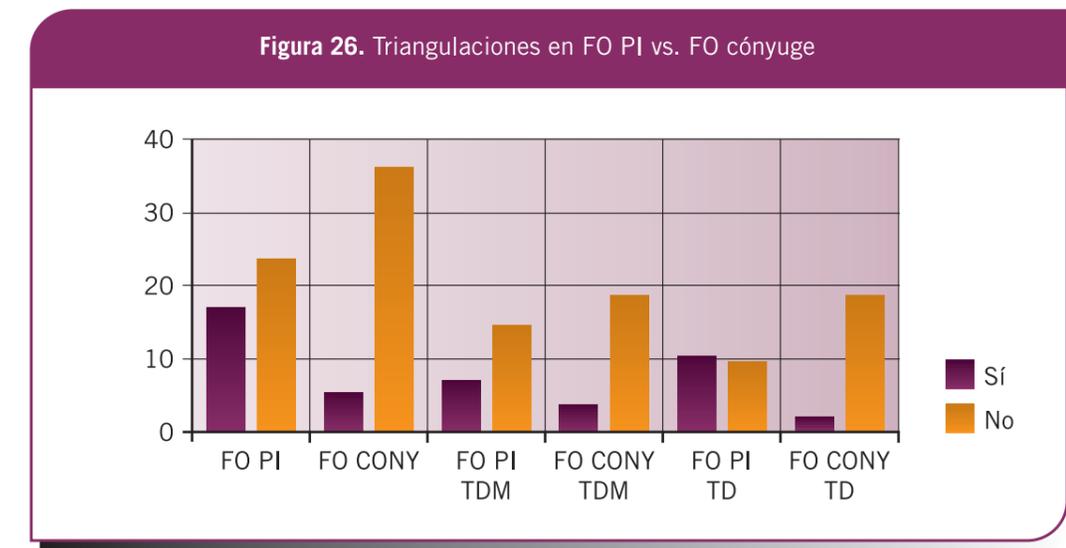


Las diferencias existentes en los dos grupos en las anteriores variables corresponden principalmente al grupo TD, mientras en el grupo TDM presenta unos perfiles entre ambas familias más parecidos. Tan sólo podemos elucubrar sin mucho fundamento respecto a estos resultados ya que no partíamos de unas hipótesis previas sobre las familias de origen de nuestros cónyuges.

4.6.3.3. No encontramos frecuentes triangulaciones (5/36) ni situaciones de parentalización (7/34) en las FO de los cónyuges, con diferencias llamativas (no significativas a nivel estadístico) respecto a las familias de origen de los pacientes en el caso de las triangulaciones, no así con las parentalizaciones. Es decir, las familias de los pacientes tienden a triangular más a sus hijos que las familias de sus cónyuges, donde dicha situación sería casi anecdótica (Figuras 26 y 27).

Al igual que las variables anteriores la diferencia parece radicar principalmente en el grupo distimia.

4.6.3.4. No encontramos diferencias significativas entre familias de cónyuges y familias de pacientes en las variables “clima emocional”, “aprendizaje emocional” y “cohesión familiar”.



4.7. RESULTADOS RELATIVOS AL TEST FAMILIAR FAST

La muestra evaluada mediante este instrumento está formada únicamente por doce familias de la muestra global estudiada. Se planteó inicialmente como un estudio exploratorio utilizando un instrumento no validado en población española y con dificultades de adaptación a las hipótesis de nuestro estudio, pero la ausencia de instrumentos ad hoc nos impulsó a ello.

Las variables que estudia este instrumento se relacionan únicamente con las de la familia creada por nuestros pacientes, no proporcionando datos de las familias de origen de los mismos ni de sus cónyuges.

Tras los primeros análisis exploratorios se concluyó que el test proporcionaba mucha información adicional pero dificultaba el análisis de los resultados por lo que se decidió suspender su aplicación. No obstante, consideramos de interés reflejar los resultados obtenidos con este instrumento y la información adicional que proporciona.

4.7.1. Se seleccionaron las primeras doce familias de la muestra global ya presentada. En todas las familias evaluadas hay un miembro del sistema parental que presenta algún tipo de trastorno depresivo. En seis familias el paciente tiene un diagnóstico de TDM, en seis el diagnóstico es de distimia. En ocho de los casos, el paciente identificado es la mujer (tres con depresión mayor y cinco con distimia), y en cuatro es el hombre (tres con depresión mayor, uno con distimia) (Figura 28).

Seis familias tienen hijos pequeños (entre 3 y 7 años), que no han estado presentes en las sesiones ni han participado en la pasación del test. Otras seis tienen hijos con edades comprendidas entre los 10 y los 26 años, que han participado en la pasación del test y en la primera entrevista semiestructurada.

Existen factores de emigración en algunas de las familias. El lugar de procedencia de los cuatro hombres con diagnóstico de trastorno afectivo es Cataluña, tres de sus cónyuges son catalanas y una del resto de España. De las ocho mujeres pacientes, cuatro son catalanas y las

cuatro restantes proceden de diferentes lugares de España. Varios de sus cónyuges son de fuera de Cataluña. No hay ninguno que sea de fuera del estado español.

4.7.2. En primer lugar abordamos las diferencias de **cohesión intrafamiliar** medidas por el FAST entre nuestros dos diagnósticos, diferenciando las valoraciones del cónyuge varón, del cónyuge mujer y del grupo familiar, con la media de todas ellas. El concepto cohesión intrafamiliar aparece descrito en el capítulo de metodología y descripción del instrumento.

En la *tabla 33* y *figura 29* aparecen reflejados los porcentajes de los diferentes tipos de cohesión familiar y las diferencias entre diagnósticos.

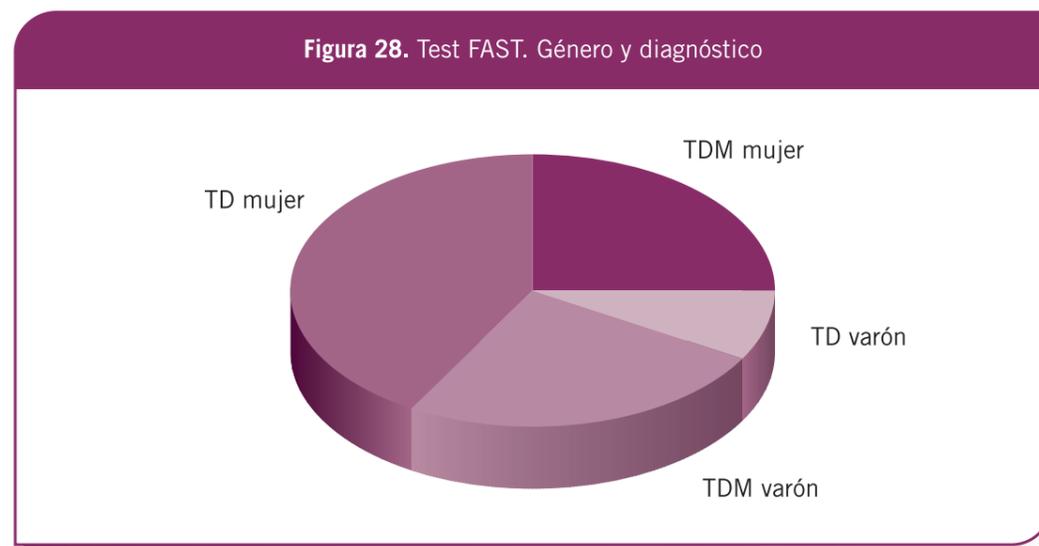
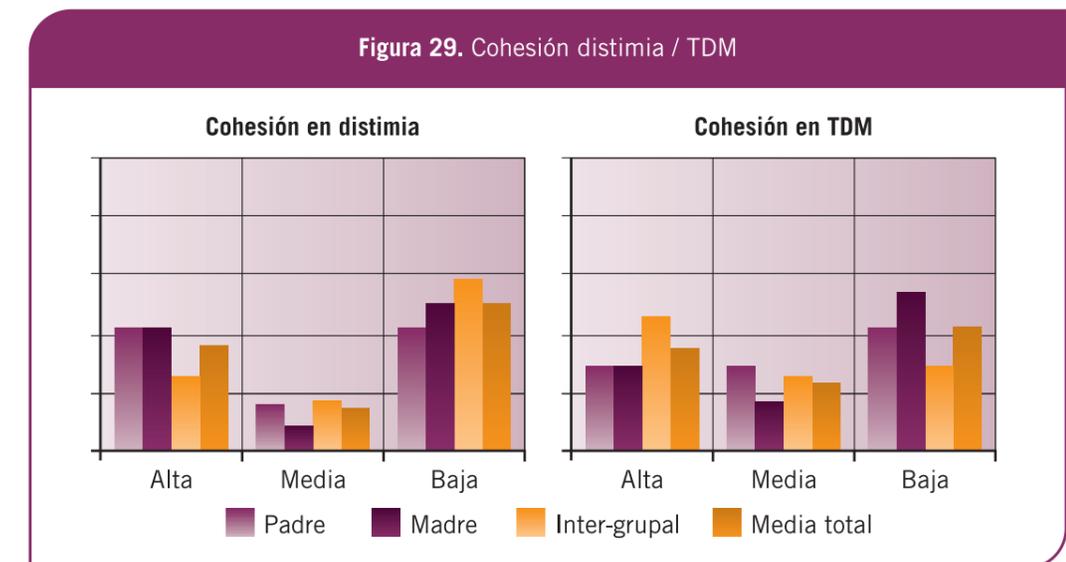


Tabla 33. Niveles de cohesión

	DISTIMIA			TDM		
	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA
PADRE	42 %	16 %	42 %	29 %	29 %	42 %
MADRE	42 %	8 %	50 %	29 %	17 %	54 %
INTER-GRUPAL	25 %	17 %	58 %	46 %	25 %	29 %
MEDIA TOTAL	36 %	14 %	50 %	35 %	24 %	41 %



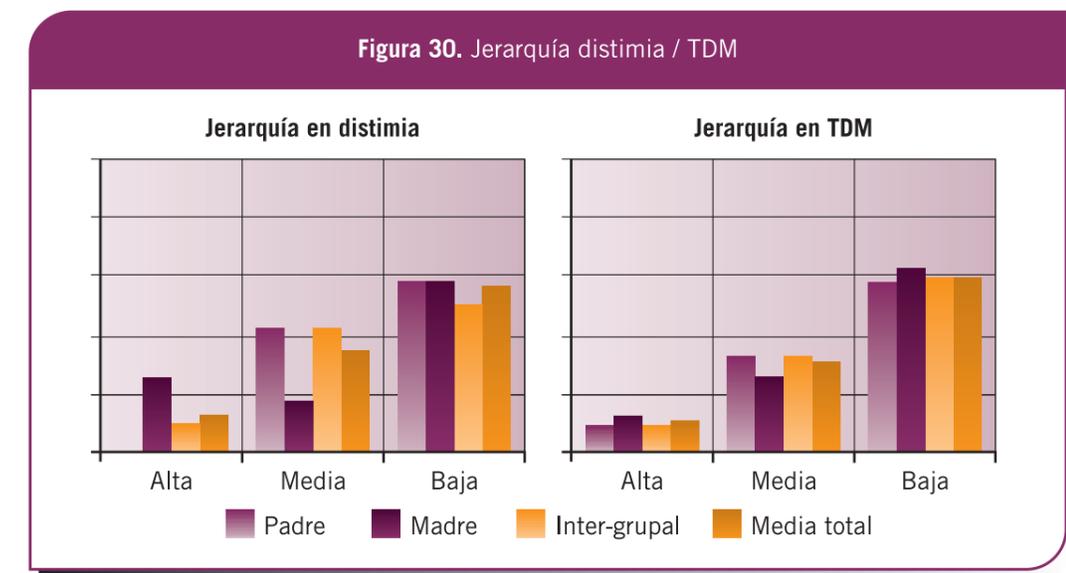
Tanto en las familias diagnosticadas de distimia como en las de TDM, los porcentajes más elevados se dan en cohesión baja y los inferiores en cohesión media. Ahora bien, si se comparan las representaciones individuales y las de grupo se observa una tendencia opuesta:

- en el grupo distimia, las representaciones individuales del padre y de la madre, dan valores parecidos en cohesión alta y baja y la puntuación de la cohesión alta se reduce notablemente en la representación grupal.
- en el grupo TDM, las puntuaciones en la cohesión alta de las representaciones individuales, inferiores a las de las familias distímicas, aumentan en la representación interfamiliar.

4.7.3. La siguiente variable medida por el FAST es la **jerarquía familiar**, concepto que remite al igual que el anterior a la estructura familiar, no directamente relacionados con nuestras principales hipótesis de partida, pero con evidentes interconexiones. Problemas de conyugalidad podrán derivar en niveles de cohesión bajos, mientras que problemas de parentalidad podrían desembocar en alteraciones de la jerarquía (ya sea por exceso o por defecto).

En la *tabla 34* y *figura 30* se reflejan los resultados obtenidos, no significativos a nivel estadístico por el reducido tamaño de la muestra como el resto de resultados de este apartado.

Tanto en el grupo distimia como en el grupo TDM, la jerarquía tiende a ser baja.



No obstante, en la distimia a nivel de padre y a nivel interfamiliar destacan también las puntuaciones en jerarquía media, aunque las diferencias son mínimas dado el pequeño tamaño de la muestra. Se podría remarcar también que ningún padre de las familias distímicas ha puntuado en jerarquía alta.

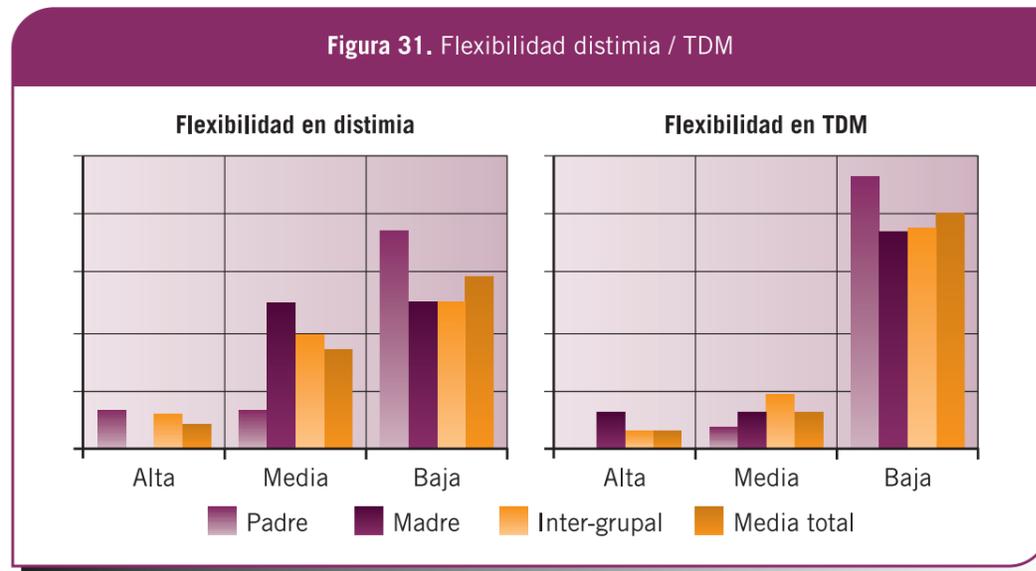
4.7.4. La siguiente variable evaluada es la **flexibilidad**, que es la propiedad de modificar la cohesión y la jerarquía en función de situaciones de cambio, de momentos evolutivos y de factores de estrés. En la *figura 31* y *tabla 35* se reflejan los resultados:

Tabla 34. Niveles de jerarquía

	DISTIMIA			TDM		
	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA
PADRE	0 %	42 %	58 %	8 %	33 %	58 %
MADRE	25 %	17 %	58 %	12 %	25 %	63 %
INTER-GRUPAL	8 %	42 %	50 %	8 %	33 %	59 %
MEDIA TOTAL	11 %	33 %	56 %	10 %	30 %	60 %

Tabla 35. Niveles de flexibilidad

	DISTIMIA			TDM		
	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA
PADRE	13 %	13 %	74 %	0 %	7 %	93 %
MADRE	0 %	50 %	50 %	13 %	13 %	74 %
INTER-GRUPAL	12 %	38 %	50 %	6 %	19 %	75 %
MEDIA TOTAL	8 %	34 %	58 %	6 %	13 %	81 %



Se observa que las familias de los dos grupos tienden a la baja flexibilidad.

Las familias distímicas distribuyen sus porcentajes en mayor medida entre flexibilidad media y baja. Parece existir mayor rigidez (o flexibilidad baja) en las familias con TDM.

Llama la atención la existencia de nula flexibilidad alta, tanto en madres del grupo distímico, como en padres del grupo TDM.

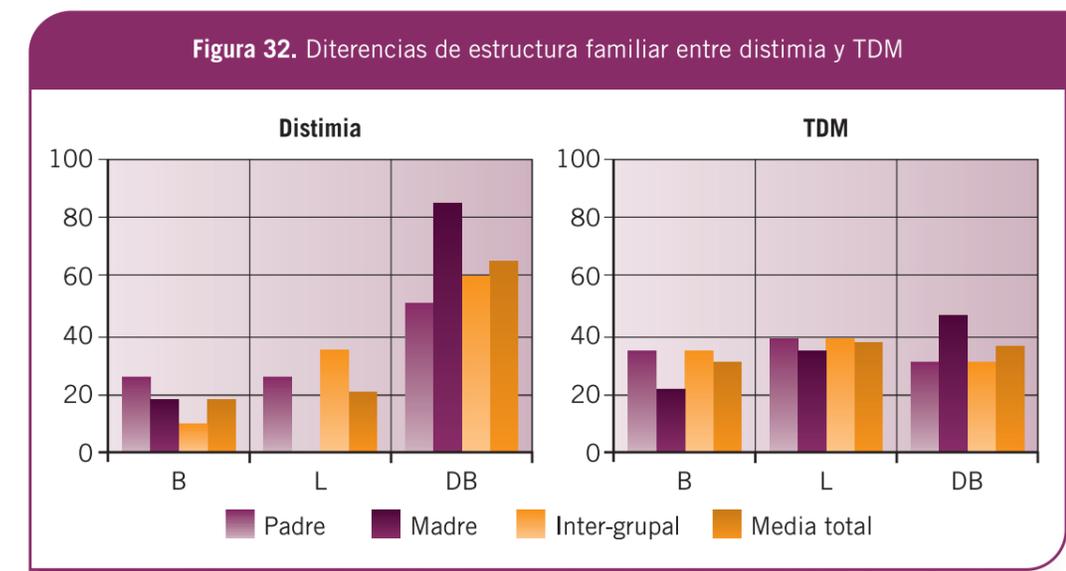
4.7.5. Por último el test FAST evalúa el **tipo de estructura familiar** en base a los resultados de las variables anteriores. Las estructuras relacionales resultantes pueden ser **balanceadas** (cohesivas y moderadamente jerárquicas), **lábil** (cohesión y jerarquía media y baja) y **desbalanceadas** (puntuaciones extremas). En la *tabla 36* y *figura 32* se reflejan los resultados obtenidos:

Destaca la estructura familiar desbalanceada en el grupo de familias con TD mientras que en el grupo TDM los porcentajes quedan más repartidos entre las tres categorías.

Sobresalen las altas puntuaciones en estructura desbalanceada obtenida por las madres de ambos grupos. Este dato podría tener relación con el hecho de que la mayoría de pacientes son mujeres y sus percepciones de cohesión y jerarquía diferir de la del resto de miembros de la familia.

Tabla 36. Diferencias de estructura familiar entre TD y TDM

	DISTIMIA			TDM		
	BALAN-CEADA	LÁBIL	DESBA-LANCEADA	BALAN-CEADA	LÁBIL	DESBA-LANCEADA
PADRE	25 %	25 %	50 %	33 %	38 %	29 %
MADRE	17 %	0 %	83 %	21 %	33 %	46 %
INTER-GRUPAL	8 %	33 %	59 %	33 %	38 %	29 %
MEDIATOTAL	17 %	19 %	64 %	29 %	36 %	35 %



4.7.6. COMPARACIÓN RESULTADOS DEL FAST Y DE LAS ENTREVISTAS

Parece coherente pensar que puede haber una mayor relación entre los datos del FAST referentes al subsistema parental con la variable conyugalidad y entre los datos del FAST a nivel familiar con la variable parentalidad. Por esta razón, para organizar estos datos se ha relacionado la cohesión y la jerarquía a nivel parental con la conyugalidad, y la cohesión y la jerarquía a nivel familiar con la parentalidad (*tabla 37*).

Tabla 37. Relación de las variables cohesión / jerarquía con conyugalidad / parentalidad en familias de procreación

	fam 1	fam 2	fam 3	fam 4	fam 5	fam 6
DIAGNÓSTICO	TDM	TDM	TDM	TDM	TD	TD
Cohesión parental	media	media	baja	media	alta	baja
Jerarquía parental	media	media	baja	media	media	media
Conyugalidad	armón	armón	disarm	disarm	disarm	disarm
Cohesión familiar	media	media	media	media	media	alta
Jerarquía familiar	baja	baja	baja	media	media	baja
Parentalidad	conser	conser	conser	conser	conser	conser

	fam 7	Fam 8	Fam 9	Fam 10	Fam 11	Fam 12
DIAGNÓSTICO	TD	TDM	TDM	TDM	TD	TD
Cohesión parental	media	alta	media	media	alta	media
Jerarquía parental	media	media	baja	media	baja	Baja
Conyugalidad	armón	armón	disarm	armon	disarm	armon
Cohesión familiar	media	media	media	media	media	alta
Jerarquía familiar	baja	baja	baja	media	media	baja
Parentalidad	conser	conser	conser	conser	conser	conser

Resulta difícil extraer conclusiones de estos resultados aunque parece existir una cierta tendencia en la asociación conyugalidad armoniosa y niveles medios de cohesión y jerarquía. Se remarca una vez más la tendencia a la jerarquía media y baja en todos los casos, siendo inferior la del nivel familiar. Parece prohibido en nuestra muestra presentar niveles de jerarquía altos.

Hay que señalar que la parentalidad está conservada en todas las familias evaluadas, independientemente del tipo de trastorno y de las puntuaciones obtenidas en cohesión y jerarquía.

4.8. RESULTADOS RELATIVOS A ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA MUESTRA

El tiempo transcurrido desde el inicio del trabajo de campo y la presentación pública de esta tesis ha permitido hacer un seguimiento evolutivo de los pacientes de nuestra muestra cinco años después de participar en el estudio. Este seguimiento nos ha parecido de evidente interés tanto en lo relativo a la estabilidad diagnóstica como al mantenimiento de algunas variables relacionales objeto de estudio.

La metodología seguida ha consistido en la revisión de las historias clínicas de los pacientes, la evaluación cualitativa por parte de los terapeutas de referencia y, en casos de los que carecíamos de las fuentes de información anteriores, de un seguimiento telefónico directo.

4.8.1. La estabilidad diagnóstica encontrada en nuestra muestra fue alta (87,8%) incluyendo en esta categoría 3 pacientes (2 diagnosticados de TD y un caso diagnosticado como TDM) que son evaluados en el seguimiento como depresión doble y un único caso que consumó el suicidio (con diagnóstico de distimia). El concepto depresión doble ha ido implantándose progresivamente y es hoy día plenamente aceptado como la superposición de una depresión mayor sobre un cuadro distímico o la progresiva neurotización de un TDM que llegaría a cumplir también criterios de distimia. Consideramos que estos casos de depresión doble mantienen la estabilidad en su diagnóstico de partida superponiéndose un agravamiento de la sintomatología que obligaría a análisis cualitativos individualizados para poder extraer conclusiones.

4.8.2. Los cambios de diagnóstico se distribuyeron de la siguiente manera: sólo dos casos intercambiaron (o invirtieron) los diagnósticos TDM/TD sin valorarse la doble depresión; un caso pasa a ser evaluado como trastorno de la personalidad del cluster B (cuestionando quizás el diagnóstico inicial, aunque ya hicimos referencia en la introducción a los problemas de comorbilidad con trastornos de personalidad); otros dos casos de depresión mayor pasan a estar valorados como trastorno bipolar.

Como factores especialmente negativos que complican la evolución de algunos de los pacientes encontramos el alcohol o el abuso de benzodiazepinas, la edad (y procesos involutivos acompañantes) y la resistencia a diversos psicofármacos.

4.8.3. Tras finalizar la fase exploratoria todas las familias recibían en su domicilio un informe-carta elaborado por el equipo terapéutico y firmado de forma conjunta, en el que se les exponían nuestras conclusiones más destacadas en torno a su situación. Estas cartas terapéuticas son un instrumento de larga tradición dentro de la terapia sistémica, y no se limitan a sintetizar los resultados de la exploración psicológica llevada a cabo, como hacen tantos test y cuestionarios, sino que introducen elementos terapéuticos de extraordinario valor (Ramos, 2001; Linares, 2005).

De forma ilustrativa aparecen en los anexos diversos ejemplos de estos informes-carta devolución. Aunque no ha sido posible evaluar sus resultados de forma directa (el seguimiento telefónico no es evidentemente una buena medida) sí disponemos de un dato relacionado con dichas devoluciones. 12 de las 40 familias evaluadas solicitaron y siguieron algún tipo de terapia familiar y/o de pareja una vez acabado el estudio.

4.8.4. EVOLUCIÓN DE LAS PAREJAS: La estabilidad de las relaciones de pareja de nuestra muestra es relativamente alta, aunque algo inferior a la diagnóstica.

Un 75% del total de parejas continúan su relación mientras un 25% se separaron o divorciaron en los años siguientes a nuestro estudio. No se pudo analizar la problemática final que condicionó la separación ni la calidad de las relaciones mantenidas ni si las parejas separadas habían establecido nuevas relaciones estables.

Por diagnósticos y sexo hubo más separaciones en el grupo de mujeres distímicas (4), seguidas por el de varones TDM (3), varones distímicos (2) y mujeres TDM (1), sin poder establecer evidentemente diferencias significativas.

4.9. RESULTADOS CUALITATIVOS FAMILIA Nº29

En este apartado presentamos de forma pormenorizado los resultados cualitativos de una familia con diagnóstico de trastorno dístimico en la madre y TDM en el padre. La paciente identificada derivada para el estudio fue la mujer, resultando un hallazgo el diagnóstico del cónyuge. A continuación reflejamos los datos directos reflejados en el protocolo de recogida:

1) DATOS PERSONALES

ID	29		
Diagnóstico	1. TDMR	2. TD X	
Edad PI	54		
Edad cónyuge	56		
Profesión PI	1. empleado 4. directivo 6. autonomo	2. funcionario 5. ama de casa X 7. otros	3. empresario
Situación laboral	1. activo 4. larga enfermedad	2. baja 5. jubilado	3. paro
Profesión cónyuge	1. empleado X 4. directivo 7. otros	2. funcionario 5. ama de casa	3. empresario 6. autonomo
Origen PI	1. Cataluña	2. resto España X	3. extranjero
Origen cónyuge	1. Cataluña	2. resto España X	3. extranjero
Mismo origen	1. sí X	2. no	

2) PATOLOGIA Y FACTORES RELACIONADOS

Edad inicio enfermedad	52		
Años evolucion enfermedad	2		
Ingreso psiquiátricos	no		
Tentativas de autolisis	sí (3)		
Intentos / ideación de suicidio	1. como refuerzo papel inductor X 2. expresión desesperanza, rencor 3. no datos suficientes		
Tratamientos actuales	1. AD 4. otros	2. AD+BZD X	3. AD+NL
Abortos	no		
Nacimientos no deseados	no		
Nº hermanos PI	(incluido PI) 4		

Nº hermanos cónyuge	2		
Lugar en la fratria PI	2		
Lugar en la fratria cónyuge	2		
¿Quién responde 1º?	1. PI	2. cónyuge X	3. hijos
Definición inicial	1. conflicto relación 2. enfermedad 3. ambos 4. otros (especificar) relaciones afectivas de la hija		
Unanimidad 1ª definición	1. sí X	2. no	
<i>Si discrepancias, explicar</i>			

3) FAMILIA DE ORIGEN DE PI Y CÓNYUGE

A1. PARENTALIDAD PI

Funciones nutricias 2. deficitarias

Funciones normativas 1. exigencia alta

A2. PARENTALIDAD CÓNYUGE

Funciones nutricias 2. deficitarias

Funciones normativas 1. exigencia alta

B1. CONYUGALIDAD PADRES PI

Conyugalidad 1. armoniosa

Prevalencia 2. complementariedad

Posibilidad diagnóstico psiquiátrico (padre o madre)

1. distimia 2. TDM
3. otros 4. no X

Triangulaciones hijos 2. no

Parentalización 2. no

B2. CONYUGALIDAD PADRES CÓNYUGE

Conyugalidad 1. armoniosa

Prevalencia 2. complementariedad

Posibilidad diagnóstico psiquiátrico (padre o madre)

1. distimia 2. TDM X
3. otros 4. no

Triangulaciones hijos 2. no

Parentalización 2. no

C1. CLIMA EMOCIONAL PI 2. frío

Frases significativas

C2. CLIMA EMOCIONAL CÓNYUGE 2. frío

Frases significativas

D1. APRENDIZAJE EMOCIONAL PI

1. instrumentalización descontrol emocional
2. inhibición respuestas emocionales X

D2. APRENDIZAJE EMOCIONAL CÓNYUGE

1. instrumentalización descontrol emocional
2. inhibición respuestas emocionales X

E1. COHESIÓN PI 2. desligada

E2. COHESIÓN CÓNYUGE 2. desligada

F1. RELACIÓN CON F.O. DEL CÓNYUGE INICIAL

1. aceptación 2. rechazo
3. indiferencia X

F2. RELACIÓN CON F.O. DEL CÓNYUGE ACTUAL

1. aceptación 2. rechazo
3. indiferencia X

F3. RELACIÓN CON F.O. DEL PI INICIAL

1. aceptación 2. rechazo
3. indiferencia X

F4. RELACIÓN CON F.O. DEL PI ACTUAL

1. aceptación 2. rechazo
3. indiferencia X

Cumplimiento expectativas aceptación del PI

1. sí 2. no X

Fracaso posterior expectativas de aceptación

1. sí 2. no X

4. FAMILIA PROCREACIÓN

Nº hijos	1		
Ciclo vital	1. inicio	2. crianza	3. escolar
	4. adolescencia	5. nido vacío X	6. senectud
Estudios PI	1. primarios X	2. bachiller	3. FP
	4. universitario	5. otros	
Estudios cónyuge	1. primarios X	2. bachiller	3. FP
	4. universitario	5. otros	
1. ¿Quién toma la iniciativa en consolidar la relación?	1. ella X	2. él	3. ambos
2. Motivo de elección preferente	1. atracción por lo igual (compañero)		
	2. atracción por lo diferente (protector) X		
3. Predominio	1. simetría X	2. complementariedad	
4. Tiempo total etapa novios	7		
5. Tiempo total matrimonio	30		
6. Existencia conflictos / áreas desacuerdos	1. reconocidos explícitamente X		
	2. negados explícitamente		
7. Contenidos areas desacuerdo	múltiples		
8. Conflicto relacional en forma de	- desacuerdo X		
	- desengaño (traición)		
9. Explicitación deseos o pensamientos de separación o ruptura	1. sí		
10. Explicitación imposibilidad de ruptura	1. sí		
11. Factores externos desfavorables (pérdida autoestima o status)	1. para el paciente X		
	2. para el cónyuge		
	3. no existen		
<i>Especificar cuales: muerte de la madre, emigración</i>			
12. Cónyuge atrapado en conflicto de lealtades	1. sí	2. no X	
13. Fracaso de la igualdad (sentimiento de rabia y enfado)	1. sí	2. no X	

14. Fracaso de la protección (sentimientos desengaño y desesperanza)

1. sí 2. no X

15. Triangulación hijos

1. sí 2. no X

16. Parentalización hijos

1. sí 2. no x

17. Papel inductor cambio conducta

1. del cónyuge 2. de otros familiares X

3. no papel inductor

18. Los síntomas como “reto” para el cónyuge

1. sí 2. no X

19. Fracaso o impotencia del cónyuge en el papel de vencer o controlar los síntomas de la PI

1. sí 2. no X

20. Reactivación conflictos con la familia de origen DE

1. con padres 2. con suegros

3. con hermanos 4. no conflictos con FO X

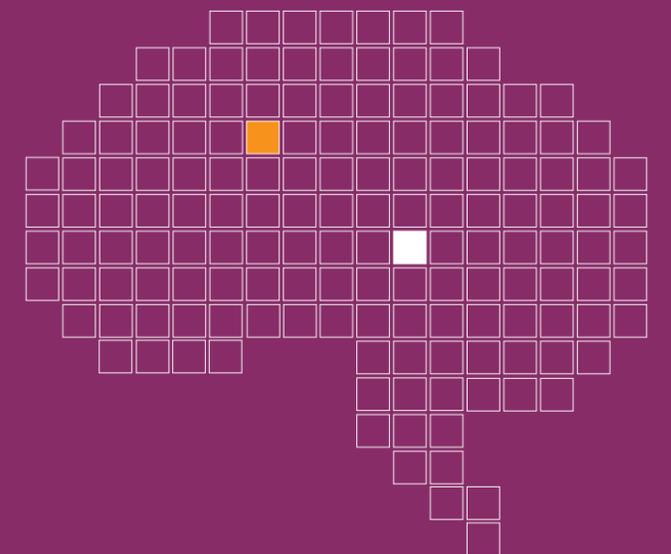
21. Incidencia de nuevos factores externos negativos

1. sí X 2. no

El análisis de estos resultados nos muestra dos personas con historias familiares muy parecidas, en las que destaca la carencia afectiva y la elevada exigencia sin reconocimiento. Ambas se ven unidas en una dura historia de emigración, donde el factor laboral parece clave en el inicio del cuadro depresivo mayor del marido, mientras que la lucha por el poder dentro de la pareja parece jugar un papel destacado en el trastorno distímico de la mujer. Aunque la relación de pareja se valoramos como simétrica en sus inicios parece presentar un cambio hacia posiciones más complementarias en el presente, facilitado por el posicionamiento depresógeno del marido que parece rendirse en el “pulso” con la esposa. La reactivación distímica de la mujer está directamente relacionada con una parcela de poder que se le escapa, el control de la hija y de sus relaciones. Su aprendizaje en la instrumentalización de las emociones se despliega entonces ante nuestro ojos.

Este caso refleja posiblemente cómo factores individuales (como la introversión del marido frente al carácter extrovertido de la mujer) pueden jugar un papel destacado en la interacción de pareja e influir en su desarrollo. Las carencias afectivas de ambos les unen construyendo una familia marcada principalmente por el sacrificio y el poco reconocimiento mutuo. A partir de aquí se podría elucubrar sobre el futuro de ambos y el de esa hija criada y educada en ese ambiente.

5. DISCUSIÓN



5. DISCUSIÓN

Al igual que en el apartado de los resultados hemos considerado oportuno dividir la discusión de nuestro trabajo en diferentes apartados con unas conclusiones finales. El guión de nuestra discusión será el siguiente:

5.1. LIMITACIONES METODOLÓGICAS

5.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

5.3. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DIAGNÓSTICOS (TDM/TD)

5.4. COMPARACIÓN FAMILIAS CREADAS DE PACIENTES AFECTIVOS CON FAMILIAS DE ORIGEN (GRUPOS CONTROL)

5.5. TEST FAST

5.6. ESTABILIDAD DE LA MUESTRA

5.1. LIMITACIONES METODOLÓGICAS

Cualquier trabajo científico tiene limitaciones y sesgos de diferentes tipos. Resulta imprescindible desde diferentes puntos de vista conocer dichos sesgos para una adecuada valoración de sus resultados y la elaboración de las conclusiones. El fenómeno depresivo es de tal magnitud que miradas parciales como la que plantea la presente tesis nunca podrán abarcarlo en su conjunto, pero sí pueden aportar alguna pieza del “rompecabezas” depresivo.

La presente tesis adolece de diversas limitaciones y sesgos metodológicos que desarrollamos a continuación:

5.1.1. Un primer sesgo intencionado es la limitación del estudio a pacientes depresivos con pareja estable. Dicha limitación supone un primer cribaje importante dado que los trastornos afectivos no son ni mucho menos exclusivos de la vida en pareja. No pretendemos olvidar este primer y trascendental sesgo de nuestro estudio, pero defendemos la importancia de la vida relacional del sujeto depresivo, sea con o sin pareja. Dicha vida relacional es mucho más sencilla de estudiar si contamos con una pareja o familia creada (o todavía convivimos con nuestra familia de origen), pero no creemos que resulte imposible de abordar en el caso de sujetos emancipados sin pareja. Serían necesarios estudios con diseños similares adaptados. Posiblemente algunas de las hipótesis propuestas para el depresivo con pareja no fueran aplicables en el sujeto sin pareja, pero otras podrían resultar igualmente válidas (como las relativas a su familia de origen), y se tendrían que elaborar algunas hipótesis y variables relacionales exclusivas de esta población.

5.1.2. Otro sesgo intencionado de nuestro estudio tiene que ver con las edades de nuestros pacientes y sus parejas. Decidimos excluir parejas excesivamente jóvenes (con poco recorrido vital compartido) y parejas en etapas avanzadas de la vida en aras de la mayor homogeneidad posible de la muestra, aunque no cerramos los ojos a la presencia de depresión en gente joven y, sobre todo, en la tercera edad. En este último caso consideramos que los cambios que acompañan a la jubilación o el inicio de la decadencia física (cese de la vida laboral y de la vida social que le acompañaba, aparición de enfermedades crónicas, en ocasiones invalidan-

tes, etc.) son de tal magnitud que podrían distorsionar nuestros resultados y hacerlos difícilmente comprensibles. Hay muchos estudios sobre estas situaciones tan frecuentes hoy día, depresión en la tercera edad, con unas cifras de prevalencia alarmantes (*Palsson, 1997; Luijendijk, 2008*). A pesar de su exclusión de nuestro estudio estamos convencidos que una nutrición relacional sana y conservada en estas edades contribuye al mantenimiento de la salud mental de los individuos frente al aislamiento y el bajo número de contactos familiares propio de la familia moderna, disminuida en número de integrantes y en la calidad de sus transacciones.

El caso de las parejas jóvenes (y con relativa poca duración del vínculo afectivo) podría ser más discutible, pero dos factores nos indujeron a no evaluarlas: por un lado, la relativa poca estabilidad del vínculo y, por otro, la necesidad de un período de convivencia prolongado para que los fenómenos relacionales que manejamos como hipótesis de trabajo puedan enraizarse dentro de la pareja y la familia en su conjunto. Evidentemente rupturas de estas relaciones pueden conducir a situaciones depresivas que se engloban habitualmente dentro de los trastornos adaptativos y que exceden de los propósitos de nuestro trabajo.

5.1.3. En la misma línea de limitaciones de nuestro trabajo se sitúa la selección de tan solo 2 categorías diagnósticas dentro de los trastornos afectivos, dejando a un lado entidades tan significativas como el trastorno bipolar o el trastorno esquizoafectivo. Las motivaciones son claras: por un lado reducir el objeto de estudio permite unos resultados más fiables; por otro, seleccionar los cuadros más puramente afectivos (como son distimia y depresión mayor) frente a otros con sintomatología de la esfera psicótica nos evita disquisiciones nosológicas y un posible factor de confusión. Resulta evidente que tanto trastorno bipolar como trastorno esquizoafectivo precisarían de unas hipótesis relacionales distintas a las que manejamos en la presente tesis. Resulta sugerente la propuesta de Linares (2000) de padres de hijos bipolares antagónicos en sus estilos relacionales (polo depresivo frente a polo expansivo). Con la misma línea de pensamiento se podría cuestionar la presencia del trastorno distímico entre los trastornos afectivos por sus antecedentes históricos (que lo situaban dentro del campo de las neurosis) y su elevada comorbilidad, tal y como se ha desarrollado extensamente en la introducción de este trabajo. Esta limitación no ha sido tal en el transcurso de nuestra investiga-

ción, dado que el diseño del estudio podía conducir a encontrar puntos comunes entre TD y TDM que justificaran la presencia de ambos dentro de los trastornos afectivos, o bien a diferenciarlos aún más, cuestionando incluso la presencia del trastorno distímico dentro de este heterogéneo grupo.

5.1.4. Nuestro diseño metodológico ha intentado ser lo más riguroso posible, con una base fundamental en la evaluación inter-jueces de variables cualitativas, que precisó de un entrenamiento y muchas horas de observación de videograbaciones. Nuestras principales variables de estudio (parentalidad y conyugalidad) no disponen hasta la fecha de instrumentos cuantitativos validados que pudieran confirmar los resultados de nuestra evaluación. En la actualidad se trabaja en el desarrollo de una escala de Relaciones Familiares Básicas, en fase de validación, para hacer más accesibles las dimensiones parentalidad y conyugalidad, así como las variables asociadas. Se trata de un desarrollo paralelo a nuestro trabajo que responde a la necesidad de universalizar las observaciones.

5.1.5. Respecto a los instrumentos estandarizados elegidos, tuvimos serios problemas con el FAST, cuya limitación fue tan clara como para decidir suspender su aplicación ante la dificultad de asociar sus resultados a nuestra línea principal de trabajo. La ausencia de test o escalas familiares idóneas nos llevó a utilizar este versátil instrumento (aplicable de forma individual o grupal, con diversas utilidades: análisis de estructuras familiares, diagnóstico de problemas psicosociales, planificación de intervenciones terapéuticas, etc.) que se relaciona tangencialmente con nuestras hipótesis y objetivos. Aunque la medida más sencilla hubiera sido excluir sus resultados de esta tesis, decidimos incorporarlos por algunos hallazgos sugerentes que nos aporta, por la posible utilidad del instrumento en estudios con diseños más abiertos que el nuestro y, por supuesto, en el marco de la intervención terapéutica. Entre dichos hallazgos destacarían las discrepancias detectadas entre las visiones subjetivas obtenidas a través del FAST (facilitadas por la propia familia) y las “supuestamente objetivas” (obtenidas por los evaluadores a través de las entrevistas que acompañan a la pasación del test), quizás indicadoras de que las familias son menos críticas consigo mismas de lo que puedan serlo evaluadores externos. Resulta evidente que una familia disfuncional puede llegar a ser “ciega” para sus

propios problemas y precisar de un “observador” que le ayude a identificar los problemas, pero quizás no lo sea tanto cuando hablamos de familias “sanas” o con problemas en alguno de sus miembros. Comentamos algunos de estos aspectos en el apartado correspondiente de la discusión.

5.1.6. Otro aspecto discutible de nuestro trabajo tiene que ver con la dificultad de establecer a posteriori el tipo de relaciones de la infancia (similar al problema diagnóstico de los trastornos por déficit de atención del adulto), con posibles sesgos culturales, morales o de diversa índole. Pensamos que el diseño de nuestras entrevistas y el trabajo de acomodación con las familias nos permiten acercarnos de la forma más objetiva posible a estas situaciones de la infancia. Los resultados relativos a relaciones en las familias de origen (tanto de los pacientes como de sus cónyuges) están basados únicamente en las valoraciones de los propios sujetos sin la valoración contrastada de otros miembros (padres o hermanos), aunque las diferentes expresiones y matizaciones que se incluyen en las entrevistas (y que pueden revisarse en los anexos) pensamos que son bastante fiables. Resultaría innegable el interés (y dificultad obvia) de estudios longitudinales que midieran estos tipos de relaciones en la infancia e hicieran el seguimiento en el adulto, hasta el establecimiento de relaciones afectivas sólidas. Son escasos en la literatura los estudios de seguimiento que contemplen estas variables relacionales. Los estudios más recientes pretenden aportar una visión integradora de los factores de vulnerabilidad y riesgo. Sin embargo, la mayoría de ellos se han centrado en hijos de madres afectadas por depresión; por lo tanto, la selección del grupo de riesgo sigue siendo genética y con menor énfasis en factores sociales o relacionales (*Goodman, 1999; Fendrich, 1990*).

5.1.7. Un último sesgo de nuestro trabajo hace referencia a una variable concreta que nos planteábamos medir. La dimensión conservación de la parentalidad (en sus vertientes funciones nutricias y normativas) en la familia creada resultó difícil de cuantificar con la pareja paciente-cónyuge por el efecto distorsionador del trastorno depresivo y nos hizo plantearnos una medición indirecta que tuviera en cuenta la información facilitada por los cónyuges y la valoración de existencia o no de fenómenos de triangulación y parentalización en la familia creada.

5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

5.2.1. Nuestra muestra correlaciona con los datos epidemiológicos globales de los trastornos afectivos en relación con el género, con mayor incidencia global en mujeres y, especialmente, cifras muy bajas de trastorno distímico en varones (*Henderson, 2001*). Se comentó en el capítulo de metodología la dificultad para encontrar una muestra representativa de varones diagnosticados de trastorno distímico en un contexto hospitalario.

Es interesante constatar cómo los hijos varones atrapados en juegos triangulares (aliados de la madre y rechazados por el padre) tienen menos tendencia a desarrollar trastornos distímicos que las hijas, aunque, ciertamente, no sean inmunes a ellos. Quizás juegue un papel importante la identificación con la progenitora aliada, también distímica a menudo, que resultaría más fácil a las hijas que a los hijos. El papel del género y roles predestinados a cada uno de ellos, así como los valores asociados deben de ser la explicación más plausible a estas diferencias epidemiológicas.

5.2.2. El hallazgo de una sola familia con diagnóstico de trastorno afectivo en ambos miembros de la pareja es significativo y podría conducirnos a reflexionar sobre el posible papel “protector” de la depresión sobre el miembro de la pareja sano. Esta familia resulta interesante de analizar para entender los fenómenos interaccionales en juego por lo que transcribimos las sesiones que mantuvimos en los anexos. Un elemento común en esta pareja era el del sacrificio, la entrega hasta el límite sobre todo en el tema de los hijos.

En las entrevistas se evaluaba exhaustivamente los antecedentes psiquiátricos del cónyuge y también la posible sintomatología depresiva actual, destacando más el papel protector, cuidador o de “reto” frente a situaciones de abatimiento o desesperanza. Sólo en algunos casos algunas parejas explicitaban un cierto cansancio cuando la depresión clínica se prolongaba mucho en el tiempo o los episodios se repetían con una cierta frecuencia.

5.2.3. La presencia de hijos en nuestras muestras refleja la realidad demográfica de nuestro país, excluyendo el actual aumento de natalidad a expensas principalmente de la población

inmigrante. No habría diferencias entre el grupo TD y el grupo TDM, pero ¿podría tener alguna relación esta baja natalidad con el aumento de la prevalencia de trastornos afectivos? Desde un punto de vista sociológico el descenso del número de hijos por familia es la consecuencia lógica de la incorporación de la mujer al mundo laboral en primer término, y de una serie de cambios sociales algo más difusos. Entre éstos destacaría el incremento de la visión hedonista de la vida frente a concepciones religiosas de épocas anteriores. Tampoco resulta desdeñable la situación de superpoblación mundial con ritmos de crecimiento vertiginosos en las últimas décadas como freno a las familias numerosas de antaño.

Algunos de estos cambios parecen en directa relación con el aumento de trastornos depresivos en nuestra sociedad, aunque la impresión es que no son tan importantes estas situaciones por sí solas, sino por la carencia de mecanismos compensadores en el ámbito emocional o afectivo de los individuos. Si analizamos el papel actual de la mujer en el mundo laboral parece lógico el descenso del número de hijos como elemento compensador, pero no suficiente para protegerla de la multiplicación de nuevas situaciones a las que hacer frente. Tampoco los varones escapan a las presiones de este mundo en permanente cambio, que parece conducir a una cierta “selección” donde la flexibilidad cognitiva y la capacidad de adaptación emocional y pragmática se antojan indispensables.

5.2.4. El apartado de nivel socio-económico y situación laboral de paciente y cónyuges de nuestra muestra refleja una realidad muy concreta, relativa a una clase social media-baja en nuestro país y un contexto de asistencia pública. Resulta difícil extrapolar nuestros resultados a ambientes marginales o a estratos sociales altos. La variable “invalidez laboral” tiene unas connotaciones importantes en nuestro contexto, con repercusiones a muy diferentes niveles: necesidad de mantenimiento del síntoma, adaptación a una situación atípica para la edad, círculo cerrado del sentimiento de incapacidad, etc. El número reducido de casos que hemos encontrado en esta situación (sólo ocho) y su reparto por igual según la categoría diagnóstica no permite extraer conclusiones claras. Posiblemente constituya una variable dependiente de la idiosincrasia individual y familiar (pueden existir individuos o familias donde esta situación de incapacidad o baja constituya un hecho relevante favorable o desfavorable, estabilizador o distorsionador).

5.2.5. La variable “lugar de nacimiento” o “emigración” no proporcionó ninguna información relevante, como era de esperar, tras excluir de nuestro estudio parejas interculturales o familias inmigrantes, para disminuir precisamente los sesgos. La movilidad entre comunidades autónomas y la facilidad de adaptación existente hasta la fecha para los autóctonos hacen que este factor sea despreciable en nuestro estudio. Con total seguridad estaría bien presente sin los criterios de exclusión referidos, con repercusiones muy variadas según culturas de procedencia y tipo de pareja mixta. (Scott, 2003)

5.2.6. El bajo nivel académico de nuestra muestra no pensamos que tenga relación con el fenómeno depresivo y sí, en cambio, con el estrato socio-económico de la población atendida.

5.2.7. La variable “profesión” aporta más información, como es la mayor frecuencia de amas de casa entre las pacientes de género femenino, con algunos matices destacados. Varias de estas pacientes explicitan que su elección profesional no fue voluntaria sino forzada por las circunstancias o directamente por su pareja. No pudimos cuantificar estas situaciones pero fueron relativamente frecuentes y dibujan un escenario no deseado para muchas de ellas y con posible relación con la problemática depresiva desarrollada años más tarde. Contrastan estas cifras con el bajo número de amas de casa entre los cónyuges de varones depresivos, donde predominan mujeres trabajadoras por cuenta ajena o propia. El bajo número de casos no permite establecer diferencias a nivel estadístico, pero muestra ciertamente una tendencia, que conecta con aspectos sociológicos, algunos ya comentados. Por un lado, el posible papel protector del empleo o una actividad laboral para la salud mental del individuo. Según Weissman y cols. (1991) las personas desempleadas durante más de 6 meses en los últimos 5 años tenían un riesgo tres veces superior al del resto de padecer una depresión mayor. También tendríamos que referirnos a la sustitución del marido enfermo como fuente de ingresos (que también hemos visto en casos de algún hijo parentalizado), situación en unos casos forzada o bien elegida voluntariamente por la mujer. En un ámbito de igualdad de género el éxito laboral en diferentes planos para uno de los miembros de la pareja podría suponer un desequilibrio en el tipo de relación establecida, más fácil de superar en patrones complementarios y posiblemente desestabilizadores en relaciones de predominio simétrico.

5.2.8. Una variable que ha sido estudiada con relativa frecuencia entre las características familiares es el “orden dentro de la fratría” o el hecho de ser hijo único como factor predisponente para diversas problemáticas de índole psicológico (especialmente referido a patologías como la anorexia nerviosa, la personalidad narcisista o dificultades adaptativas varias) (Amato, 2001; Bauserman, 2002).

También la posición de hijo mayor dentro de la fratría supone un cierto factor de riesgo por la “hiperresponsabilidad” que lleva asociada en algunos casos. De acuerdo con nuestras hipótesis podrían ser estos hijos mayores o hijos únicos, “candidatos” a desarrollar problemas depresivos del tipo TDM en el ambiente familiar propicio. Nuestra reducida casuística no permite confirmar estas hipótesis.

Nuestra muestra sólo destaca por la baja frecuencia de últimos hijos (sólo 13 para un total de 82 personas) entre pacientes y cónyuges, que suelen ser primogénitos o situarse entre varios hermanos. Resulta sugerente el resultado aunque también arriesgada su interpretación. ¿Puede ser protectora la presencia de hermanos y ayudar a la maduración psicológica de los individuos que en el futuro permita aumentar su resiliencia? En un plano absolutamente teórico la presencia de esos hermanos debería contribuir a un aumento del número y calidad de las interacciones del individuo, lo que desde el modelo sistémico supondría un factor favorable en el crecimiento individual y colectivo (Watzlawick, 1981; Bateson 1984). Evidentemente otros muchos factores podrían incidir en cada situación individual, pero posiblemente la familia numerosa de antaño tenga ventajas frente a la exigua familia postmoderna (en ocasiones de sólo dos miembros).

5.2.9. Las características clínicas de la muestra de pacientes no presentan datos relevantes desde el punto de vista cuantitativo, correspondiendo a dos grupos con una intensidad moderada de sintomatología depresiva sin unas complicaciones médicas o socio-laborales graves. Nuestros criterios de inclusión/exclusión limitaban la presencia de pacientes con gran severidad de sus síntomas para lograr una mayor fiabilidad de las entrevistas. Este diseño posiblemente deja fuera del estudio un determinado perfil de paciente depresivo que podría corresponder con la antigua melancolía, la depresión psicótica, etc. Desde el punto de vista relacional consideramos que serían válidas las mismas hipótesis que se presentan en esta

tesis en estos cuadros de mayor severidad. Sería una cuestión de gradación en las carencias de la nutrición relacional que podría ir acompañada de la activación de determinados mecanismos biológicos, no presentes en las depresiones más comunes.

En un análisis cualitativo de los antecedentes de ideación o tentativa autolítica sí encontramos aspectos a comentar, no significativos por su baja frecuencia en nuestra muestra. La mayoría de pacientes distímicos de nuestra muestra que refieren ideación suicida o antecedente de una tentativa reflejan un componente finalista o movilizador, habitualmente de la pareja o la familia de origen. Por el contrario los depresivos mayores suelen presentar un componente de desesperanza o vacío más claro, desencadenante aparente de la ideación suicida. Aunque parezca clara la connotación relacional en el caso de la distimia también la crisis suicida en la depresión mayor pensamos que tiene muy frecuentemente connotaciones semejantes. No serían evidentemente iguales, pero el sentimiento de fracaso y carga resultante de una relación de pareja complementaria y no siempre protectora puede facilitar la aparición en la mente del depresivo mayor de la idea del suicidio como escapatoria para todos.

El componente de crisis familiar inherente a cualquier tentativa autolítica no merece ser despreciado y un detallado análisis puede conducirnos a diferenciar tipologías relacionales y, ocasionalmente, facilitar diagnósticos e intervenciones terapéuticas. La mayor parte de estudios se centran en aspectos genéticos de la conducta suicida y en la prevención sin prestar excesiva atención a factores psicosociales, salvo los de cariz marcadamente negativo (como pueda ser el alcoholismo, la situación de pobreza o incapacidad, etc.) (Bostwick, 2000). Pensamos que indagar en el estado de las relaciones e interacciones del sujeto puede conducir no solo a clarificar la situación sino a abrir puertas para la prevención de eventuales conductas suicidas (Richman, 2004).

5.2.10. Un aspecto no evaluado en nuestro estudio es el papel del tratamiento farmacológico (presente en el 100% de los pacientes de nuestra muestra y en algunos de sus cónyuges) en la relación conyugal y familiar, con implicaciones a diferentes niveles (repercusiones en la esfera sexual, física, etc.). A pesar de que en la definición del problema un porcentaje relativamente elevado de familias lo sitúa en el ámbito relacional, la aceptación “universal” del tratamiento farmacológico nos puede hacer reflexionar en varias direcciones. Por un lado, y de

forma coherente, contemplamos la plena aceptación del modelo médico en un entorno hospitalario. ¿Hasta qué punto esta posición puede conducir a “olvidar” o relegar conflictos eventualmente trascendentes en el inicio y curso de la depresión? Quizás la respuesta la encontramos en el hecho de que nuestras familias no buscaban ayuda a nivel familiar o de pareja sino que acudieron a un estudio exploratorio de sus relaciones familiares (evidentemente es imposible llegar a conocer las motivaciones últimas de cada caso). También es cierto que posiblemente falten en nuestra muestra pacientes depresivos “curados” por la medicación (en el sentido de remisión completa con medicación mantenida) al visitarse de forma mucho más espaciada o incluso haber recibido el alta, por lo que difícilmente hayan podido ser reclutados. Sería interesante poder llevar a cabo un estudio comparativo de estas dos poblaciones.

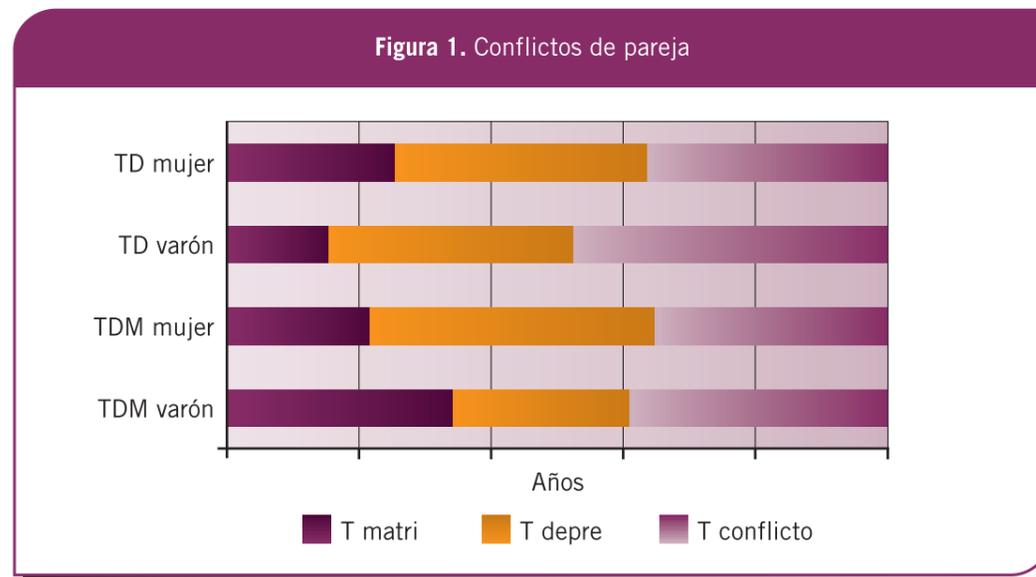
5.3. DISCUSIÓN RESULTADOS RELATIVOS A GRUPOS DIAGNÓSTICOS TDM/TD

5.3.1. FAMILIA CREADA

5.3.1.1. *Tiempo de convivencia/Tiempo de evolución*

La relación del tiempo de matrimonio (o convivencia estable) y tiempo de evolución del trastorno afectivo aporta un resultado digno de analizar. Los depresivos mayores de género femenino inician un conflicto de pareja mucho antes del inicio del trastorno afectivo y también mucho antes que los varones, diferencias también presentes en el caso del grupo TD aunque no tan acentuadas. El inicio de la depresión (ya sea distimia o TDM) en las mujeres de nuestra muestra viene antecedido por un conflicto explícito de pareja (en forma normalmente de decepción o desengaño) (Figura 1). En nuestras hipótesis iniciales no barajábamos estas diferencias entre sexos, aunque los datos apuntan a una mayor relevancia de los conflictos de pareja para el eventual desarrollo de trastornos afectivos en la mujer, mientras que para el varón puedan serlo los conflictos laborales (por exceso o por defecto, pero siempre con un contenido relacional innegable) los que se hacen más presentes en el inicio del trastorno afectivo.

La mujer depresiva (TDM) tendría una mayor dependencia de su pareja (vuelca sus necesidades relacionales en ella), mientras el hombre depresivo (TDM) presentaría más frentes relacionales, con mayor relevancia del ámbito laboral y de la familia de origen.



5.3.1.2. Inicio de la relación

Las variables **“iniciativa para comenzar la relación”** y **“motivo de elección de la pareja”** no proporcionaron una información relevante ni ayudaron a clarificar nuestras hipótesis de partida. La primera parece tener una influencia social destacada con el varón generalmente con un papel promotor (o proactivo) y la mujer algo más pasiva. Posiblemente las parejas actuales mostraran unos resultados diferentes fruto de la igualdad de géneros y de la asunción por parte de la mujer de un papel más protagonista y activo en sus relaciones afectivas. Únicamente merece destacarse el ligero aumento de mujeres distímicas que toman la iniciativa para comenzar la relación, que podría reflejar una cierta tendencia hacia el establecimiento de relaciones igualitarias o simétricas desde el primer momento, como puede observarse mejor en el apartado de conyugalidad.

Valoramos de forma diferente la segunda variable, **“motivo de elección de la pareja”**, a pesar de no diferenciar en absoluto los dos grupos diagnósticos. Creemos que es una variable muy interesante aunque con dificultades de apreciación: por un lado la confusión presente/pasado, los motivos iniciales de elección de pareja se confunden con la valoración actual de dicha relación sin que muchos sujetos sean capaces de separarlas; por otro, al tratarse de una valoración doble (de ambos cónyuges) podíamos asistir a respuestas contradictorias (lo igual para uno, lo diferente para el cónyuge) de gran complejidad. La falta de correlación de esta variable con el

“patrón predominante de relación conyugal establecido” (que sí mostraba diferencias entre grupos) nos hace pensar que su diseño no fue del todo acertado, ya que lo esperable hubiera sido una correlación casi total entre ambas variables de acuerdo a nuestras hipótesis iniciales.

Dos variables también de segundo nivel dentro de nuestro estudio fueron el **“deseo de separación”** y la **“imposibilidad de ruptura de la relación”**. A pesar de no diferenciar tampoco los grupos diagnósticos creemos que son variables a desarrollar y estudiar en muestras más amplias por su cercanía conceptual y epistemológica a nuestras hipótesis centrales. El mayor deseo de separación parece conceptualmente más ligado a relaciones conflictuadas y simétricas, típicas de la distimia, mientras que la imposibilidad para separarse debiera aparecer más frecuentemente en una relación complementaria como la de la depresión mayor. Algunos autores describen unas interacciones de pareja en situaciones de depresión (sin especificar el tipo de trastorno afectivo) caracterizadas por la tensión y la hostilidad (Kahn, 1985; Hops 1987), incluso con tasas de divorcio 9 veces mayor que la población general tras un ingreso psiquiátrico (Merikangas, 1984). En nuestra muestra no objetivamos dichos niveles de tensión (algo más presentes en las interacciones simétricas de pacientes distímicos, pero habitualmente inexistentes en TDM) aunque varias de las parejas siguieron algún tipo de proceso terapéutico a la finalización del estudio con tasas de divorcio o separación bajas en el seguimiento a 5 años. Estas diferencias pueden atribuirse a la menor gravedad de nuestra muestra y a la inclusión restringida de TDM y TD, frente a otros trastornos afectivos de mayor gravedad.

5.3.1.3. Conyugalidad

El **tipo de relación conyugal** mostró diferencias significativas que apoyaban nuestras hipótesis de partida. Los pacientes distímicos se decantan mayoritariamente por relaciones simétricas con sus parejas, mientras los depresivos mayores tienen más tendencia a la complementariedad. Este resultado se ve corroborado por los de las variables **“fracaso de la igualdad”** y **“fracaso de la protección”**, más presente el primero en los distímicos y el segundo en los TDM de nuestra muestra.

En el caso de la distimia la evolución de la nueva pareja bajo el signo de la simetría conocerá suertes diversas, dependiendo de múltiples factores, internos y externos a la propia relación conyugal. El cambio de signo en la relación suele presentarse en forma de un desequilibrio

en la relación simétrica. Era clásica la situación en que, en una pareja equilibrada profesionalmente, el abandono del trabajo por uno de los miembros (generalmente la mujer, a raíz de la boda o del nacimiento de los hijos) o la pérdida del empleo, actúan como factores precipitantes de la crisis. Se crea una situación de simetría inestable en una pareja cuando la conservación del equilibrio pasa por la inclusión de los síntomas en el conjunto de recursos que definen la situación. Ésta continúa siendo simétrica porque se mantiene el igualitarismo básico en los juegos de poder o, en términos batesonianos, en la capacidad de definir la naturaleza de la relación. Sin embargo, la simetría es inestable porque los efectos de las pérdidas relacionales, paradójicamente compensados por los síntomas que inducen, generan una continua oscilación entre posiciones de igualdad, de inferioridad y de superioridad.

El juego relacional distímico es, de por sí, potencialmente cronificador, pero existen diversos factores que pueden intensificar esa tendencia, especialmente el peso inexorable del ciclo vital, con las pérdidas que comporta.

5.3.1.4. Parentalidad

En nuestro estudio no se valora directamente esta función dentro de las familias creadas por parte de sus pacientes y cónyuges, aunque podamos sacar conclusiones de algunas variables indirectas, como las **triangulaciones** y **parentalizaciones** que se detectan en dichas familias.

Un resultado estadísticamente significativo fue la mayor presencia de triangulaciones manipulativas en las familias creadas por pacientes distímicos, algo muy poco frecuente en las familias de los depresivos mayores. Dichas triangulaciones repiten las experimentadas en sus propias familias de origen y, eventualmente, podrían facilitar el desarrollo de cuadros de la estirpe neurótica en los hijos triangulados. Serían necesarios estudios de seguimiento de estos hijos triangulados para confirmar nuestras hipótesis.

Por el contrario la variable "parentalización en la familia creada" refleja unos valores mínimos en ambas muestras. Aunque esperábamos encontrar una mayor incidencia en el grupo TDM, posiblemente la gravedad moderada de nuestra muestra no permite asistir a estas situaciones de sustitución del rol de uno de los progenitores por parte de un hijo, propias de situaciones de abandono o patologías psiquiátricas graves.

5.3.2. FAMILIA DE ORIGEN DEL PACIENTE

5.3.2.1. Parentalidad

La variable "**parentalidad en la familia de origen**" no proporcionó los resultados esperables, aunque sí se objetivan tendencias que debieran confirmarse en muestras más amplias. En la nutrición relacional aparece una tendencia en el TDM hacia la carencia, mientras en la distimia la tendencia es hacia la conservación de dichas funciones. La parte normativa de la parentalidad también refleja mayor exigencia en la depresión mayor que en la distimia aunque en ningún caso significativo a nivel estadístico.

Las otras dos variables relacionadas con la parentalidad, "existencia de triangulaciones" y "existencia de parentalizaciones" se ven mediatizadas por los anteriores resultados, aunque en el caso de las triangulaciones se muestran en la misma línea, con más casos en distimia que en depresión mayor como esperábamos encontrar. La baja tasa de hijos parentalizados en sus familias de origen para ambas muestras pensamos que simplemente es indicativa de un fenómeno algo extremo y poco frecuente sin la ausencia completa de alguno de los progenitores, pero muy significativo cuando se presenta.

Los padres del depresivo mayor suelen constituir una pareja razonablemente bien avenida que, en cambio, trata al hijo, futuro paciente, de forma inadecuada. La condición primaria de esta inadecuación de la parentalidad hace referencia a características propias del vínculo parentofamiliar. Se trata de una dinámica familiar en la que, a diferencia de lo que ocurre en la distimia, los hijos no son triangulados con facilidad. Y no lo son porque el subsistema parental, básicamente armonioso en sus relaciones internas, no requiere de aliados para solventar sus dificultades. Además, los hijos en su conjunto o, muy en particular, el hijo futuro paciente, no es lo suficientemente valorado como para resultar candidato serio a la condición de aliado si en la pareja parental acaba generándose suficiente conflictividad potencialmente trianguladora.

Otras veces llama la atención una gran desigualdad en la pareja, con uno de los progenitores en posición claramente dominante, mientras el otro, supeditado a aquél, se presenta como débil o enfermo. Tal desigualdad se presta a ser interpretada como conflictiva o disarmónica, pero sólo lo es en apariencia. En el fondo la pareja funciona de forma complementaria, con una buena aceptación de las posiciones recíprocas. La figura fuerte es la que explícitamente define la relación con los hijos, v.g.: "¡Tienes que cuidar a tu pobre madre!", pero la débil

acepta esa definición reforzándola y dándole contenido. En el ejemplo, dejándose cuidar por una hija de forma lesiva para los intereses de ésta, que debe abandonar los estudios para quedarse en casa a cargo de la madre. En algunos casos, la enfermedad del progenitor débil puede ser, también, una depresión mayor y la relación complementaria puede alcanzar un notable grado de rigidez.

5.3.2.2. Conyugalidad

La **conyugalidad** en la familia de origen aparece alterada en la mitad de nuestra muestra clínica, pero sin mostrar diferencias por grupos diagnósticos. Son cifras elevadas aunque no concluyentes. Esperábamos encontrar más situaciones de disarmonía conyugal en la muestra de pacientes distímicos pero aparece igualado este fenómeno en el caso de los depresivos mayores. Pensamos que muestras más amplias podrían reflejar diferencias entre ambos grupos.

El tipo de relación de pareja prevalente en la familia de origen es de tipo complementario para ambas muestras, con acusado componente social e ideológico, de acuerdo con la edad media de nuestras familias y el período histórico que les corresponde (segunda mitad del siglo XX). Sería cuestionable que fuera el contexto cultural el único responsable de este resultado favorable a un patrón de relación complementario. Aunque sea innegable la emancipación social de la mujer en las últimas décadas no está claro que eso haya supuesto un cambio en los roles tradicionales y el patrón de relación dentro de la pareja. Posiblemente esta línea de pensamiento pueda tener más frutos en el ámbito de la violencia conyugal o del maltrato que en la que nos ocupa. Quizás dentro de unos años podamos estudiar familias con patrones de relación predominantemente simétricos, no solo en la familia creada (como ya sucede hoy día), sino también en las familias de origen.

5.3.2.3. Cohesión y clima familiar

Al igual que en el caso de la conyugalidad no aparece una tendencia clara en la variable cohesión intrafamiliar en la familia de origen. Sólo los varones depresivos mayores presentan un estilo relacional más desligado en sus familias de origen, frente a las mujeres con cifras de cohesión más altas.

La organización en la familia de origen del depresivo mayor guarda una apariencia de aglutinamiento que no se corresponde con la situación relacional imperante a niveles más profundos. En efecto, el desligamiento suele aparecer, principalmente, en las relaciones intersubstémicas. No es infrecuente la existencia de una pareja parental muy cohesionada, unida por vínculos estrechamente complementarios, frente a la cual los hijos quedan posicionados a considerable distancia. También dentro de éstos puede haber agrupaciones secundarias que mantengan a algunos hermanos próximos entre sí, aunque sin evitar que algún otro resulte desconectado y distante.

La variable cohesión intrafamiliar correlaciona con otra estrechamente vinculada como es el clima familiar: en general, las mujeres con trastorno afectivo (tanto TDM como TD) describen un clima familiar “caliente” que encaja mejor con cifras de cohesión altas y tendencia al aglutinamiento. Los varones depresivos, por su parte, presentan climas emocionales “fríos” en consonancia con un mayor desligamiento familiar.

5.3.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El aspecto relacional de las características clínicas de nuestras muestras es un apartado importante de nuestro trabajo y entronca con un concepto clásico del modelo sistémico-relacional, como es la función del síntoma dentro del sistema (*Bateson, 1972*).

5.3.3.1. En primer lugar tenemos la variable “**definición del problema**” que introduce la epistemología familiar y/o de la pareja, elemento trascendental a la hora de entender los procesos y de plantear la intervención terapéutica.

Aunque no permita diferenciar los grupos diagnósticos, sí ofrece un panorama revelador donde casi el 50% de nuestras parejas definen su problema de salud como secundario o derivado de un conflicto relacional. Se podría discutir si sujetos no profesionales de la salud mental son capaces de discernir estos asuntos, pero en la situación actual de completa medicalización de situaciones cotidianas, esta valoración nos parece especialmente significativa y reveladora. Abundando en esta línea, las pocas discrepancias al respecto entre los miembros de la pareja

refuerza la tesis de la importancia del conflicto relacional (al menos en la mente de los sujetos implicados en primera persona).

Estrechamente ligada a esta variable estaba otra denominada **“unanimidad en la definición del problema”** que no permitía obtener resultados concluyentes. Al abordar esta variable creemos importante reflexionar sobre la incidencia que puede tener, en aquellos que definen el trastorno como una enfermedad, el hecho de que la depresión esté siendo tratada en un contexto hospitalario y el hecho de ser la definición más extendida socialmente. El considerar la depresión como una enfermedad médica actúa como “efecto amortiguador”, 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”.

5.3.3.2. Conflictos con FO. Especial atención nos merecen los problemas con las familias de origen que se reactivan cíclicamente y aparecen relacionados con recaídas y agravamientos de la sintomatología depresiva cuando hacemos una cronología exhaustiva de la historia de la enfermedad depresiva en nuestros pacientes. Este fenómeno es común a distimia y TDM pero mucho más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y tanto referido a la propia familia de origen como a la del cónyuge (con situaciones de rechazo inicial o de fracaso de las expectativas generadas por la relación, una especie de “trampa” emocional, donde tras la inicial y aparente aceptación por la familia política se produce un desengaño con rechazo más o menos explícito y no cumplimiento de las expectativas). Resulta muy difícil poder cuantificar el papel de estos conflictos como el del resto de factores externos negativos intercurrentes, aunque el análisis cronológico (hasta donde la memoria de los sujetos lo permite) nos reafirma en nuestra tesis de un papel destacado de dichos conflictos. Inclusive desde la óptica comunicacional no es infrecuente la minimización explícita de dichos conflictos cuando la repercusión emocional y anímica ha sido extraordinaria. Los depresivos mayores, especialmente, no son a veces conscientes de la importancia sobre sus vidas de estos fenómenos, pudiendo llegar a ser negadores de conflictos como mecanismo pseudoprotector.

La aparición de estos conflictos mayoritariamente en el caso de mujeres tiene similares connotaciones a las ya comentadas en otros apartados de los resultados y contribuyen a los datos epidemiológicos de mayor incidencia de trastornos afectivos en mujeres. Aparentemente la

tendencia negadora de conflictos de los varones con sus familias de origen o con la de los cónyuges no tiene la misma intensidad que en el caso de las mujeres y la reactivación de conflictos no tiene tantas repercusiones. No hemos encontrado estudios que estudien específicamente esta cuestión, pero sí muchas referencias que pueden arrojar luz. Un estudio con parejas que habían compartido la experiencia de un acontecimiento estresante grave revelaba que no había diferencias en la aparición de depresión para el pequeño número de varones que se encargaban de las tareas domésticas (*Brown, 2002*). Parece que las diferencias epidemiológicas por sexos se acortan cuando se invierten los roles tradicionales de hombre y mujer (*Rosenfield, 1999*).

El trabajo de Brown ilustra el destacado papel de los factores de vulnerabilidad en el inicio de la depresión a un nivel muy complejo. Así, la calidad de los vínculos sociales básicos en la vida adulta ejerce una importante influencia en la autoestima actual, algo constatado también en el estudio de Paykel (1994)

5.3.3.3. Respecto a los 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 “mantenedor” de los síntomas.

Incidir en la relevancia que podría tener, para el conocimiento de los cuadros depresivos, la observación ya apuntada en esta exposición referente a que en algunas pacientes que se definen como amas de casa, nos hemos encontrado que su situación como tal no ha sido fruto de una decisión tomada por sí mismas, sino que les ha venido impuesta por las circunstancias del mercado laboral o bien por imposición del rol asumido o por una situación de agravio.

La situación de **duelo por la muerte** de los padres u otras personas cercanas puede verse complicada con la aparición de sentimientos de culpabilidad que podrían estar relacionados con experiencias de triangulación, aunque su análisis excede a nuestros propósitos.

5.4. COMPARACIÓN FAMILIAS CREADAS DE PACIENTES AFECTIVOS CON FAMILIAS DE ORIGEN (GRUPOS CONTROL)

Globalmente este apartado de resultados destaca por la similitud obtenida entre las familias creadas por los pacientes y sus propias familias de origen, frente a las características de las familias de origen de los cónyuges, teóricamente las más “sanas” o más funcionales.

5.4.1. La similitud de patrones entre familias creadas y familias de origen de pacientes podría hacer pensar en un cierto componente de transmisión, no pensamos que por la vía genética, sino más bien por la vía del aprendizaje (pragmático, cognitivo y emocional) o repetición de modelos aprendidos. En otros ámbitos parece una realidad contrastada (mujeres maltratadas en sus familias de origen que se unen a hombres maltratadores, hijos de alcohólicos que desarrollan en su etapa adulta problemas de adicción o se emparejan con personas adictas, etc.), no así en el campo de los trastornos afectivos. Existen, es cierto, estudios sobre las repercusiones en los hijos de la convivencia con madres deprimidas (*Hops 1987; Lee, 1989*), sin unos resultados concluyentes. Resulta igualmente llamativo el hecho de que sea únicamente el grupo TD el que presente una tendencia clara (no significativa) en el tipo de relación de pareja prevalente con predominio de la simetría en la familia creada del distímico y la complementariedad en su familia de origen. Aunque contradice parcialmente nuestras hipótesis de partida nos reafirma en esa especial característica relacional que define al paciente distímico, como es su tendencia a luchar con su cónyuge en un combate estéril y sin posibles vencedores.

5.4.2. Podríamos pensar que las diferencias entre la familia creada del paciente y la familia de origen de sus cónyuges serían las esperables entre unas familias con problemáticas serias de salud y otras teóricamente sin problemas destacados (no queremos “rizar el rizo” hipotizando sobre características especiales de estas familias de origen de los cónyuges de nuestros depresivos). Sin embargo resultan llamativas las diferencias, volviendo a destacar la presencia de patrones de relación simétrica en las familias creadas por los pacientes distímicos, que parecen delinearse muy nítidamente, frente a la complementariedad de las familias de origen de los cónyuges.

5.4.3. También encontramos diferencias llamativas entre las familias de origen de pacientes y las familias de origen de sus cónyuges. Estas diferencias se centran en la variable “conyugalidad”, no tanto en la parentalidad que parece conservada en ambos grupos, al igual que el clima emocional, la cohesión familiar o el tipo de aprendizaje emocional. No obstante, la existencia de triangulaciones también parece diferenciar el funcionamiento de ambos tipos de familia. De una manera algo tosca podríamos afirmar que el fenómeno relacional de la triangulación parece un sello distintivo de disfuncionalidad y eventuales problemas futuros (o presentes).

Separando por grupos diagnósticos, también aquí el peso máximo de las diferencias recae en el grupo distimia aunque el grupo TDM mantiene la tendencia a diferenciar ambas submuestras de familia. Aunque no puedan ser concluyentes, estos resultados avalan nuestras hipótesis en la línea de definir unas características relacionales específicas en las familias de origen y familias creadas de los pacientes depresivos. Serían necesarias muestras más amplias y grupos controles diferentes para confirmar estas tendencias.

5.5. DISCUSIÓN RELATIVA AL TEST FAST

5.5.1. El interés principal de estos resultados creemos que puede centrarse en el conocimiento y la correlación de los conceptos cohesión, jerarquía y flexibilidad familiar con algunas de las variables que hemos manejado en nuestra investigación. El reducido tamaño de la muestra evaluada mediante el test FAST no permite sino aventurar posibles líneas de investigación.

Es importante recordar que los resultados obtenidos de esta prueba hacen referencia únicamente a la familia creada del paciente.

Hemos querido establecer conexiones entre la cohesión familiar y el tipo de relación conyugal, mientras que parentalidad y jerarquía tendrían igualmente nexos en común. Reflexionando al respecto parece en realidad que cohesión y jerarquía son valores que proceden de un adecuado ejercicio de la conyugalidad y de la parentalidad respectivamente. Por su parte la flexibilidad parecería más emparentada con las capacidades adaptativas que, a su vez, remiten a conceptos como la resiliencia familiar, red de apoyo, familia de origen, etc.

5.5.2. Nuestra experiencia en la administración del test FAST a las familias nos demuestra la reticencia a utilizar la jerarquía a lo largo de la prueba y nos hace preguntarnos sobre la adecuación de este concepto en la población española. En la misma línea, se observa que el ideal de estas familias muestra una inexistencia de la jerarquía (representación ideal). Como resultados globales comunes a ambos grupos destacaríamos:

5.5.3. La flexibilidad es mayoritariamente baja en ambos grupos debido a que las estructuras de cohesión y jerarquía son rígidas. Estos extremos de las estructuras relacionales reflejan la dificultad de los cónyuges de manifestar sus propias necesidades y en la forma de percibir su relación recíproca. Se manifiesta en la casi nula diferencia de percepción entre los miembros de la pareja. Algo más rígidas (o menos flexibles) son las familias de los depresivos mayores y, especialmente los padres del grupo TDM y las madres del grupo TD. Ahora bien, entre los dos grupos hay ciertas diferencias a resaltar: en el grupo TDM hay mayores niveles de cohesión y la jerarquía es más alta, a excepción de la representación conflictiva. Otra característica, es que en estas familias TDM la pareja manifiesta sus diferencias de percepción en mayor grado que en las familias con trastorno distímico, como un posible reflejo de la relación tan desigual existente.

Puede ser anecdótico pero el hallazgo de que ningún padre de las familias distímicas haya puntuado en jerarquía alta también va en la línea de la relación simétrica.

En la relación con el paciente depresivo, el cónyuge sano a menudo se muestra competente en casi todas las áreas y se le atribuye sin dificultad el ejercicio del poder. Sin embargo, los comportamientos sintomáticos del sujeto deprimido son capaces de resistir a cualquier tentativa de control; de este modo, la depresión acaba por representar “la victoria del perdedor” estableciéndose una especie de “jerarquía conyugal incongruente” (*Madanes, 1981*) en la cual ambos miembros de la pareja son al mismo tiempo fuertes y débiles con respecto al otro.

5.5.4. El apartado final del tipo de estructura familiar resultante del FAST en función de las combinaciones de cohesión, jerarquía y flexibilidad aporta el resultado de unas familias distímicas muy desbalanceadas, mientras que las del grupo TDM muestran mayor equilibrio entre

las diferentes formas (balanceada, lábil, desbalanceada). ¿Podría indicar este resultado que los pacientes distímicos tienden a estructuras familiares más extremas?

5.6. DISCUSIÓN RESULTADOS RELATIVOS A ESTABILIDAD DE LA MUESTRA

Este apartado de nuestra investigación arroja más sombras que luces aunque es imposible obviarlo. La estabilidad diagnóstica es un factor clave en el campo de la psiquiatría y la psicología médica debido a la relativa fragilidad de nuestros actuales sistemas clasificatorios y criterios diagnósticos. En el campo de la investigación clínica dichas situaciones son aún más relevantes.

Posiblemente un estudio de estabilidad diagnóstica a largo plazo en trastornos afectivos pueda tener un interés relativo (quizás algo mayor en el caso de enfermedades concretas como el trastorno bipolar o algunos trastornos psicóticos) por la concurrencia de innumerables factores que pueden aparecer en un período de tiempo largo (desde muertes, enfermedades, nacimientos, etc.). Diversas investigaciones han demostrado la heterogeneidad de la evolución y el desenlace de la depresión a largo plazo (*Merikangas, 2003; Murphy, 2000*). Sin embargo una revisión a corto-medio plazo sí permite obtener resultados más fácilmente analizables.

El hecho de centrarnos en el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor, entidades no obligatoriamente de curso crónico, pero que sí tienden a una cierta prolongación temporal en la vida de los sujetos afectos, otorga especial relevancia a un estudio de estabilidad diagnóstica a corto plazo.

5.6.1. Como se refleja en el capítulo de resultados la estabilidad diagnóstica de nuestra muestra puede considerarse alta (según los valores aceptados en investigación biomédica) (*Richarte, 2008*) con el incremento más llamativo de cambios diagnósticos a cargo de la denominada “depresión doble”.

¿Cuál sería la interpretación relacional de estas situaciones? Partamos de la base de que el substrato relacional en la familia de origen puede incorporar elementos de ambas series, dado el carácter fluido y cambiante de las situaciones que lo sustentan. Unos padres pueden haber

triangulado a alguno de sus hijos y, en un momento dado, unirse en una actitud rechazante para con él. O, al contrario, pueden incursionar desde la complementariedad en que se apoyan para descuidar la nutrición relacional de sus hijos, en episódicas propuestas de coalición.

Ya adultos, e inscritos sus trastornos depresivos en las dinámicas de pareja del presente, la tensión simétrica que sustenta a la distimia puede naufragar en el fracaso del paciente, desembocando en la desesperanzada impotencia de la depresión mayor, o viceversa. En cualquier caso, la doble depresión muestra, al igual que los otros trastornos, que la relación interpersonal es su contexto natural de aparición y desarrollo.

A pesar de estas notables diferencias, no existen fenómenos relacionales puros, entendiendo por tales exentos de complejidad, por lo que puede darse, en la práctica, una continuidad entre la distimia y la depresión mayor, con infinidad de casos en los que se superponen y entretajan elementos de ambas series, tanto a nivel de síntomas como de relaciones familiares subyacentes y de significados sociales atribuidos. Quizás ello explique la tendencia de los investigadores a no focalizar unas diferencias cuya consideración clínica es, a nuestro juicio, de suma utilidad.

5.6.2. Las reflexiones anteriores pueden servir igualmente para las escasas inversiones de diagnóstico que no llegan a ser valorados como doble depresión. Desde el punto de vista relacional pasar de un TDM a una distimia o viceversa tiene sentido ante la complejidad de las relaciones humanas.

El único caso de suicidio consumado en el seguimiento de nuestra muestra tras varios años de tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico (incluido terapia familiar y de pareja) tiene varias lecturas: por un lado recuerda el riesgo potencial de estos cuadros inclusive en una muestra de moderada gravedad (como quedaba reflejada en las características clínicas); sorprendentemente (o no tanto) el paciente que consumó el suicidio tenía un diagnóstico de distimia de larga evolución, sin episodios claros de doble depresión, aunque con ideas autolíticas que le acompañaban bastante tiempo atrás.

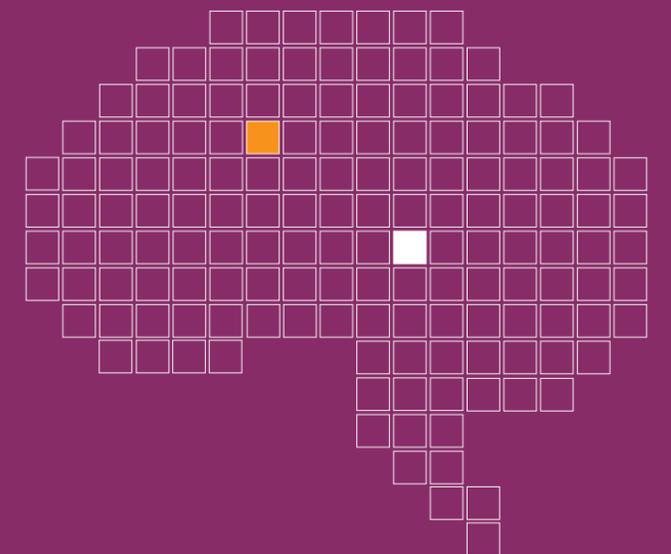
Nunca se insistirá bastante en la necesidad de no minimizar la gravedad de unas acciones que, más allá de su dimensión relacional, suponen siempre un juego con la muerte. Calificar de gestos para "llamar la atención" a esa dimensión relacional implica una trivialización que los pacientes

suelen procesar como un insulto descalificador, sobre todo porque, consecuentes con la condición relacional de tales conductas, los familiares y allegados acaban utilizando estos mensajes en sus propias estrategias descalificadoras. Sin banalizar, pues, las tentativas o amenazas de suicidio, el terapeuta deberá desafiarlas contextualizándolas relacionalmente y prestando cuidadosa atención a que no se produzcan escaladas simétricas en un terreno tan peligroso.

5.6.3. Mención aparte para dos casos que son valorados en el seguimiento como afectos de un trastorno bipolar. Este último suele aparecer cronológicamente antes que los trastornos unipolares y presenta un componente biológico bien establecido frente al resto de trastornos afectivos. Sin embargo, desde una óptica relacional, llama la atención antes que nada la novedad que introducen los episodios maníacos en la dinámica depresiva. Parece razonable reconocerle a ésta una condición más básica y primaria, ligada a la carencia y la depredación sufridas. Sobre ella, los síntomas maníacos podrían representar algo así como la posibilidad de realizar el sueño de superación y desquite del depresivo. Y, claro está, estos episodios hipercompensadores, en los que el bipolar se autoadministra justicia sumaria, pueden resultar devastadores para los demás, implicando implacables venganzas en las que las fortunas son dilapidadas, las honras mancilladas y las fidelidades conyugales traicionadas. En la relación de pareja de algunos bipolares se puede distinguir una superposición de dos modalidades de relación: una complementaria rígida, que encuadra al contexto conyugal en su conjunto, con una posición de intensa descalificación por parte del paciente, y otra simétrica, inestable, que se apoya en la capacidad subversiva de los episodios maníacos.

5.6.4. Relacionado estrechamente con la estabilidad diagnóstica encontramos la estabilidad o el mantenimiento de la relación de pareja, que arroja unas cifras relativamente altas (en relación a la tasa de divorcio/separación existente hoy día). No es posible extraer unas conclusiones definitivas de la asociación estabilidad de pareja-evolución clínica y estabilidad diagnóstica. En algunos casos la ruptura de pareja se asocia al cambio de diagnóstico y agravamiento de la sintomatología, pero en otros ocurre a la inversa, es decir, la ruptura es seguida por una mejoría clínica. Lo que no suele ocurrir es que un fenómeno de cambio tan potente como es una separación deje indiferente la narrativa depresiva.

6. CONCLUSIONES



6. CONCLUSIONES

Llegamos al final de nuestro trabajo y nos enfrentamos posiblemente a la tarea más ardua y, quizás, más ingrata. Resumir las páginas anteriores en un listado de conclusiones resulta obligatorio pero también puede tener un cierto efecto paralizante, como el curare. ¿Destacar únicamente los resultados estadísticamente significativos es lo correcto? ¿Ceñirnos únicamente a la validación o refutación de nuestras hipótesis de partida es lo justo? ¿Recurrir a la fórmula de que “son necesarios más estudios que permitan replicar nuestros resultados” nos acerca algo más a la realidad que se estudia? Intentamos dar respuestas a estas preguntas sin ceñirnos de forma estricta a un guión esquemático.

6.1. Una de nuestras conclusiones, quizás la principal y que podríamos extraer de la gran cantidad de enfoques, teorías y estudios revisados en la presente tesis y no específicamente de nuestros resultados, se refiere a la complejidad que supone la realidad de los trastornos depresivos; y cómo cada uno de ellos representa un intento de acotar, para entender mejor, una pequeña parcela de dicha realidad. Consideramos que el abordaje de dichos trastornos no está resuelto a pesar de los importantes resultados obtenidos a través de los tratamientos psicofarmacológicos 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*).

6.2. La exhaustiva revisión de la literatura parece converger en que la distimia sería una denominación nosológica de conveniencia y no un verdadero trastorno. Probablemente los futuros sistemas clasificatorios la reemplacen por categorías de etiología diferentes. Podríamos contemplar esta conclusión como un elemento paralizador o, al contrario, como un acicate para la investigación, en la que planteamientos como el nuestro pueden aportar alguna luz.

6.3. Existen suficientes evidencias a favor de que los factores sociales (en su acepción más amplia) afecten al riesgo de presentar un trastorno afectivo y a su evolución y tratamiento. Nin-

gún factor por sí solo puede explicar adecuadamente la amplia gama de fenómenos asociados a la depresión. Por tanto, hay múltiples oportunidades para que las intervenciones psicoterapéuticas reduzcan potencialmente las tasas de los trastornos afectivos y la carga de discapacidad que producen en la sociedad. Son necesarias más investigaciones que permitan delinear tanto los factores psicosociales patogénicos como aquellos otros potenciadores de la salud, así como los procesos por los que operan. Creemos que la búsqueda de marcadores relacionales (o interaccionales) de los diferentes trastornos afectivos (y posiblemente de otros trastornos mentales) puede complementar los ya existentes a nivel biológico y psicológico.

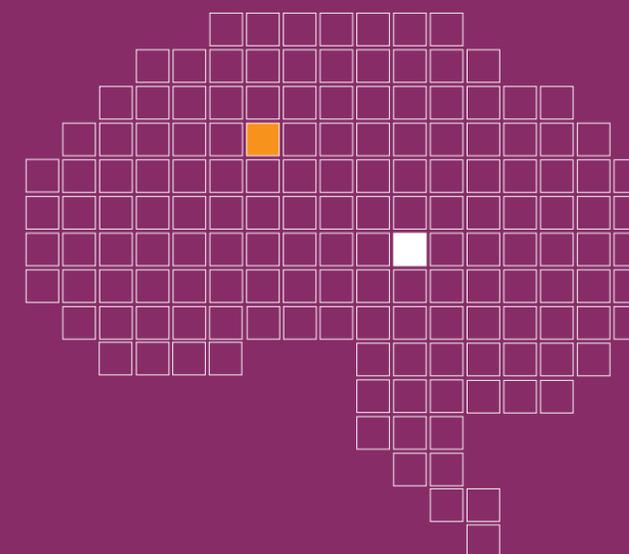
6.4. En el caso de la depresión mayor y la distimia nuestras hipótesis de complementariedad y simetría en la relación conyugal establecida por el paciente depresivo se ven refrendadas por nuestros resultados. Depresión mayor parece asociarse en nuestra muestra a relaciones conyugales (armoniosas o disarmónicas) de tipo predominantemente complementario, mientras distimia parece asociarse a relaciones conyugales de tipo simétrico y mayoritariamente disarmónicas.

6.5. El posible papel de la nutrición relacional en la familia de origen (en el sentido de hiperexigencia y poco reconocimiento para el TDM, y tendencia a la triangulación para el TD) no ha tenido la misma claridad de resultados pero tampoco lo descarta. Son necesarios estudios más amplios y con mayor refinamiento de los instrumentos de medición.

6.6. El análisis cualitativo de nuestra muestra ha reflejado de forma incuestionable la presencia de múltiples factores ambientales presentes en las recaídas de estos cuadros. Entre dichos factores ambientales destacan los del ámbito familiar (tanto familia creada como familia de origen) en el caso de mujeres depresivas, y los del ámbito laboral en el caso de varones depresivos.

En esta tesis ha quedado patente la importancia de la relación interpersonal (en sus ámbitos cognitivos, pragmáticos y emocionales) a la hora de determinar estados de ánimo. La relación puede nutrir psicológicamente, fortaleciendo a la mente y defendiéndola frente a erosiones y traumas, o puede, por el contrario, debilitarla o hacerla añicos. Reconocer estos fenómenos y tenerlos presente a la hora de planificar la intervención o cuidados que el sistema sanitario presta al ciudadano se nos antoja imprescindible.

7. BIBLIOGRAFÍA



7. BIBLIOGRAFÍA

ABRAHAM, K.. (1911) *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé.

ABRAMSON, LY., SELIGMAN, M., TEASDALE, JD. (1978) Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96: 358-372.

AKISKAL, H.S. (1983) Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry* 140:11-20

AKISKAL, H.S., CASSANO G.B. (1997) *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions*. Nueva York: The Guilford Press.

AKISKAL, HS., KING, D., ROSENTHAL, T., ROBINSON, D., SCOTT-STRAUSS, A. (1981) Chronic depression: clinical and familiar characteristics in 137 probands. *J Affect Disord* 3: 297-315

AKISKAL, HS. (1981) Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatr Clin North Am* 15: 9-10.

ALEXANDER, B. (1977) Interpersonal relationships in addictive individuals and their families. *Family Process*, 16: 54-58

ALVAREZ, E. (2002) *Métodos paraclínicos de Diagnóstico en Psiquiatría: Marcadores Biológicos y Métodos de Exploración Física* en: VALLEJO, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (pp.87-96). Barcelona: Masson.

AMATO, P.R. (2001) Children of Divorce in the 1990s: An Update of the Amato and Keith Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology*, 15, 355-370.

American Psychiatric Association (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC.

American Psychiatric Association (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd edition. Washington DC.

American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition. Washington DC.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington DC.

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

ANGST, J. (1998) Dysthymia and Personality. *European Psychiatry*, 13:188-197

ASEN, E., JONES, E. (2004) *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

BALSLEV, JM., DAM, H, BOLWIG, TG. (1998) The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatr Scand* 98: 1-13

BARBATO A, D'AVANZO B. Terapia de pareja para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

BARBATO, A., D'AVANZO, B. *Terapia de pareja para la depresión* en: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 n°4, Oxford

BATESON, G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler Pub. Company, New York (Ed. esp.: *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1977)

BATESON, G., RUESCH, J. (1984) *Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría*. Barcelona: Paidós.

BAUSERMAN, R. (2002): Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 16, 91-102

BAYLE, AL. (1822) Recherches sur la maladie mentale. Université de Paris.

BECK, AT. (1967) *Depression: clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Nueva York: Harper and Row.

BIBRING, E. (1953) *El mecanismo de la depresión*, en GREENACRE, P. Perturbaciones de la afectividad, Buenos Aires: Hormé

BILLOD, E. (1847) Maladies de la volonte. *Ann Med Psychol* 10: 15-35

BLANCO, C, LIPSITZ, J, CALIGOR, E. (2001) Treatment of chronic depression with a 12-week program of interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 158(3):371-5

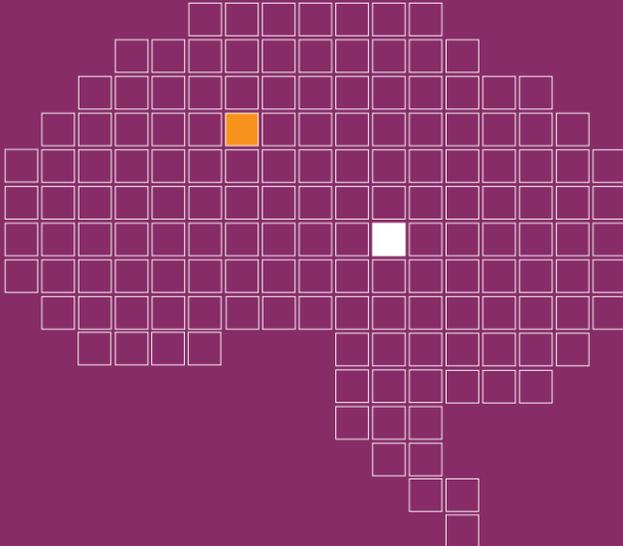
BLATT, S. (1998) Contributions of psicoanálisis to the understanding and treatment of depresión, *J. Amer. Asso.*, 46, 3:723-752

- BLEICHMAR H. (1998). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.
- BLEULER, E. (1916) *Handbuch der Psychiatrie* (Ed. esp. de la 4ª ed. alemana: *Tratado de Psiquiatría*, Madrid: Calpe (1924)
- BOSTWICK, JM, PANKRATZ, VS (2000) Affective disorder and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 157: 1925-1932
- BÖSZÖRMENYI-NAGY, I., SPARK, G. (1973). *Invisible Loyalties: reciprocity in intergenerational family therapy*. London: Lippincott Williams and Wilkins/Harper & Row
- BOWER, GH. (1981) Mood and memory. *Am Psychol* 36:129-148
- BOWLBY, J. (1980) *Attachment and Loss, vol.3. Loss, Sadness and Depression*. London: The Hogarth Press
- BROWN, G., BIRLEY, J. y WING, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- BROWN, GW., HARRIS, T. (1978) *The Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorders in Women*. London: Tavistock Pub.
- BROWN, GW. (2002) Social roles, context and evolution in the origins of depression. *J Health Soc Behav* 43: 255-276
- BURTON, R. The anatomy of Melancholy (1621) London
- BUTLER, R, CARNEY, S, CIPRIANI, A, GEDDES, J, HATCHER, S, PRICE, J, VON KORFF, M. (2006) Depressive disorders. *Am Fam Physician*. 73(11):1999-2004.
- Canadian Psychiatric Association, the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46: 1S-91S.
- CANCRINI, L, LAROSA C. (1996) *La caja de Pandora*. Barcelona: Paidós.
- CHILVERS, C., DEWEY, M., FIELDING, K., GRETTON, V., MILLER, P., PALMER, B., WELLER, D. (2001). Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: Randomised trial with patient preference arms. *BMJ*, 322: 772-775.
- CLARKIN, J.F.; PILKONIS, P.A.; McGRUDER, K.M. (1996) Psychotherapy of depression. Implications for reform of the health care system. *Arch Gen Psychiatry* 53: 717-723
- CLAYTON, PJ, HALIKAS, JA, MAURICE, W. (1972) The Depression of Widowhood. *Br J Psychiatry* 120: 71-77
- COID, JW. (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder?. *Br J Psychiatry* 162: 641-650.
- COYNE, J.C. (1976) Towards an interactional description of depression. *Psychiatry* 39:28-40.
- COYNE, J.C. (1984) Strategic therapy with depressed married personal agenda, themes and intervention. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10:53-62
- DEKKER, J., SCHOEVERS, R., JONGHE, F., MAAT, S. (2006) Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Psychotherapy Research* 16: 566-78
- EDWARDS, M., STEINGLASS, P. (1995) Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of marital and family therapy*. 21: 475-509.
- ELLIS, HC., ASHBROOK, PW. (1988) *Resource allocation model of the effect of depressed mood states on memory*, in Affect, Cognition and Social Behavior. Edited by Fiedler K, Forgas J, Toronto, Canada: Hogrefe, (pp25-43)
- EY, H. (1965) *Manuel de Psychiatrie*. Paris : Masson
- EY, H., BERNARD, P., BRISSET C. (1965) *Tratado de psiquiatría*, Masson
- FAVA, M, ALPERT, JE, BORUS, JS, NIERENBERG, AA, PAVA, JA, ROSENBAUM, JF. (1996) Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am. J Psychiatry* 153: 1308-1312
- FEDIDA P. (2001) Des bienfaits de la depression, Paris : Odile Jacob.
- FEIGHNER, JP, ROBBINS, E, GUZE, SB, WOODRUFF, RA, WINOKUR, G, MUNOZ, R (1972) Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archives of General Psychiatry*. 26: 57-63
- FENDRICH, M. WARNE, V. WEISSMAN, M. (1990) Family risk factors, parental depression and psychopathology in offspring. *Develop Psychol* 26:40-50
- FERSTER CB (1967) Arbitrary and Natural Reinforcement, *The Psychological Record*, 22, 1-16
- FOUCAULT, M. (1964) *Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon, Paris (Ed. esp.: *Historia de la locura en la época clásica*. F.C.C., México, 1967)
- FOUCAULT, M. (1964) *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FRANCES, A. CLARKIN, JF.; PERRY, S. (1984) DSM-III and Family Therapy. *Am J Psychiatry* 141:406-409
- FRANK, E, ANDERSON, B, REYNOLDS, C y cols. (1994) Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype: a confirmation of the distinction using the Bedford College methods. *Arch Gen Psychiatry* 51:519-24
- FRANK, E., KUPFER, D.J. WAGNER, E.F. McEACHRAN, AB. CORNES, C. (1991) Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 48 : 1053-1059.
- FREUD, S. (1917) *Trauer und Melancholie* (trad. Cast.: Buenos Aires, Amorrortu, vol.14:289-294)
- FREUD, S. (1917) *Trauer und Melancholie* (Trad cast. *Duelo y melancolía*. Amorrortu, Buenos Aires, 1976)
- GEHRING, T.M. y MARTI, D. (1994) Children's family constructs and classification of mental disorders: Different measurement approaches may yield different results. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 35: 551- 553
- GEHRING, T.M.; BRAEGGER, F.; STEINEBACH, C.H.; BUNTSCHU, B. y WOESSMER, J (1995) Family System Test (FAST): A systemic approach to the analysis of social relationships in the clinical context. (En: Boothe, B.; Hirsig, R. et al. (eds.) *Monografías suizas en Psicología*, Vol. 3)
- GILBERT, P. (1990) *Depresión. The evolution of powerlessness*. Hove-Hillsdale, LEA
- GUIDANO, V.F. (1987) *Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: The Guilford Press.
- GOODMAN, SH, GOTLIB, I (1999) Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Rev.* 106:458-490
- HAAGA, D.A.; BECK, A.T. (1993) Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, IV, 13:29-40.
- HAMILTON, M. (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56-62.
- HAMILTON, M. (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 6: 278-296.
- HAMMEN, C., ADRIAN, C., GORDON, D. (1987) Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Journal of abnormal child psychology* 15: 559-72.
- HAYHURST, H. COOPER, Z. PAYKEL, ES. VEARNALS, S. RAMANA, R. (1997) Expressed emotion and depression. *Br J Psychiatry* 171: 439-443
- HENDERSON, S. (1974) Care eliciting behavior in man. *Journal of Nervous and Mental Disease* 159:172-181.
- HENDERSON, AS. (2001). *Central issues in psychiatric epidemiology*. In: Henn F, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H (eds) *Contemporary Psychiatry*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer.
- HENDERSON, AS., JORM, AF., MACKINNON, A., CHRISTENSEN, H., SCOTT, LR., KORTEN, AE., DOYLE, C. (1993). The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life: a survey using Draft ICD-10 and DSM-III-R. *Psychological Medicine*, 23: 719-729.
- HIRSCHFELD, RMA. KLERMAN, GL. ANDREASEN, NC. CLAYTON, PJ. KELLER, MB. (1985) Situational major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 42:1109-1114
- HOFFMAN, L. (1981) *Foundations of Family Therapy: A conceptual framework for system's change*. New York: Basic Books.
- HOPS, H., BIGLAN A., SHERMAN L., ARTHUR J., FRIEDMAN L. OSTEEN V. (1985) Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 341-346
- HORWITZ, AV. WAKEFIELD, JC. (2007) *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford (UK): Oxford University Press,

- HUBERMAN AM, MILES MB (1998) Data management and analysis methods En DENZIN NK, LINCOLN Y. Collecting and interpreting qualitative materials pp 179-210, Thousands Oaks, CA: Sage
- KAHN, J., COYNE, J. MARGOLIN G. (1985) Depression and marital disagreement: The social construction of despair. *Journal of Social and Personal Relationship, 2*: 447-461
- KANFER, F.H. (1970) Self-monitoring: methodological limitation and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical applications. 35*: 148-152.
- KASEN, S, COHEN, P, CHEN, H, et al. (2003) Depression in adult women: age changes and cohort effects. *Am J Public Health 93*: 2061-2066
- KASHANI, J., CARLSON, G., BECK, N., HOEPER, EW., COCORAN, CM. & MCALLISTER, JA. (1987) Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry 144*: 931-934
- KEITNER, G.I. y MILLER, W. (1990) Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry 147*: 1128-1137
- KEITNER, G.I. RYAN, C.H. MILLER, IW., et al. (1995) Role of the family in recovery and major depression. *Am J Psychiatry 152*: 1002-1008
- KELLER, M., KLEIN, D., HIRSCHFELD, R. (1995) Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *Am J Psychiatry 152*: 843-849
- KELLY, J.F. MCKELLAR, J.D. MOOS, R. (2003) Major depression in patients with substance use disorders: Relationship to 12-Step self-help involvement and substance use outcomes. *Addiction, 98*(4):499-508.
- KENDALL-TACKETT K (2002) The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl 26*:715-729
- KENDELL, RE. GOURLAY, J. (1970) The clinical distinction between psychotic and neurotic depressions. *Br J Psychiatry. 1970 117*(538):257-60.
- KENDLER, KS. THORNTON, LM. PRESCOTT, CA. (2001) Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry 158*:587-593
- KENDLER, KS, MYERS J, ZISOOK S (2008) Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry 165*: 1449-1455
- KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K.A., ZHAO, S., NELSON, C B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEN, H-U., KENDLER, K S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- KESSLER, R. (1997) The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology. 48*:191-214.
- KLEIN, DF, ROSS DC. (1993) Reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program General Effectiveness Report. *Neuropsychopharmacology, 8*: 241-51
- KLEIN, D.; RISO, L.P.; DONALDSON, S.K., et al. (1995) Family study of early-onset dysthymia. *Arch Gen Psychiatry 52*:487-496
- KLEIN, M. (1940) Mourning and its relation to Manic-Depressive States. *International Journal of Psychoanalysis, vol. XXI.*, Contributions to Psycho-Analysis.
- KLERMAN, GL.(1988) *Foreword*. En: J.F.Clarkin, G.L. Haas y I. D. Glick (eds.) *Affective disorders and the Family*. New York: Guilford Press.
- KLERMAN, GL., WEISSMAN MM, ROUNSAVILLE BJ, et al (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books, Inc.,
- KOCSIS, JM., VOSS, Q, MANN, J., FRANCES, A. (1986) Chronic depression: demographic and clinical characteristics. *Psychopharmacol. Bull. 22*, 192-195
- KOENIGSBERG, H, KAPLAN, R., GILMORE, M., COOPER, A. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry 142*: 207-212.
- KOVACS, M., FEINBERG, TL., CROUSE-NOVAK, MA., PAULAUSKAS, SL., FINKELSTEIN, R.. (1984). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry 41*:229-37.
- KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAK M, PAULAUSKAS SL, POLLOCK M, FINKELSTEIN R. (1984) Depressive disorders in childhood. II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry 41*:643-9.
- KWON J.S., KIM Y., CHANG C. (2000) Three-year follow-up of women with the sole diagnosis of depressive personality disorder: subsequent development of dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry 157*: 1966-1972
- LEE, CM, GOTLIB, IH (1989) Maternal depression and child adjustment: a longitudinal analysis. *J Abnorm Psychol. 98*(1):78-85.
- LEFF, J., VAUGHN, C. (1982). Expressed emotion in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry 141*:121-134.
- LEFF, J. VEARNALS, S. WOLFF, G. ALEXANDER, 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 the partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry 177*: 95-100
- LEICHSENRING F. (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev 21*:401-419
- LEON OG, MONTERO I (2002) *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw Hill.
- LEWINSOHN, PM. (1974). *The behavioral study and treatment of depression*. In K.S. Calhoun, H. E. Adams, & K. M. Mitchell (Eds.), *Innovative treatment methods in Psychopathology*. New York: Wiley
- LEWINSOHN, PM. (1976). *Activity schedules in the treatment of depression*. En C.E. Thoresen y J.D.Krumboltz (Eds.) *Counselling methods* (pp. 74-83). Nueva York: Holt, Rinehart y Winston
- LEWIS, J.M. (1998) For better or worse: Interpersonal relationships and individual outcome. *Am J Psychiatry 155*: 582-589
- LIMA, MS, MONCRIEFF, J. Una comparación de fármacos versus placebo para el tratamiento de la distimia, en La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, 4 Oxford
- LINARES, J.L. (1993) La dimensión relacional de las depresiones. *Revista de Psicoterapia, IV*, 13:67-76.
- LINARES, J.L. (1996) *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- LINARES, J.L. (1998) Des malades honorables: la relation des dépressifs avec le psychiatre. *Cahiers Critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 21-2*: 29-40.
- LINARES, JL. (2002) *Del abuso y otros desmanes: el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós
- LINARES, JL, CAMPO, C (2000) *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- LINARES, JL, PUBILL, MJ, RAMOS, R. (2005). *Las cartas terapéuticas: una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona: Herder.
- LORIEDO, C., VELLA, G. (1992). *Paradox and the Family System*. Nueva York: Brunned/Mazel
- LUIJENDIJK, HJ, VAN DEN BERG, JF, DEKKER, MJ, VAN TUIJL, HR, OTTE, W, SMIT, F, HOFMAN, A, STRICKER, BH, TIEMEIER, H. (2008) Incidence and recurrence of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry 65*: 1394-401
- MADANES, C. (1981) *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- MAHONEY, M.J. (1991) *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MAJ, M. (2008) Depression, Bereavement, and "Understandable" Intense Sadness: Should the DSM-IV Approach Be Revised? *Am J Psychiatry 165*: 1373-1375
- MANFRIDA, G. y MELOSSI, A. (1996) En los orígenes de la depresión: la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediciones sociales. *Redes, 1*:23-35
- MARKOWITZ, J., MORAN, M., KOCSIS, J., FRANCES, A. (1992) Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J Affect Dis 24*: 63-71
- MCCULLOUGH, J.P. (1991) Psychotherapy of dysthymia: a naturalistic study of ten patients. *Journal of Nervous and Mental diseases 179*: 734-740
- MCCULLOUGH, J.P, KLEIN, D.N., BORIAN, F.E., HOWLAND, R.H., RISO, L.P., KELLER, M.B., BANKS, P.L. (2003) Group comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: validity of the distinctions, part 2. *Journal of Abnormal Psychology 112*:614-22

- MERIKANGAS, K.R. (1984) Divorce and assortative mating among depressed patients. *American Journal of Psychiatry* 141: 74-76
- MOFFITT, TE, HARRINGTON, HL, CASPI, A, KIM-COHEN, J, GOLDBERG, D, GREGORY, AM, POULTON, R. Depression and Generalized Anxiety Disorder cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(6):651-660.
- MORRIS, WN. (1992) A functional analysis of the role of mood in affective systems. *Review of Personality and Social Psychology* 21:736-746
- NIEMEYER, R.A. MAHONEY, M.J. (1995) *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona (1998): Paidós
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnormal Psychol* 100:569-582
- O'LEARY, K.D. y BEACH, S. (1990) Marital Therapy: a viable treatment for depression and marital discord. *Am J Psychiatry* 147:183-186
- PALSSON, S, SKOOQ, I. (1997) The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *Int. Clin. Psychopharmacol* 12 suppl 7:3-13
- PAYKEL, ES. WIESSMAN, M.M. (1973) Social adjustment and depression: a longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 28:659-663
- PAYKEL, ES. (1994) Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scand* 377:50-58
- PAYKEL, ES (2002) Mood disorders: Review of current diagnostic systems. *Psychopathology* 35: 94-99
- PERRY, J.C. (1985). Depression in borderline personality disorder: Lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 142, 15-21.
- PICCINELLI, M., WILKINSON, G. Gender differences in depression: Critical review. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 486-492.
- PHILIPS, K.A., GUNDERSON, J.G., HIRSCHFELD, R.M., SMITH, L.E. (1990) A review of the depressive personality. *Am J Psychiatry* 147: 830-837
- RAMOS-BRIEVA, J.C (1986) Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 14:324-334.
- RAMOS R. (2001) *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Paidós.
- RANDOLPH J.y JACOB B (1997) Marital interactions of male versus female alcoholics. *Family Process*, 36: 385-400.
- REGIER, DA, RAE, DS, NARROW, WE, ET AL. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry Supplement*, (34): 24-8.
- REHM, LP. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8: 787-804.
- REICHARDT, Ch S, COOK, TD. (1986) Más allá de los métodos cualitativos versus los cuantitativos. En COOK TD y REICHARDT Ch S (Eds.) Los métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativo. Madrid: Morata.
- RICHARTE, V, MARTIN, A, PUIGDEMONT, D y cols. (2008) Estabilidad diagnóstica de la depresión resistente al tratamiento. *Revista de Psiquiatría y salud mental* 4: 34-36
- RICHMAN, J. (2004) The family therapy of attempted suicide. *Family Process* 18:131-142
- RISO, L.P., BLANDINO, J.A., HENDRICKS, E., GRANT, M.M., DUIN, J.S. (2002) Marital history and current marital satisfaction in chronic depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 32: 291
- ROSENFELD, S. (1999) *Gender and mental health: do women have more psychopathology, men more, or both the same (and why)?*, in A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories and Systems. Edited by Horowitz A, Scheid T. Cambridge University Press, New York 348-360
- ROUSANVILLE, B.J.; WEISSMAN, M.M.; PROFF, B.A. (1980) The course of marital disputes in depressed women: a 48 months follow-up study. *Compr Psychiatry* 21
- SAFRAN, J.D. y SEGAL, Z.V. (1991) *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva* (Ed. esp.) Barcelona (1994): Paidós.
- SCOTT J, DICKEY B (2003) Global burden of depression: the intersection of culture and medicine. *Br J Psychiatry* 183:92-94
- SEGAL, ZV, WILLIAMS, JM, TEASDALE, JD, et al. (1996) A cognitive science perspective on kindling and episode sensitisation in recurrent affective disorder. *Psychol Med* 26:371-380
- SELIGMAN, M. (1981). A learned helplessness point of view. In L. Rehm (Ed.), Behavior therapy for depression. New York: Academic Press.
- SELIGMAN, M. (1986). *Indefensión*. Madrid: Debate
- SCHNEIDER, K. (1923) (Ed. esp. de la 4ª ed. alemana: *Las Personalidades Psicopáticas*, Ed. Morata, Madrid, 1943)
- SHOTTER, J y GERGEN, KJ (1989) *Texts of Identity*. London: Sage Pub.
- SHUCHTER, S.R.; DOWNS, N.; ZISOOK, S. (1996) *Biologically Informed Psychotherapy for Depression*. New York: The Guilford Press.
- SPITZER, RL, ENDICOTT, J, ROBINS, E. (1975) Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III *Am J Psychiatry* 132:1187-1192
- SPITZER, RL, WAKEFIELD, JC (1999) DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry* 156:1856-1864
- STEINER C. (1997) *La educación emocional*. Madrid: Punto de Lectura.
- STEINGLASS, P., BENETT, L.A., WOLIN, S.J., REISS, D. (1987) *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- TEASDALE, JD, TAYLOR, MJ, COOPER, Z, et al. (1995) Depressive thinking: shifts in construct accessibility or in schematic mental models? *J Abnormal Psychol* 104:500-507
- THASE, M.E. GREENHOUSE, J.B. FRANK, E., et al. (1997) Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 54:1009-1015
- TOLIN, DF, FOA, EB. (2006) Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol. Bull* 132: 959-992
- VELLA, G., LORIEDO, C. (1990) Comprensión y tratamiento del síndrome depresivo desde la perspectiva sistémica. *Revista de Psicoterapia* 13:53-65
- VELLA, G. y LORIEDO, C. (1990) Comprensión y tratamiento del síndrome depresivo desde la perspectiva sistémica. *Psicobiético* nº 2: 39-50. (Trad. esp.: *Revista de Psicoterapia* 13:53-65)
- WARING, E.M.; CHAMBERLAINE, C.H.; McCRANK, E.W., et al. (1988) Dysthymia: a randomised study of cognitive marital therapy and antidepressants. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33:96-99
- WAINTRAUB, L.; GUELFY, J.D. (1998) Nosological validity of dysthymia. *European Psychiatry*, 13: 173-187
- WAKEFIELD, JC, SCHMITZ, MF, FIRST, MB, HORWITZ, AV (2007) Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 64:433-440
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J, JACKSON, D.(1981) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- WEISSMAN, MM, BRUCE, ML, LEAF, PJ, et al. (1991) Affective disorders in Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. Ed by ROBINS LN, REGIER DA, Free Press, New York 53-80
- WEISSMAN, MM, OLFSON, M (1995) Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269: 799-801
- WEISSMAN, MM., WARNER, V., WICKRAMARATNE, P., PRUSOFF, BA. (1988). Early-onset major depression in parents and their children. *J Affect Disord* 15:269-277
- WING, J.K., COOPER, J.E. & SARTORIUS, N. (1974) *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WINOGRAD, B (2005) Las interpretaciones en las problemáticas depresivas. En Ben Zion W *La depresión*, Barcelona: Paidós.
- ZANARINI, MC., GUNDERSON, JG., FRANKENBURG, FR., CHAUNCEY, DL. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. *J Personality Disorders* 3:10-18

8. ANEXOS



8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV/CIE 10 PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y EL TRASTORNO DISTÍMICO

CRITERIOS DSM-IV

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas deber ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o la capacidad para el placer.
- **1.** Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
 - **2.** Disminución acusada del interés o de la capacidad del placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día
 - **3.** Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - **4.** Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - **5.** Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día
 - **6.** Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - **7.** Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día
 - **8.** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - **9.** Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico para suicidarse o una tentativa de suicidio.
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la afectividad del individuo.
- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o por una enfermedad médica (p. ej., Hipotiroidismo).

- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO [296.2X]

- A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor
- B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE [296.3X]

- A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores
- B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISTÍMICO [300.4]

- A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
- B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - pérdida o aumento de apetito
 - insomnio o hipersomnia
 - falta de energía o fatiga
 - baja autoestima
 - dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - sentimientos de desesperanza
- C.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CRITERIOS CIE-10**F32 Episodios depresivos**

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a. La disminución de la atención y concentración.
- b. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d. Una perspectiva sombría del futuro.
- e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f. Los trastornos del sueño.
- g. La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o

referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F33 Trastorno depresivo recurrente

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Incluye:

Episodios recurrentes d(E) Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1).

Episodios recurrentes d(E) Depresión endógena.

Depresión mayor.

Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo).

Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica.

Depresión vital (F33.2 o F33.3).

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

F34.1 Distimia

Depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32.-) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Incluye:

Depresión ansiosa persistente.

Neurosis depresiva.

Trastorno de personalidad depresiva.

Depresión neurótica (de más de dos años de duración).

Excluye:

Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2).

Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada).

Esquizofrenia residual (F20.5).

8.2. ANEXO 2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PROTOCOLO 1ª ENTREVISTA

¿Cuál es el problema? ¿Qué es lo que les preocupa en este momento?

- Favorecer descripción detallada conducta sintomática y lo que ésta implica, tanto al paciente como al resto de la familia.
- Cosas que los síntomas le impiden hacer o que hacen los familiares en función de éstos:
 - "¿Cómo influye la enfermedad en la organización de la familia?"
 - "Cuando Ud. mejora, ¿qué cambia?"
 - "¿Qué pasaría si Ud. dejara de estar enfermo/a?"
 - "Cuando Ud. se encuentra mal, ¿qué hace cada uno?"
- Inicio síntomas, frecuencia, etapas de mejoría y de empeoramiento.
- Tratamientos realizados, con especial valoración de los mismos.

¿Hay alguna otra cuestión que les preocupe o les inquiete en la actualidad?

- Favorecer la explicitación de todas aquellas áreas en las que se de alguna situación problemática. Recoger también posibles diferencias de criterio en cuanto a la existencia de éstas o no.

Descripción detallada características personales de cada uno de los cónyuges y de los hijos (si están éstos darán la información por si mismos)

- Nombre
- Edad
- Procedencia
 - Explicar factor emigración
- Estudios
 - Nivel obtenido, pero también valoración personal en base a recuerdos, expectativas.

- Trabajo
 - Experiencia laboral, edad de inicio de la misma, valoración área laboral en general, experiencias significativas, situación actual, cambios dedicación y/o responsabilidad, situación de paro, bajas y/o invalidez. En el caso de retiro área laboral en base a crianza hijos valorar cómo se negoció la decisión.
- Salud
 - En general, tanto física como mental.
- Intereses personales
 - Gustos, aficiones, "cosas que le gusta hacer en la actualidad, o anteriormente, para pasárselo bien"
- Sociabilidad
 - Red social, cantidad y calidad, en el pasado, en la actualidad.

PROTOCOLO 2ª ENTREVISTA

- Genograma
 - a) Familia de origen (F.O.) Cónyuge
 - b) F.O. Paciente
- Padres:
 - Viven sí/no
 - Fecha fallecimiento, causa, edad fallecimiento
 - Edad
 - Procedencia
 - Trabajo Profesión, situación actual
 - Salud
- Hermanos:
 - Residencia
 - Estado civil
 - Trabajo Profesión, situación actual
 - Salud
 - Especial hincapié factor separación conyugal
 - Pregunta final de recopilación datos en general

Características relacionales familia de origen: Introducción

- Conyugalidad F.O. (los padres como cónyuges):
 - simetría
 - complementariedad
- Parentalidad F.O. (en relación con cada hijo y en especial con el paciente):
 - funciones nutricias
 - triangulación (sí/no)
- Relación de cada cónyuge con la familia del otro cónyuge. Situación actual y en el pasado, en especial con respecto a los padres, pero sin obviar hermanos u otros miembros significativos (cuñados)
- Relación del paciente o de su cónyuge con su familia de origen
 - "Háblenos de su familia", "¿Cómo era su familia?"
 - Descripción racional/material
 - Descripción relacional/afectiva
 - "Así, ¿qué ambiente había en casa?"
 - Conflictos importantes
 - Armonía básica
 - "Y... ¿qué tal se llevaban sus padres?"
 - a) Conyugalidad armoniosa "Bien"
 - b) Conyugalidad disarmónica "Mal"
 - (Si "a") "... Pero ¿eran/son muy iguales o muy diferentes?"
 - Tendencias simétricas
 - Tendencias complementarias
 - "... Y ¿se peleaban y reconciliaban o, simplemente, no se peleaban?"
 - Tendencias simétricas
 - Tendencias complementarias
 - "... ¿Ud. diría que uno de los dos mandaba, tomaba las decisiones, llevaba los pantalones, cortaba el bacalao...?"

"¿Y era así para todo, o en todas las áreas?"

"¿Diría usted que había dependencia o supeditación entre ellos?"

- (Si "b"): Conyugalidad disarmónica

1) Simétrica

2) Complementaria

1. Simétrica disfuncional - sin mecanismos de freno

"¿Se peleaban mucho y con broncas muy fuertes?"

"¿Se produjeron malos tratos?"

"¿Les costaba mucho hacer las paces?"

"¿Estaban casi siempre enfadados?"

"¿Llegaron a hablar de separación o se separaron?"

"¿Alguno de los dos pasó por una época que estuviera mal de los nervios?, ¿inflúan las peleas en los síntomas?"

Triangulación: sí / no

"¿Qué pensaba usted de lo que pasaba entre sus padres?"

"¿Llegó usted a tomar partido?"

"Y eso, ¿qué consecuencias supuso para usted?"

2. Complementaria disfuncional - sin patrones de alternancia y con acentuación de las diferencias

"¿Y era así siempre?" (referido a la posición up/down que ocupaban)

"¿Y para todas las áreas?" (las áreas de competencia siempre recaían en uno de ellos)

"¿Necesitó algún tipo de cuidados o tratamiento alguno de ellos?"

- enfermedad incapacitante, física o mental (psicosis, depresiones graves, etc.)

- alcoholismo

- pensión por invalidez

- En el pasado:
 - "¿Qué recuerda del trato de sus padres hacia usted?"
 - "¿Cómo eran sus padres con usted?"
 - "¿Cómo le trataban?"
 - a) Respuestas en torno al afecto (carencia / exceso)
 - "¿Eran cariñosos con usted?"
 - "¿Le demostraban el afecto?"
 - b) Respuestas en torno a la valoración y a la exigencia
 - "¿Se sentían orgullosos de usted?"
 - "¿Valoraban lo que usted hacía?", ¿qué cosas valoraban?"
 - "¿Esperaban mucho de usted?", "¿qué esperaban?"
 - "¿Eran muy exigentes?"
 - "¿Reconocían positivamente las cosas que usted hacía?"
- En el presente:
 - "¿Cuál es la situación actual?"
 - "¿Ha empeorado/mejorado/sigue igual?"
 - "¿Cuál es su relación?"
 - "¿Cómo es con usted su suegro/a?"
 - "¿Era eso lo que usted esperaba?"
 - "¿Se ha sentido usted bien acogido/a?"
 - "¿Le han brindado ayuda oportuna?"
 - "¿Se han entrometido demasiado en sus cosas?"
 - "¿Eso siempre ha sido así o han cambiado a partir de un determinado momento?"

PROTOCOLO 3ª SESIÓN: "Historia de pareja"

- Cómo y cuándo se conocieron
- Quién dió los primeros pasos. Quién toma la iniciativa para propiciar nuevos encuentros tras el 1er. contacto.

- Qué les atrajo del otro, qué les gustó (estimular como mínimo la producción de tres adjetivos cada uno)
- Cuál era la situación personal de cada uno en el momento de conocerse. Edad, experiencias amorosas anteriores, etc.,...
- Cuál fue la acogida inicial por parte de las familias respectivas durante el noviazgo.
- Balance época de novios. Duración total del noviazgo. valoración en general por parte de cada uno. Cómo lo recuerdan.
- Inicio convivencia. Fecha de la boda. Quién la propone y cuál es la postura del otro. En caso de no darse, valorar consenso o no respecto a dicha decisión. Papel de las F.O. respectivas.
- 1ª etapa convivencia o matrimonio. Balance/valoración. Descripción organización áreas responsabilidad/áreas lúdicas. Cómo se lo montaron. Consenso y/o discrepancias.
- Sexo. Valoración y balance de las experiencias en ese área desde el inicio hasta la actualidad. Cambios en frecuencia y/o calidad. Diferencias de criterio si las hubiere.
- Hijos. Deseo y expectativas iguales o diferentes. Factores que influyeron o no en la decisión respecto a embarazos y/o abortos. Discrepancias o consenso respecto factor temporal. Imprevistos.
- "¿Hasta cuándo van bien las cosas?"
- "¿Cuándo empiezan los primeros nubarrones?"
- Teniendo en cuenta la cronología del inicio de los síntomas, de la intensificación de los mismos y/o de recaídas, facilitar respuestas que pongan en evidencia su interrelación con pérdidas debidas a factores de cambio desfavorable (externos o internos) y que supongan:
 - a. Inicio o intensificación conflictiva conyugal. Explicitación ideas o gestos de separación (Distimias)
 - b) Desengaño. Desilusión por cambio o fracaso de la expectativa en la actitud protectora inicial del cónyuge.
- Valoración actual relación de pareja (conyugalidad)
Valoración actual relación con los hijos (parentalidad)
en términos no sólo cognitivos ("¿Qué piensan uds. de su relación actual?") sino también emocionales ("¿Qué sienten al respecto?")

8.3. ANEXO 3. PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS

1) DATOS PERSONALES

ID			
Diagnóstico	1. TDMR	2. TD	
Nº Historia			
Edad PI			
Edad cónyuge			
Profesión PI	1. empleado	2. funcionario	3. empresario
	4. directivo	5. ama de casa	
	6. autónomo	7. otros	
Situación laboral	1. activo	2. baja	3. paro
	4. larga enfermedad	5. jubil. anticipada	6. jubil. normal
Situación laboral	1. satisfactoria	2. insatisfactoria	
Profesión cónyuge	1. empleado	2. funcionario	3. empresario
	4. directivo	5. ama de casa	6. autonomo
	7. otros		
Origen PI	1. Cataluña	2. España	3. extranjero
Origen cónyuge	1. Cataluña	2. España	3. extranjero
Mismo origen	1. sí	2. no	

2) PATOLOGIA Y FACTORES RELACIONADOS

Edad inicio tratamiento					
Edad inicio percepción subjetiva					
Años evolucion enfermedad (desde inicio tratamiento)					
Ingreso psiquiátricos	0. no	1.	2.	3.	
Motivo ingreso	1. tentativa	2. I. autolisis			
	3. reactivación DEP.	4. cambio Tto.			
	5. conflicto familiar	6. otros			
Tentativas de autolisis	0. no	1	2	3	4 5

Ideación suicida estructurada	1. sí	2. no	
Tratamientos actuales	1. AD	2. AD+BZD X	3. AD+NL
	4. otros		
Abortos	1. provocados	2. espontáneos	3. no abortos
Nacimientos no deseados	1. sí	2. no	
Nº hermanos PI (incluido PI)			
Nº hermanos cónyuge			
Lugar en la fratria PI			
Lugar en la fratria cónyuge			
¿Quién responde 1º?	1. PI	2. cónyuge	3. hijos
Definición inicial	1. conflicto relación		
	2. enfermedad		
	3. ambos		
	4. otros (especificar)		
Unanimidad 1ª definición	1. sí	2. no	
<i>Si discrepancias, explicar</i>			
Inicio sintomatología	1. claro	2. insidioso	
Intentos / ideación de suicidio	1. como refuerzo papel inductor		
	2. expresión desesperanza, rencor		
	3. no datos suficientes		
<i>Frases significativas</i>			

3) FAMILIA DE ORIGEN DE PI Y CÓNYUGE

(referenciado hasta los 12-14 años)

A1. PARENTALIDAD PI

Funciones nutricias	1. conservadas	2. deficitarias	
<i>Frases significativas</i>			
Funciones normativas	1. exigencia alta	2. no exigencia	
<i>Frases significativas</i>			
Confirmación del cónyuge	1. sí	2. no	3. NS/NC

A2. PARENTALIDAD CÓNYUGE

Funciones nutricias <i>Frases significativas</i>	1. conservadas	2. deficitarias	
Funciones normativas <i>Frases significativas</i>	1. exigencia alta	2. no exigencia	
Confirmación del cónyuge	1. sí	2. no	3. NS/NC
Emigración familia PI	1. sí	2. no	
Emigración familia cónyuge	1. sí	2. no	
B1. CONYUGALIDAD PADRES PI			
Conyugalidad	1. armoniosa	2. disarmónica	
Prevalencia <i>Frases significativas</i>	1. simetría	2. complementariedad	
Posibilidad diagnóstico psiquiátrico (padre o madre)	1. distimia	2. TDM	
	3. otros	4. no	
<i>Frases significativas</i>			
Triangulaciones hijos <i>Frases significativas</i>	1. sí	2. no	
Parentalización <i>Frases significativas</i>	1. sí	2. no	
B2. CONYUGALIDAD PADRES CÓNYUGE			
Conyugalidad	1. armoniosa	2. disarmónica	
Prevalencia <i>Frases significativas</i>	1. simetría	2. complementariedad	
Posibilidad diagnóstico psiquiátrico (padre o madre)	1. distimia	2. TDM	
	3. otros	4. no	
<i>Frases significativas</i>			
Triangulaciones hijos <i>Frases significativas</i>	1. sí	2. no	
Parentalización <i>Frases significativas</i>	1. sí	2. no	

C1. CLIMA EMOCIONAL PI	1. caliente	2. frío
-------------------------------	-------------	---------

Frases significativas

C2. CLIMA EMOCIONAL CÓNYUGE	1. caliente	2. frío
------------------------------------	-------------	---------

*Frases significativas***D1. APRENDIZAJE EMOCIONAL PI**

1. instrumentalización descontrol emocional
2. inhibición respuestas emocionales
3. falta de asertividad

*Frases significativas***D2. APRENDIZAJE EMOCIONAL CÓNYUGE**

1. instrumentalización descontrol emocional
2. inhibición respuestas emocionales X
3. falta de asertividad

Frases significativas

E1. COHESIÓN PI	1. aglutinada	2. desligada
------------------------	---------------	--------------

Frases significativas

E2. COHESIÓN CÓNYUGE	1. aglutinada	2. desligada
-----------------------------	---------------	--------------

*Frases significativas***F1. RELACIÓN CON F.O. DEL CÓNYUGE INICIAL**

1. aceptación
2. rechazo
3. indiferencia

F2. RELACIÓN CON F.O. DEL CÓNYUGE ACTUAL

1. aceptación
2. rechazo
3. indiferencia

F3. RELACIÓN CON F.O. DEL PI INICIAL

1. aceptación
2. rechazo
3. indiferencia

F4. RELACIÓN CON F.O. DEL PI ACTUAL

1. aceptación
2. rechazo
3. indiferencia

Cumplimiento expectativas aceptación del PI

1. sí
2. no

Fracaso posterior expectativas de aceptación

1. sí
2. no

4) FAMILIA PROCREACIÓN

Nº hijos			
Ciclo vital	1. inicio	2. crianza	3. escolar
	4. adolescencia	5. nido vacío	6. senectud
Estudios PI	1. primarios	2. bachiller	3. FP
	4. universitario	5. otros	
Estudios cónyuge	1. primarios	2. bachiller	3. FP
	4. universitario	5. otros	
Salud familiar	1. enfermedades crónicas		
	2. enfermedades agudas graves		
	3. síntomas psiquiátricos		
	4. no enfermedad		
<i>Especificar</i>			
1. ¿Quién toma la iniciativa en consolidar la relación?			
	1. ella	2. él	3. ambos
2. Motivo de elección preferente			
	1. atracción por lo igual (compañero)		
	2. atracción por lo diferente (protector)		
<i>Frases (con 2 adjetivos mínimo)</i>			
3. Predominio	1. simetría	2. complementariedad	
<i>Frases</i>			
4. Tiempo total etapa novios			
5. Tiempo total matrimonio			
6. Existencia conflictos / áreas desacuerdos			
	1. reconocidos explícitamente		
	2. negados explícitamente		
7. Contenidos areas desacuerdo			
<i>Frases</i>			
8. Años de evolución conflicto relacional en forma de			
	- desacuerdo		
	- desengaño (traición)		
9. Explicitación deseos o pensamientos de separación o ruptura			
	1. sí	2. no	

10. Explicitación imposibilidad de ruptura	1. sí	2. no
11. Factores externos desfavorables (pérdida autoestima o status)		
	1. para el paciente	
	2. para el cónyuge	
	3. no existen	
<i>Especificar cuales</i>		
12. Cónyuge atrapado en conflicto de lealtades	1. sí	2. no
<i>Frases</i>		
13. Fracaso de la igualdad (sentimiento de rabia y enfado)		
	1. sí	2. no
<i>Frases</i>		
14. Fracaso de la protección (sentimientos desengaño y desesperanza)		
	1. sí	2. no
<i>Frases</i>		
15. Triangulación hijos	1. sí	2. no
<i>Frases</i>		
16. Parentalización hijos	1. sí	2. no
<i>Frases</i>		
FUNCIÓN DE LOS SÍNTOMAS		
17. Papel inductor cambio conducta		
	1. del cónyuge	2. de otros familiares
	3. no papel inductor	
<i>Frases</i>		
18. Los síntomas como “reto” para el cónyuge	1. sí	2. no X
<i>Frases</i>		
19. Fracaso o impotencia del cónyuge en el papel de vencer o controlar los síntomas de la PI		
	1. sí	2. no
<i>Frases</i>		
20. Reactivación conflictos con la familia de origen		
	1. con padres	2. con suegros
	3. con hermanos	4. no conflictos con FO
21. Incidencia de nuevos factores externos negativos	1. sí	2. no
<i>Especificar</i>		

8.4. ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Distinguido Sr. /a,

El motivo de este escrito es pedirle su consentimiento y participación en un proyecto de investigación sobre depresión y relaciones familiares que se lleva a cabo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

El objetivo del estudio es aumentar el conocimiento sobre los diferentes patrones de relación que se dan en la familia de origen y la familia creada de los/as pacientes que tienen o han tenido un problema de tipo depresivo. También se plantea recoger información sobre las repercusiones del problema depresivo en el seno de la familia y en sus relaciones. Estos datos nos servirán para trabajar por ofrecer un mejor tratamiento y atención a las familias que tienen problemas depresivos en alguno de sus miembros.

Les pedimos que participen en una serie de tres entrevistas junto con su pareja y, eventualmente, algunos de sus hijos, garantizando el total anonimato de la información recogida que será confidencial y usada únicamente por el equipo investigador. Las entrevistas serán grabadas en video para su uso exclusivo posterior por el equipo investigador.

Agradeciendo de antemano su colaboración reciba un cordial saludo:

Equipo de Terapia Familiar. Unidad de Psicoterapia

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Barcelona,

Firma de ambos cónyuges:

8.5. ANEXO 5. TEST DE RELACIONES FAMILIARES FAST (Ghering, 1988)

El FAST o Test del Sistema Familiar fue inventado en la década de los ochenta por Gehring, de la Universidad de Zurich. Es un método sencillo que permite el análisis cuantitativo y cualitativo de las pautas relacionales de la familia.

El material básico es:

- Un tablero cuadrado de 45 cms. x 45 cms., dividido en 81 cuadrados monocromos de 5 cms. x 5 cms.. A cada cuadrado se le asigna una coordenada (1/1 a 9/9).
- Varias figuras masculinas y varias figuras femeninas, de madera, con caras (ojos y boca). También contiene figuras de colores que no han sido usadas en nuestra investigación.
- Taquitos: pequeños bloques cilíndricos de 1,5 cms., 3 cms. y 4,5 cms. de altura.

Se pide en primer lugar a cada persona por separado, y posteriormente al grupo familiar en conjunto, que coloquen las figuras en el tablero, con el objetivo de representar espacialmente las relaciones familiares en base a los criterios cohesión (en cuadrados próximos o lejanos) y jerarquía (con taquitos más altos o más bajos). Estas relaciones familiares son representadas en tres situaciones distintas: una situación típica o cotidiana, una situación ideal y una situación conflictiva. Todo ello permite un análisis combinado de las percepciones individuales y grupales de la flexibilidad y de las estructuras familiares y una observación estandarizada de las interacciones.

Las variables utilizadas del FAST en nuestra investigación son:

- Cohesión: es la unión emocional entre los miembros de la familia, el sentimiento de un todo coherente.
- Jerarquía: Hace referencia al poder de decisión e influencia ejercida por uno de los miembros de la familia sobre otro. Estructuras de roles, autoridad y reglas dentro de la familia.
- Flexibilidad: Es la capacidad de modificar la cohesión y la jerarquía en relación a determinantes situacionales y evolutivos e influencias externas o internas.
- Diferencias de Percepción: Se basan en las diferencias de las representaciones de cohesión y jerarquía (nivel familiar y subsistemas), de los diferentes miembros de la familia.
- Coaliciones intergeneracionales: La diada padres presenta un nivel de coalición menor que alguna de las relaciones padres-hijos.

Todas las variables se estudian en tres situaciones y dos niveles:

- Representación típica. Se entiende como una relación corriente y cotidiana que pasa cada día dentro de la familia.
- Representación ideal. ¿Cómo desearían los miembros de la familia que fueran sus relaciones?
- Representación conflictiva. ¿Cómo es la relación entre ellos durante un conflicto?
- Nivel Parental. Son los miembros padre y madre de la familia.
- Nivel Familiar: Son todos los miembros de la familia.

ENTREVISTA POSTERIOR A LA REPRESENTACIÓN TÍPICA

1. ¿La representación realizada muestra una situación concreta? Si es así ¿Cuál?
2. ¿Desde cuándo son las relaciones similares a la representación?
3. ¿Cómo se diferencian las relaciones en esta representación de aquéllas relaciones pasadas?
4. ¿Qué ha llevado a que las relaciones se trasformen en lo que son hoy?
5. ¿Qué significa la dirección de la mirada de las figuras?

ENTREVISTA POSTERIOR A LA REPRESENTACIÓN IDEAL

1. ¿Demuestra esta representación una situación que ha ocurrido verdaderamente? (Si la respuesta es NO, descarte las preguntas 2 y 3)
2. ¿Con qué frecuencia se da esta situación y cuánto dura?
3. ¿Cuándo ocurrió este tipo de situación por primera vez? ¿Cuándo ocurrió por última vez?
4. ¿Qué debería ocurrir (acción extrema, cambio de comportamiento, etc.) para que la relación corresponda a su tipo de relación representada?
5. ¿Cuán importante sería esto para Ud. y para los otros miembros de la familia?
6. ¿Qué significa la dirección de la mirada de las figuras?

ENTREVISTA POSTERIOR A LA REPRESENTACIÓN CONFLICTIVA

1. ¿Quiénes están envueltos en el conflicto?
2. ¿De qué se trata el conflicto?
3. ¿Con qué frecuencia ocurre este conflicto? ¿Cuánto tiempo dura?
4. ¿Cuándo ocurrió esta situación por primera vez? ¿cuándo ocurrió por última vez?
5. ¿Cuán importante es este conflicto para Ud. y para su familia?
6. ¿Qué roles desempeñaron los miembros de su familia para resolver este conflicto?
7. ¿Qué significa la dirección de la mirada de las figuras?

8.6. ANEXO 6. RECOPIULATORIO DE CARTAS-INFORMES CONCLUSIVOS

Apreciada familia:

En primer lugar querríamos disculparnos por la extraordinaria tardanza en enviarles esta carta-informe tal y como les prometimos allá por el mes de Febrero. Sabemos que, después de las visitas que tuvimos, el proceso de Marta ha seguido su curso con altibajos y esperamos que no sea el actual uno de los peores momentos. Suponemos también que ya se debió producir la boda del hijo mayor y los consiguientes cambios en casa ante la marcha de uno de los miembros. Nos gustaría que los contenidos de esta carta pudieran ser compartidos con sus hijos.

Una primera reflexión para compartir con ustedes hace referencia al inicio de los problemas de Marta. Realmente debieron ser unos años difíciles con las pérdidas de seres queridos (siendo además hija única), el accidente con el avión de aerodelismo, las versiones contradictorias de psiquiatra y neurólogo sobre los efectos de la medicación, el progresivo descontrol de Marta con su mente jugándole malas pasadas, en suma un conjunto de circunstancias que desmoronan a la persona más entera. Realmente parecía inevitable en aquel momento que Marta se deprimiera.

Sin embargo, aquella depresión inicial se fue convirtiendo en algo perenne, siempre presente como un invitado pesado que se queda a pasar una larga temporada en casa sin que nadie lo pueda echar a la calle. Dice Marta que la depresión es como una “parálisis del sistema nervioso”, que le impide hacer cualquier cosa. Cierto es que los invitados molestos pueden dejar-

nos bloqueados inicialmente, pero después de un tiempo hay que plantearse estrategias o bien para echarlos a la calle, o bien para aprender a convivir con ellos si son demasiado perseverantes.

Marta insiste en que la depresión “hace ver la parte más cruda de la vida, con más intensidad que la parte positiva”. Estamos de acuerdo en que al principio es así, pero luego uno debe ir aprovechando los momentos en que la depresión no es tan intensa y disfrutar con todas sus fuerzas de esas partes positivas. Sabemos con seguridad que la depresión no está siempre presente, es como el “invitado molesto” que a veces marcha de casa para hacer alguna gestión y los anfitriones aprovechan para descansar, hablar y retomar fuerzas.

El tema de las raíces se nos antoja muy interesante en su relación. José Manuel se siente totalmente identificado con su tierra asturiana, lo que parece despertar algo parecido a “celos” en Marta, como si no quisiera compartir a su esposo con esa otra “mujer”, Asturias. Nos preguntamos el por qué, ¿realmente le absorbe tanto como parecen reflejar las palabras de Marta? o bien, ¿no ha sabido transmitirle a ella ese cariño por la tierra asturiana?. Visto desde fuera parece un tema importante, José Manuel tiene toda la familia allí y un especial apego que no es compartido por Marta. ¿Qué puede significar esto en su relación? Pensamos que les distancia y les debilita.

José Manuel nos parece una persona estupenda, podría ser quizás “el mejor amigo de cualquiera” o una persona a la que apetece tener por amigo pero, sin embargo, parece haber levantado unas barreras para “no llevar desilusiones”, según sus propias palabras. Seguro que tiene sus motivos, e incluso la experiencia negativa del centro asturiano le podría haber servido para consolidar aún más los lazos que le unen a Marta.

La historia de Marta nos muestra una mujer polifacética, bien formada, con múltiples intereses y un futuro prometedor, aunque con el punto débil de los “nervios”, era nerviosa y muy sensible ya desde jovencita. Malditos nervios y malditas hormonas desarregladas, ya que los embarazos fueron una buena época, pero no se puede estar siempre embarazada. También era difícil no ser nerviosa siendo su madre tan inquieta y “peleona” con las vecinas, con tan frecuentes discusiones entre sus padres, con la severidad educativa de un colegio de monjas de la época, con la sobreprotección materna al ser hija única, todo encaminado a quedar desvalida y necesitada siempre de apoyo tras faltar sus padres. De todas formas, no todo fueron ner-

vios: también fue capaz de llevar adelante 3 embarazos y 3 partos de niños bien grandes y hermosos (todos pesaron más de 3,5kg.) lo que nos habla de una mujer no tan débil. Se puede ser nerviosa, pero fuerte, no es incompatible y uno no debe creérselo o al menos debe luchar por ello.

Los hijos suelen ser motivo de orgullo y satisfacción de los padres, incluso sirven a veces como estímulos para seguir adelante cuando las fuerzas a veces fallan. En su caso nos parece que sus tres hijos son personas inteligentes y nos atreveríamos a decir interesantes, en las que se han mezclado elementos de ambos padres junto a rasgos propios de cada uno.

La convivencia de Marta y José Manuel parece haber quedado marcada por la historia personal de cada uno. Incluso en sus inicios no pudieron establecer las reglas de su propia familia. La madre de Marta se entrometía sin que ella pudiera oponerse, debiendo enfrentarse José Manuel, lo que posiblemente facilitaba el distanciamiento de Marta. Sin embargo, la historia de su noviazgo no parecía presagiar esto, realmente es una historia de atracción verdadera y de sacrificio por el otro, incluso de enfrentarse juntos a opiniones negativas (por ejemplo las relativas a la debilidad de Marta) y realmente muy enamorados el uno del otro.

Todos los matrimonios pasan por diversas etapas. Ustedes están entrando en una nueva con el inicio de la marcha de los hijos de casa. Junto al dolor que ello pueda suponer, estos cambios de etapa en las familias permiten muchas veces hacer “borrón y cuenta nueva”, es decir, plantearse nuevos objetivos, reflexionar sobre el pasado, aprovechando lo positivo y aprendiendo de los errores, sería algo así como repostar gasolina o recargar las fuerzas. Ahora bien, hay que planteárselo así, de esta manera, con deseos de mejorar y no dejarse abatir por la marcha de los hijos, sino pensando que la familia se amplía y pronto serán más (esperemos que no les hagan abuelos demasiado pronto).

Reiterando nuestras excusas por la tardanza nos despedimos quedando a su disposición. Si consideran necesario o útil recibir ayuda psicoterapéutica en este proceso de pareja pueden ponerse en contacto con nosotros mediante nuestra secretaria.

Fdo. Equipo de Terapia Familiar

Apreciados Mercedes y Antonio

Desde la primera sesión con los cuatro miembros de la familia, hemos tenido la impresión de que son ustedes personas solidarias y responsables, motivadas para ayudarse mutuamente e incluso para dar y ayudar a los demás. En las sesiones posteriores con los padres, esta impresión se ha confirmado, consolidándose con la idea de que el amor sigue existiendo entre ellos, más allá de dificultades y conflictos.

Y hablando de dificultades, pensamos que éstas empezaron para Mercedes mucho tiempo atrás, en la convivencia con su propia familia de origen. Nos consta que fue una gran familia y tenemos muy presentes las manifestaciones de Mercedes, corroboradas por Antonio, sobre lo feliz que se sintió y lo bien que la trataron sus padres. Sin embargo, sabemos por experiencia profesional, que también en situaciones semejantes puede infiltrarse el fantasma de la injusticia. Así pensamos que ocurrió en diversas situaciones de agravio comparativo que perjudicaron a Mercedes en relación con su hermana, y en otros momentos en que no pudo contar con el apoyo de sus padres. Ella es generosa y no les reprocha nada porque es la primera interesada en rendir homenaje incondicional a su memoria. Pero esas experiencias dejan huella, aunque sea muy ligera.

El noviazgo y los primeros tiempos de matrimonio fueron felices. Antonio daba sobradas muestras de interés a través de esfuerzos y renunciaciones, de manera que Mercedes se sentía ampliamente querida y valorada. Pero todo empezó a cambiar cuando ella tuvo que renunciar a cosas que le hacían mucha ilusión y, encima, Antonio se entregó en cuerpo y alma al trabajo. Probablemente el sentimiento de desvalorización y abandono empezó a arraigar sobre el frágil tejido de las antiguas cicatrices. En ese contexto se produce el abandono del trabajo por parte de Mercedes. Entendemos los motivos de Antonio para imponérselo, pero también entendemos que Mercedes, en su fuero interno, sintiera haber sido objeto de una nueva injusticia de la vida. Cada renuncia no querida ha desgarrado un poco más su corazón y eso es un importante ingrediente de la depresión. Durante muchos años, los sentimientos de pérdida, abandono, desprotección y desvalorización fueron royendo su antigua alegría de vivir, sin que valieran de nada los cuidados formales y el bienestar material. Mercedes se dejaba deslizar por la depresión experimentando el amargo consuelo de tener una explicación científica para sus penas y una especie de justificación para refugiarse en un cierto victimismo.

Por suerte las cosas han empezado a cambiar en un sentido positivo. Tocando fondo de alguna manera, Antonio ha comprendido que apoyar y valorar a su mujer es un auténtico salvavidas para ella, y Mercedes se ha dado cuenta de que luchar es mucho más rentable que abandonarse y convertirse en una profesional de la depresión. Incluso Mónica y Robert pueden estar superando antiguos desconciertos y enfocar de manera más constructiva la imagen de ellos mismos, en relación con el panorama más tranquilizador que les ofrecen sus padres.

En definitiva, somos optimistas. Creemos que Mercedes y toda la familia poseen ahora instrumentos más eficaces para combatir la depresión e incluso para enfrentarse a las dificultades que pueda deparar el futuro. Si, además, consideraran conveniente una ayuda psicológica específica, en forma de terapia familiar, sería bueno que nos lo hicieran saber. No disponemos de un espacio inmediato, pero a plazo medio abriremos uno en el que esa demanda, en caso de producirse, podría ser atendida.

En cualquier caso, quedamos a su disposición y les saludamos atentamente.

Equipo de Terapia Familiar

P.D.: Nos gustaría que este informe fuera leído y discutido por los cuatro miembros de la familia

Apreciados SABINO Y CARMEN

Sabino y Carmen son un ejemplo raro, extraordinario... casi único, de pareja bien avenida unida por el sufrimiento, la abnegación y el deber. Si en otros matrimonios son el deseo sexual o la crianza de los hijos la base y el ingrediente principal de la relación, en el de ustedes el amor (que lo hay, y grande) se construye con dolor, renuncia y sacrificio.

No podemos evitar admirarles por ello, a la vez que nos damos cuenta de que con esos elementos es inimaginable vencer a la depresión. Es más, probablemente la depresión es como el cemento que une y consolida un edificio tan especial.

Los sufrimientos de Carmen remontan a sus primeros años de vida. Todavía recordamos estremecidos la revelación de que a los tres años cuidaba a su hermano; o el episodio de la desaparición de su hermana para obligarla a cuidarla mejor; o la represión de sus alegres expresiones de niña para convertirla en adulta prematura. Son imágenes impresionantes que han dejado huella en la visión que Carmen tiene de sí misma, creando un lecho adecuado para que la depresión anide en él.

También impresiona la difícil situación entre el conflicto de sus padres. Es probable que las primeras vivencias de culpa tengan que ver con la relación privilegiada que le ofrecía su padre, marginando a la madre y situándola en una posición imposible con ésta. No dudamos de la buena intención del padre, pero se equivocó ofreciéndole a Carmen lo que, por corresponder a la madre, no podía ser asumido confortablemente por ella.

Esta historia de carencias y manipulaciones ha parasitado la vida de Carmen, impidiéndole desplegar su portentosa vitalidad, que, no obstante, se adivina aún existente cuando le chispean los ojos de picardía, le tiembla la voz con contenida pasión, o se le escapan suspiros añorantes.

El parásito ha terminado tomando forma de depresión, engordado por las sucesivas pérdidas que ha sufrido Carmen en su vida adulta. Por enumerar sólo las más importantes citaremos su vida matrimonial con un primer marido enfermo e impotente, la muerte de éste, vivida como pérdida y no como liberación, la depresión de su segundo marido y la pérdida del trabajo de ambos, la muerte de la madre, sentida con culpa en el colmo de la injusticia (¡madre de su propia madre!), y, finalmente, la ingratitud de sus hermanos, que también eran un poco sus hijos.

Ante tal panorama, Sabino hace lo que puede por ayudarla y protegerla, pero también él tiene sus puntos flacos. No en vano vivió igualmente una infancia de privaciones y de injustas atribuciones de responsabilidades prematuras. Por eso Sabino se deprimió también cuando un fuerte tratamiento contra la hipertensión afectó a sus defensas psicológicas.

Tenemos la impresión de que ante la pareja de Sabino y Carmen se abren dos posibles caminos. Uno, el que han transitado hasta ahora, está hecho de depresión como amalgama de elementos dolorosos como la culpa, la desesperanza o la resignación. Si aceptan seguir esta senda es, probablemente, por miedo a que los cambios pudieran introducir aires nuevos en la pareja que pusieran en peligro su estabilidad. Sería como si dijeran: sabemos sufrir juntos y amarnos sufriendo, pero disfrutar juntos podría ser una peligrosa aventura...

El otro camino supone, ciertamente, arriesgarse a vivir las novedades ligadas a la alegría y al placer. Nosotros creemos que hay reservas de bondad y de amor en ambos como para que fuera posible seguir este segundo sendero, y que disfrutar juntos no es un riesgo sino una maravillosa oportunidad, pero también podemos comprender actitudes más prudentes y conservadoras.

Quizás también esté ligado a la prudencia el seguir estando deprimida para no deber afrontar las angustias del paro, siendo así que Carmen ha sido siempre una mujer muy responsable y activa laboralmente. Sólo que valdría la pena, en ese caso, deprimirse con menos sufrimiento. Si ello pudiera asociarse a recuperar una visión más positiva de los hermanos y de su relación con ellos (al fin y al cabo es más lo que tienen en común que lo que los separa), Carmen podría entrar en una nueva etapa de equilibrio y bienestar.

Si fuera necesario, más adelante podríamos plantearnos una ayuda más específica a la pareja, aunque creemos que hay ya recursos notables desplegados.

Saludos atentos,

Equipo de Terapia Familiar

P.D.: Nos gustaría que este informe fuera analizado y discutido por los dos.

Apreciados Francisco y Dolores:

Esperamos que hayan comenzado el año con salud y con esos pequeños cambios positivos que nos contaban en la última visita. Nos gustaría compartir con ustedes las principales reflexiones que nos ha despertado su problemática.

En primer lugar, nos parece evidente que tienen problemas graves, pasados, presentes y, posiblemente, futuros. Parece que Francisco no es plenamente consciente de esta gravedad, pero ya pasa a menudo que la gente se acostumbra a los problemas y se organiza la vida para que le molesten lo mínimo. Dolores parece mucho más consciente y preocupada, pero no sabe como resolver la situación.

Dejando a un lado pasado y presente, querríamos centrarnos en su futuro y contarles qué problemas pensamos que pueden ustedes sufrir:

- Por un lado, la más que probable marcha de casa de su segunda hija y el progresivo alejamiento de las dos hijas al formar sus respectivas familias llevará inevitablemente a que se encuentren ustedes dos solos con pocas cosas que les unan y muchos rencores del pasado. Esto puede llegar a ser insoportable para ambos.
- En segundo lugar, la presencia tan continuada estos últimos años del alcohol nos parece una forma de jugar con fuego en el caso de Francisco y nos podríamos imaginar un futuro con graves problemas de salud física y mental.
- Por último, la depresión aparece como la única salida posible para Dolores ante este panorama y realmente una imagen de Dolores deprimida crónicamente y de Francisco alcoholizado sería bien triste cuando todavía son suficientemente jóvenes para aspirar a bastante más que eso.

Frente a esta situación difícil de posible futuro hemos encontrado indicios positivos que demuestran su capacidad de esfuerzo y de trabajo cuando tienen un motivo por el que luchar: en primer lugar, su esfuerzo por ayudar a sus hijas a pesar de no entenderlas, **son lo primero para ustedes** y así es como debe ser; la **capacidad de trabajo duro de Francisco**, así como su faceta cariñosa con las niñas, también demuestra que es capaz de luchar y esforzarse; la historia de Dolores también refleja una importante **capacidad de superación**, frente a enfermedades, sacrificios y pocas recompensas, además de parecernos todavía una mujer joven, atractiva y llena de deseos de vivir.

Un peligro que tiene esta capacidad de sacrificio y de trabajo es que muchas personas lo convierten en el único sentido de su vida, **la vida es sólo trabajo y sacrificio**, decidiendo que no hay nada más y refugiándose bien en el alcohol o las drogas, bien en la depresión y el autocondenamiento. Esta postura es un error y casi siempre tiene que ver con historias personales en la infancia de falta de cuidados, de escasa educación, envidias y celos, poco cariño en general.

Nos parece que tanto a Dolores como, en menor medida, a Francisco les ha pasado algo de esto en sus respectivos pasados. Ahora bien, el haber tenido mala suerte en la niñez y en la adolescencia no tiene que ser la excusa para ya quedarse de brazos cruzados, envejeciendo resignados a su suerte.

El ser humano tiene una cualidad maravillosa como es la libertad de elección, no somos víctimas de nuestros instintos como los animales, sino que siempre podemos elegir, el drogadicto puede elegir dejar las drogas y ponerse en tratamiento, el ladrón puede dejar de robar y comenzar a hacer una vida honrada, el rico puede decidir ser menos rico y ayudar a los pobres, el famoso puede elegir dejar de salir en revistas y películas. **¡¡También ustedes pueden elegir hacer algo distinto con sus vidas!!**

Hemos visto estos días pequeñas muestras de cambio en ambos (acuerdos sobre la televisión, acercamiento de posturas), pero parecen insuficientes si quieren evitar ese futuro que nosotros imaginábamos.

No les proponemos iniciar una terapia, pero sí les haríamos algunas recomendaciones que pensamos les puedan ser útiles:

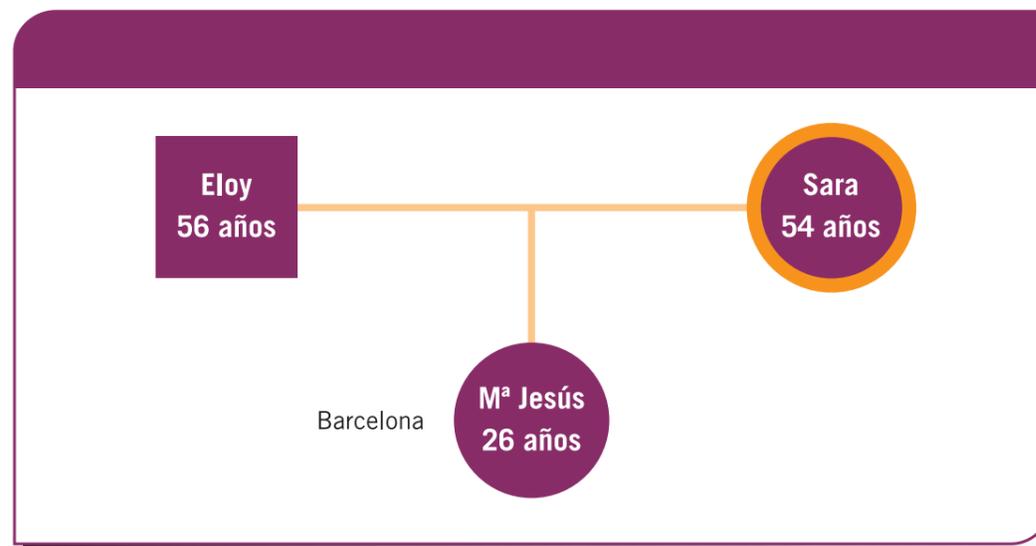
1. Sería muy importante que buscaran aficiones o hobbies cada uno (incluso a lo mejor uno podría descubrir una afición para el otro), aunque ahora mismo les cueste imaginarse algo que les gustara hacer distinto de lo que ya hacen. Las aficiones hay que buscarlas, nunca se es demasiado viejo para aprender algo.
2. Nos parece también que Francisco está intentado hacer cambios, pero a Dolores le cuesta reconocerle esos intentos aunque le puedan parecer cosas positivas, pero ese es el camino, que Francisco siga intentándolo y Dolores se ablande un poco a pesar de todo los rencores.
3. No nos atreveríamos a pedirles por el momento que hicieran alguna actividad juntos porque seguramente resultaría un fracaso. Recuerden de todas formas que se conocieron ustedes bailando...

Desearíamos que el contenido de esta carta pudieran compartirlo y comentarlo con sus hijas cuando a ustedes les parezca oportuno.

Estamos a su disposición para cualquier aclaración.

Fdo. Equipo de Terapia Familiar

8.7. ANEXO 7. TRANSCRIPCIÓN DE LA FAMILIA Nº29



(los nombres que aparecen en las transcripciones son ficticios y algunos datos personales han sido modificados para respetar la intimidad de las personas)

TRANSCRIPCIÓN PRIMERA ENTREVISTA

FAMILIA: (E) padre; (S) madre; (M) hija; (T) terapeuta

(T) ¿Cuál es el problema en este momento?

(S) La hija con el novio, ¡ay sí! No va al gusto de nosotros.

(T) ¿Ese es el problema actual?

(E) Pues el siguiente, la salud es muy importante para mí. Las dos cosas le influyen. Entre ella y yo nos llevamos bien.

(S) La salud es lo de menos. ¡Qué no nos gusta la compañía que tiene ella! ¡No la acepto! Me gusta su libertad pero no el libertinaje. ¡Y el engaño que me ha hecho!... perdono pero no olvido. Ha "influido" en la muerte de mi padre, porque yo le he dicho que estaba allí por ella, aunque él se valía solo.

(T) ¿Cómo ha dicho? ¿Que ha influenciado en la muerte de su padre?

(S) Sí, mis hermanos me enseñaron que tenía que sacarlo de ahí... me marché en febrero y me quedé con él, hasta el mes de junio. Yo dejé a mi padre por estar con ella. ¿No ve los problemas? Porque no me gusta esa compañía, porque tiene 6 ó 7 hijos. (La hija lo desmiente)

(T) A ver, a ver. Que entonces parece que usted está en la gloria...

(S) ¿En la gloria?... si siempre tengo dolor. Mire que tengo una operación de las cervicales. ¡Qué va!, si yo soy una invalida, soy incurable. Además, siempre me ando cayendo.

(T) O sea, ¿que a usted le han dicho los médicos que usted va a quedar inválida?

(E) Ella lo que tiene es desgaste en los huesos

(S) No, inválida no! Pero tengo los huesos como cristales.

(T) Y a tí, M Jesús, ¿qué es lo que más te preocupa?

(M) La salud de mi madre: física y emocional. Todo le afecta, todo lo siente y creo que esto es más importante que lo otro. Porque afecta a toda la familia.

(T) Y con respecto a lo otro que dicen tus padres.

(M) Me afecta que mi madre se meta en mi vida privada, porque es mi vida.

(S) Sí, porque tu padre no se mete contigo.

(E) Yo he llevado una vida muy agitada. Siempre trabajando. Trabajando en una fábrica. Comiéndome el bocadillo por el camino.

(S) Pues yo te decía que lo dejaras...

(E) ¡Qué lo dejara!, pero si también te gusta vivir bien.

(S) ¡Déjalo, déjalo! No me preocupa...

(E) ¡Claro que preocupa!

(M) Sí preocupa

(T) Bueno, la siguiente semana tendremos tiempo para hablar de todo esto. Por ahora podríamos decir que hay discrepancia entre si el problema actual es la salud o los problemas de relación de Mª Jesús. ¡Vale! (Todos están de acuerdo en esto)

- (S)** Yo soy muy sensible, siento mucho las cosas, repercute, claro que repercute...
- (E)** Repercute porque ella pone orden: "chillamiento"...
- (S)** Yo sé que soy demasiado "exigible"...
- (M)** Demasiado perfecta.
- (M)** Ya estoy cansada de ir recogiendo las cosas y ya estoy harta.
- (E)** Siempre ha sido así ella.
- (M)** Lo que hacen los demás no está a gusto ella... siempre busca un pero.
- (S)** Soy exigente siempre. No estoy enferma por los dolores, he estado 9 o 10 días artificialmente viviendo. Siempre fui eficiente, andaba de lo más bien.
- (T)** Y si ella no fuera tan...
- (S)** Se derrumbaría la familia
- (T)** ¿La familia?
- (S)** No, la casa.
- (M)** El mundo se acabaría...
- (E)** ¡Qué no podría llevar las cosas como ella quiere!
- (T)** ¿Qué pasaría si usted no pudiera ni hablar ni moverse?
- (S)** Me moriría
- (T)** Que ojalá que esto no suceda, pero si fuese por unos días por ejemplo.
- (S)** He estado ya así y he hecho todo lo posible para ponerme bien por ella. Y ella me ha ayudado mucho, pero yo también he cogido momentos que cogía pastillas y me... pero he hecho fuerza para que no sufra lo que yo he sufrido.
- (S)** Yo he estado sin la madre y no tenía a quien preguntarle nada; porque estaba mi padre pero con solo la mirada ya sabía que no tenía que hablarle. Bueno mi madre ha faltado, pero yo le decía ¿qué hago?, ¿qué hago?. Es que desde ahí, con ella, he enterrado la mitad de mi vida.
- (M)** El otro problema repercute y más. Es cuando yo salgo: viernes, sábado y domingo. Y hay más problemas: la pulla, la otra conciencia.
- (S)** ¡Qué me ha engañado, qué me ha dicho muchas mentiras!
- (M)** Antes repercutió que venía a urgencias.
- (S)** Es que es la perdición de ella. Prefiero sufrir yo para que ella no sufra.
- (T)** ¿Y usted qué opina de todo esto?

- (E)** Como ella ya es mayor, yo le he dado mi consejo. Yo dejo la corriente del río. A ella le afecta porque siempre está con la misma cosa.
- (S)** Porque yo estoy sola.
- (E)** Yo solo veo que la reclamas que viene tarde... si la voluntad de ella es así, pues es mayor ahora...
- (S)** Si ella se va, la puerta le queda abierta, pero sólo a ella. Yo siempre le he dicho que le ayudaba en todo, que contara siempre conmigo, que siempre tenía mi apoyo. Pero esto, no!
- (T)** Con esta postura hay una tregua...
- (M)** Yo ahora no sé que piensa ella.
- (S)** ¡No, si no se puede casar! Si él tiene 6 ó 7 hijos. (La hija lo niega moviendo la cabeza)
- (S)** Siempre nos repercutirá, eso repercute en la unión de la casa. Una hija de él se fue por ella.
- (M)** Eso lo dices tú...
- (S)** Yo... como lo resuelva ella...
- (E)** Ella sabe que tiene la puerta abierta
- (S)** Pues no será igual
- (T)** ¿Y cómo haces tú para convivir con este problema?
- (M)** Yo no lo pienso. Creo que es un impasse.
- (S)** ¡Qué el día que se vaya yo lo sentiré mucho! No sé qué pasará cuando ella se vaya...
- (E)** Pues una tontería...
- (T)** Un intento de suicidio, quiere decir?
- (M)** Claro. Si ella dice: "Yo me voy al cementerio, allí tengo mi casa",
- (S)** Allí es donde mejor estoy.
- (T)** Bueno, ahora intentemos que sea Eloy quien nos cuente de dónde es, la edad, en fin...
- (E)** Tengo 56 años. Soy natural de Galicia: Chantada. Hemos estado 3 meses en Suiza hasta que murió mi padre y tenía un primo aquí, y pues me decía: "Vente, vente"
- (S)** Nos hemos marchado de tu casa por tu hermana. Ella decía, "No está mal que la gente venga por aquí... y tráigala... tiene una hija de 6 años... que venga por acá". Pero yo dentro de mí decía: "una entra por acá y la otra sale por la otra puerta".
- Nos vinimos a Barcelona hace 27 ó 28 años, siempre hemos vivido en Calle Mallorca.
- (T)** Bueno, habrá mucha tela que cortar con este tema, pero lo vamos a dejar para la otra sesión. ¿Y estudios Eloy?

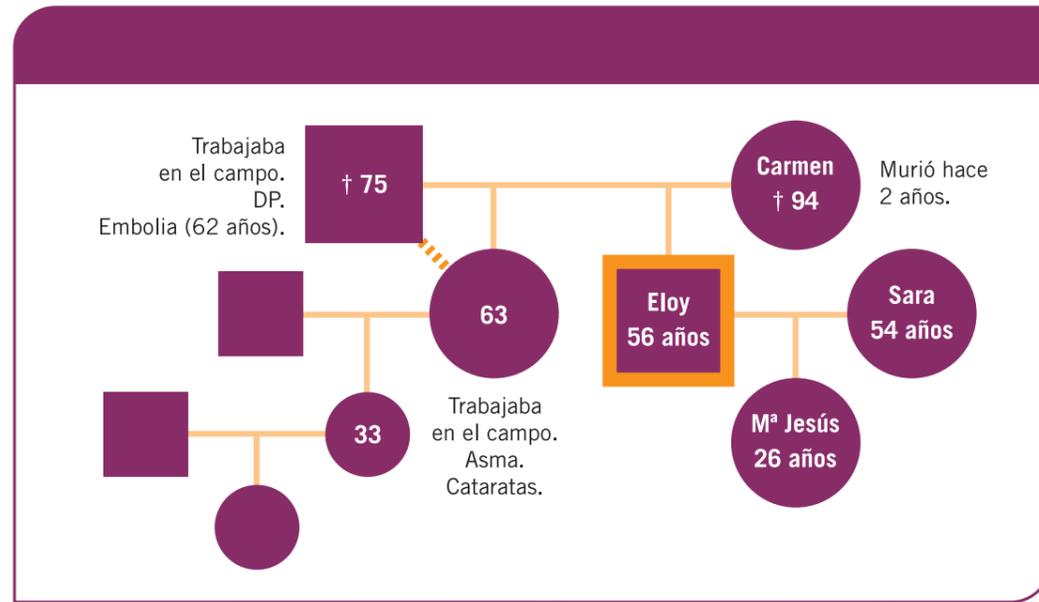
- (E) Primarios, en tiempo de ir al Colegio me mandaban con las vacas. Trabajo con Uriach, en un laboratorio, en el estabulario: pesarlos, darles de comer. Me siento bien con mi trabajo. Para el 2006 nos marcharemos todos a Galicia; estoy encantado de la vida.
- (T) ¿Pero no es cierto que usted ha padecido de algo?
- (S) Cogió un día que se desmayó en casa, con crisis de la tensión, se le subía, 22, tenía fiebre y la doctora del laboratorio dijo que era la gripe. Hemos llamado aquí y te mandaron a ingresar por insuficiencia...
- (E) Renal. Llevo tratamiento, pero puedo comer de todo. Lo llevaba el médico de la empresa y me dio Mutabase y Orfidal, lo llevé tomando 20 años sin volver al médico, hasta que vine aquí por lo de los riñones y me dijeron que lo dejara. Siempre he estado alegre y contento...
- (S) ¡Qué va!, eso dices tú...
- (E) Bueno, el doctor me empezó a bajar el tratamiento.
- (S) Por esto le empezó lo del riñón
- (E) Eso lo dices tú, pero nadie lo ha dicho...
- (T) Bueno, bueno. ¿Y aficiones?... ¿Gustos?
- (E) El dinero... bueno, el trabajo para tener dinero. Ni el bar. Solo comer, dormir y trabajar.
- (S) Cuando yo estaba muy mala me prometió dejar de trabajar los domingos.
- (E) Vamos a ser realistas y vamos a contar: Si yo dejo de trabajar, pero el dinero? También te gusta. Lo piensas, pero a la hora de decidir, ¿tú no lo vas a sentir?
- (S) Yo, que deje de trabajar.
- (E) A lo mejor cuando se van para arriba me dejen...ya no trabajaré.
- (S) Sí, él solo comer-dormir. Y duerme 10 horas diarias.
- (T) ¿Y amistades?
- (E) Amistades: los del trabajo y punto. No, nada.
- (T) Bueno, ahora hablaremos con Sara. ¿Cuántos años tiene?
- (S) 54 años; también soy de Galicia.
- (T) ¿Y estudios?
- (S) Primarios. Aunque él y yo somos muy diferentes...
- (T) ¿Qué quiere decir?
- (S) Que en mi casa, hemos tenido un ambiente muy diferente, con más tendencia a estudiar, sabe? Somos muy diferentes.

- (T) ¿Y de trabajo?
- (S) Yo he trabajado, pero sin estar asegurada. Claro, tenía a ésta.
- (T) ¿Y ahora cobra algo?
- (S) No! Lo primero... cuando me miraron que tenía los huesos, ¡es imposible que a esta edad tenga los huesos como los tiene!, que parece de 90 años!... Me han dicho que tenga mucho cuidado porque se me rompían y cada año me hacen revisión por la deficiencia que tenía.
- (T) ¿Y tiene alguna afición?
- (S) Pues ahora... ahora nada... porque no hago nada...
- (E) Pero antes bordaba...
- (S) Sí, antes bordaba. Bueno, me gusta la televisión y la radio.
- (T) ¿Y las amistades?
- (S) Las he perdido también... no me gusta salir, no me gustan las amigas.
- (E) Nosotros siempre vamos al pueblo.
- (S) Yo lo único que hago es ir a misa, con los redentoristas.
- (T) Muy bien. Y ahora hablaremos con M^a Jesús. Tienes 26 años...
- (M) Sí, nací acá en Barcelona. A Galicia vamos en verano. Soy Licenciada en Exactas.
- (S) Perdió un año...
- (M) Ahora estoy trabajando en un servicio de la Roche en asuntos informáticos; llevo ya 9 meses. Comencé a trabajar a los 18 años en Continente como cajera. Las condiciones laborales es lo que no me gusta, pero el ambiente es perfecto.
- (T) De salud, ¿qué tal?
- (M) Bueno, de pequeña tenía alergia a los ácaros.
- (T) ¿Aficiones?
- (M) La lectura. Me gusta escuchar radio, bailar, todo lo que se pueda.
- (T) ¿Algo más?
- (M) Pues... no.
- (T) Bueno. Con estos datos que hemos recogido por hoy es suficiente. La próxima vez vendrán Sara y Eloy, y si fuese necesario volveríamos a citar a M^a Jesús. ¿De acuerdo?

TRANSCRIPCIÓN SEGUNDA ENTREVISTA (FO. PI- FO CONYUGE)

(T) Hoy vamos a hablar sobre sus propias familias. Cuénteme acerca de su familia.
De manera que podríamos empezar por usted Eloy.

FAMILIA DE E:



(E) Pues acerca de mis padres, mi padre también era un poco perdido... perdido, y cuando se casó su hija que no fue a gusto de él y luego cogió una depresión, una depresión... y se murió. Bueno, luego le entró una embolia y... pero ya antes de darle la embolia ya estaba muy pensativo, pensativo, no se le salía aquello de la cabeza y al final, después un día le pegó un ataque por eso, y se quedó...

(T) ¿Y qué edad tenía para ese entonces él?

(E) Tenía pues... sobre... te dieron la baja anticipada sobre los 55... Tendría 60 años o 62.

(T) ¿Y murió a qué edad?

(S) Desde que se casó tu hermana hasta que murió él... serían unos 10 ó 12 años...

(E) 12 años, sí sí, claro claro.

(T) Entonces moriría qué... a los 73 años?

(E) Ah!, a los 73 ó 75

(T) Ya.

(E) A los 75 no llegaría. La fecha exacta no la sé.

(T) ¿Y a qué se dedicaba él?

(E) Pues se dedicaba al campo, sí. Con las vacas, cogiendo vid y patatas y maíz y todo eso; porque era un campo. Yo hasta los 27 años estuve trabajando en el campo, también. Luego me casé, vinimos a Suiza y luego vine por aquí.

(T) ¿Y su madre?

(E) Pues mi madre, también, nunca estuvo mal de nada. Lo que pasa que últimamente cuando ya era mayor, le falló la vista y le dieron cataratas y se quedó ciega y claro, después tenía miedo de andar por ella sola, se quedó en cama y hasta que murió.

(T) ¿Y a qué edad murió ella?

(E) A los 94 años.

(T) ¿Hace cuánto que murió ella?

(E) Pues, 2 años.

(T) ¿Cuántos hermanos eran ustedes?

(E) 2.

(T) Ah!, esta hermana que dice usted y usted.

(E) Sí.

(T) ¿Quién era mayor?

(E) Es ella: 7 años.

(T) ¿Qué edad tiene ahora?

(E) Pues, tengo 57 ...

(S) No, tiene 55...

(E) Y me lleva 7 años...

(S) Que no!

(E) 7 años... 63

(T) 63 años. ¿Y ella a qué se dedica?

(E) Pues también al campo.

(T) ¿Dónde vive ella?

(E) En la casa de la madre.

(T) ¿Y ella está casada?

- (E) Esta casada, sí. Se casaron sí. Ellos tienen sus bajas y sus altos, pero... siguen juntos. Nunca se han separado.
- (T) ¿Tienen hijos?
- (E) Una hija, sí. Que ya está casada y tiene una hija: una nieta.
- (S) 6 años.
- (T) ¿Y qué edad tiene esta sobrina?
- (E) Sobrina... pues tendrá...
- (S) 32 ó 33 años.
- (E) Sí
- (T) ¿Y a qué se dedicaba?
- (S) La sobrina también al campo, hasta hace poco...
- (E) Hasta... está viviendo...
- (S) Sí, vivían juntos pero...
- (E) No, no, tampoco combinaban, o sea... ¿cómo decirlo yo?... tampoco se llevaban bien y entonces ahora viven separados.
- (T) Ya.
- (E) Le va a ayudar quizá los fines de semana, pero mejor están separados.
- (T) ¿Y de salud qué tal la familia?
- (E) Pues asma, desde siempre, desde pequeña sí. De las cataratas también la operaron de las cataratas.
- (T) Bueno, ¿y qué tal se llevaban sus padres?
- (E) Pues mis padres bien. Bien. Se llevaban bien. Sólo surgió eso, que cuando vieron que se iba a casar la hija con ese, no lo querían y al padre se le metió eso en la cabeza y... pues cada día peor.
- (S) Y tiene la razón el padre.
- (E) Claro, ahora imagínese usted.
- (T) Y en esa situación, ¿qué hacía su madre?
- (E) Pues... ella pues... un poco lo que me pasa a mí: lo sentiría, pero pasaba.
- (T) Entonces, ¿parecería que él tomaba las riendas?
- (S) El padre sí que era
- (E) Ah sí! Sí, sí. Porque ella no sabía leer tampoco y...

- (S) No sabía ni firmar!
- (E) No sabía ni poner su nombre... no sabía nada.
- (T) Ya. Entonces a la hora de tomar decisiones, ¿quién las tomaba?
- (E) Mi padre, sí!
- (T) ¿Qué hacía por ejemplo ella?
- (E) Pues claro, ella nunca hacía... lo que hacía el marido ella lo hacía...
- (T) ¿No discutían casi?
- (E) No, no. Discutir no.
- (T) ¿Y cómo hacían para ponerse de acuerdo?
- (E) Pues eh.... ellos se... decían vamos a comprar esto, el padre decía que sí y ella lo dejaba. Ni iban a la contra. Ella era una mujer de estar en su casa y nada más. No salía ni a la feria... ni nada. Yo digo a la feria, porque en ese entonces el Ayuntamiento hacía ferias y, no salía.
- (T) O sea, que casi no tenían amigos, tampoco.
- (E) No.
- (T) ¿Y en cuanto las normas o reglas que les imponían a ustedes como hijos? ¿cómo hacían ellos?
- (E) Las normas pues... el padre... es quien mandaba hacer todas las cosas... ella no decía nada... ella era una mujer que dejaba a su marido y nada más.
- (T) Y cuando su padre lo mandaba digamos a usted, ¿a ella le parecía, no le parecía?
- (E) No, ella se callaba. Ella se callaba.
- (T) Y cosas que usted recuerde, de pequeño, que ellos le llamaron la atención por algo...
- (E) Prácticamente cuando... nunca me han pegado, sí me han dicho que haga esto, pero nunca me han puesto la mano encima. Claro, yo he sido obediente y no salía a ningún lado, pues claro salía con amigos y claro, comencé a andar con ésta y pues... a los 24 ó 25 años, hemos llevado cerca de 7 años de relación...
- (S) No hombre!, y más.... en medio de eso... no
- (E) ¡Qué sí! Unas veces bien y otras veces mal
- (S) A lo mejor.... nos hemos conocido en una fiesta
- (E) Sí.
- (T) De eso hablaremos después...

- (S) No fue seguido que... que va... yo en medio de eso...
- (T) Y digamos Eloy, en ocasiones que ustedes hicieran algo bueno, que merecían que se les felicitara, ¿eso se daba en su familia?
- (E) No, allí no había ni Día de Reyes, ni nada. Comer como cualquier día de siempre y... normal.
- (T) Como que les hicieran felicitaciones
- (E) No, no.
- (T) ¿Qué les reconocieran algo importante que hicieran?
- (E) No, no.
- (T) ¿Era difícil encontrar ese tipo de reconocimiento?
- (E) No, no.
- (T) ¿Ni para usted ni para su hermana?
- (E) No había preferencia.
- (T) ¿Y la relación de su padre con usted, cómo era?
- (E) Pues bien. Era una relación que me mandaba pa'llí, pa'llí... pa'llá, pa'llá.
- (T) ¿Y con su madre?
- (E) También.
- (T) ¿Y su hermana con su padre? ¿Cómo era esa relación?
- (E) Bueno, las relaciones eran buenas. Hasta el momento que ha sucedido lo que nos está sucediendo a nosotros ahora...
- (T) ¿Sí? Para entonces qué edad tendría su hermana?
- (E) Pues tendría... 30 años...
- (T) Se disgustó con su padre para entonces.
- (E) Sí, porque era una persona que no le agradaba a él...
- (S) Venía de una familia... (hace gestos de bajeza con sus manos)
- (E) Sí, de una familia... muy...
- (S) Mala.
- (E) Mala. Y de gitanos y...
- (T) ¿Y su madre cómo se llevaba para entonces con su hermana?
- (E) Dentro de todo esto bien. Ella ha dado la luz en casa, porque antes de casarse ella ha tenido la hija esa que tienen y lo tomó bien eso, pero el padre sí que lo cogió de otra

manera y, bueno nosotros ya lo suponemos que de lo bruto... porque al momento que lo supo que se iba a casar con ella, ya se quedó... como... cada día menos, hasta que cada un día dijo que se ha caído y...

- (T) Entonces ustedes le atribuyen esto a la situación de disgusto que vivió.
- (E) Sí. Nosotros le ponemos a eso, le ponemos a eso...
- (T) ¿Lo hablaron en alguna oportunidad?
- (E) Sí, se habló claro. Pero como las cosas no se podían torcer, porque como ella antes de casarse ella ya andaba embarazada, entonces, ya... ya no se pudo hacer nada... bueno y ni se haría tampoco, porque ella ya era mayor y ella ya andaba embarazada y nosotros, pues...
- (T) Usted dice nosotros. Cuando dice nosotros, ¿a quién se refiere?
- (E) Al menos, entre los tres, entre mi padre, mi madre y yo hablamos de eso, pero como la barriga iba para adelante...
- (T) ¿Y quien fue el primero en que empezó a dar el brazo a torcer?
- (E) El padre, el padre.
- (T) Fue quien más se enojó, pero sin embargo fue quien....
- (E) Sí, sí, el padre. Desde el momento en que quedó embarazada fue para él como una tormenta... y cada día menos, cada día menos, cada día menos y...
- (T) Hay alguna otra cosa que quiera contar, de las relaciones con sus padres...
- (E) Con respecto a su padre, él estaba loco por mí, él me ha querido siempre mucho y luego después de que se murió su padre, y ya luego cuando llegábamos allí, donde ésta, y estábamos nosotros afuera y...
- (S) Y le hacía la vida imposible a tu madre, y le pegaba a tu madre.
- (T) ¿Quién?
- (E) ¿Quién?
- (S) Su hermana y su cuñado, mmm!
- (E) Eso no lo hemos dicho, no lo hemos visto. Nosotros estábamos afuera.
- (S) Sí, pero tu madre nos lo comentaba.
- (T) Sí, porque eso iba a preguntarle. Su padre murió cuando tenía 75 años
- (E) Sí, más o menos. Se murió estando nosotros con él.
- (T) Ustedes vivían en ese entonces con él.

- (E) Sí sí.
- (T) Y él murió, y su hermana ya no vivía allí...
- (E) No se marchó. Porque se marchó debido a que mi padre se libró cerca de los 75 años... y entonces claro si la hermana estaba en casa, yo tenía que ir a la mili, y entonces después ella se marchó, y luego yo quedé con mis padres. Yo era obligado a ir a la mili, y después yo estaba con los padres para ayudarles para defenderse y para todo, porque sino mi padre era inútil y no podía...
- (T) Explíqueme de estas cosas que yo desconozco. Su hermana se casó y usted quedó en casa...
- (E) Bueno ella estuvo... 3 años en casa hasta que yo llegué en el momento en que yo me tenía que marchar de casa
- (T) Ya: que tendría 18 años...
- (S) No, había marchado a los 20
- (E) Entonces empezaron a agarrar los papeles por mi padre inválido y entonces ya se marcharon, ya se marchó a la casa de su marido.
- (T) Y usted quedó allí.
- (E) Yo quedé con ellos.
- (T) Y qué edad tenía usted cuando murió su padre?
- (E) Pues... llevamos casados 27... 27... cuántos años hemos estado allí?
- (S) 2 años.
- (E) 2 años.
- (T) Y en ese entonces vivían ustedes...
- (E) Sí, vivíamos con ellos.
- (T) Durante cuánto tiempo?
- (S) 2 años y pico, hasta que se murió él.
- (T) Y muere él y siguen viviendo con ella?
- (S) Sí, pero como la hija se metió en medio... la hermana... entonces su madre, la madre de él... que yo haría lo mismo: la hija iba comentándole a su madre que la trataba mal, que era así y que lo otro, entonces una noche. Eso, al morir su padre; mientras que había que lavarlo y... vestirlo no dijo nada, no la trataba mal. Eso desde que se murió él, la madre dijo, mira que la Carmen vamos a traerla para acá, que la tratan mal y tal... claro que se

venga para su casa con la madre, que me pongo en la parte de ella como si fuera mi hija y ...pues yo haría lo mismo.

- (T) Pero entonces ustedes estaban en su casa...
- (S) Sí, nosotros estábamos en su casa...
- (T) Y ella se fue con la hija?
- (S) No no. La hija, se fue a meter a la casa donde estábamos nosotros. Porque venía diciéndole a la madre eso: que la maltrataba, le decía a la madre, claro para que así...
- (T) Que la maltrataba quién?
- (S) Su esposo. Lo que quería era venir para allí... desde que murió el padre. Como antes había que cuidarlo, antes no. Ahora, sí. Y entonces, claro, por mi parte me parecía bien de que viniera, pero dije yo: Si ella viene, ella entra por una puerta y yo salgo por la otra.
- (T) Y cómo vivía usted Eloy, esta situación.
- (E) Un poquito de aquella manera, no... pues, pensándolo las cosas, pues... ya... yo prefería trabajar mucho en las sociedades de mi padre... pero no tenía aquella ilusión de quedarme a trabajar...
- (S) Eso ya estaba abandonado.
- (E) Yo ya no podía trabajar, porque ya venía ella, que la intención de ella era de vivir allí, y ella no quería vivir allí...
- (S) No, no es que vivía allí. Llegué en la tarde y solo limpiar...
- (E) Pero la tensión que se vivía...
- (S) Pero a tu padre lo trataba muy bien, tú no lo notabas?
- (E) Sí, que sí.
- (S) Y con tu madre me porté muy bien, eh!
- (E) Sí
- (S) Y con tu padre igual. Y tu padre me comentaba muchas cosas, eh!
- (T) El padre de Eloy le comentaba muchas cosas.
- (S) Sí, muchas cosas. Muchas cosas. El me comentaba.
- (T) Y entonces decidieron irse...
- (S) Claro, porque una vez que ella quiso meterse allí, meterse allí, yo a la casa...
- (T) Bueno, después vamos a hablar de ese otro episodio, ¿no?
- (E) Ya. Ya, ya.

(S) Porque yo mientras he estado allí, yo me he llevado muy bien con el madre de él, con su padre, y yo lo lavaba y lo limpiaba, por eso, cuando murió, y no había que darle de comer, muy bien, pero luego, ya estaba mal, tuvo una agonía pero muy sentida, pero hablaba, y había que ayudarlo a incorporar para que pudiera comer, y entonces yo lo aguantaba y lo incorporaba así, claro, a mí me dolía la espalda, le mojaba los labios, pero lo tenía que dejar porque no aguantaba la espalda, y él: No me dejes, no me dejes. No llamaba ni por su madre ni por su hermana, quien llamaba era por mí.

(T) Ya.

(S) No me vas a decir que no. Y a tu madre, quién la vistió y la.... quien de llevarle ropa y de comprarle ropa

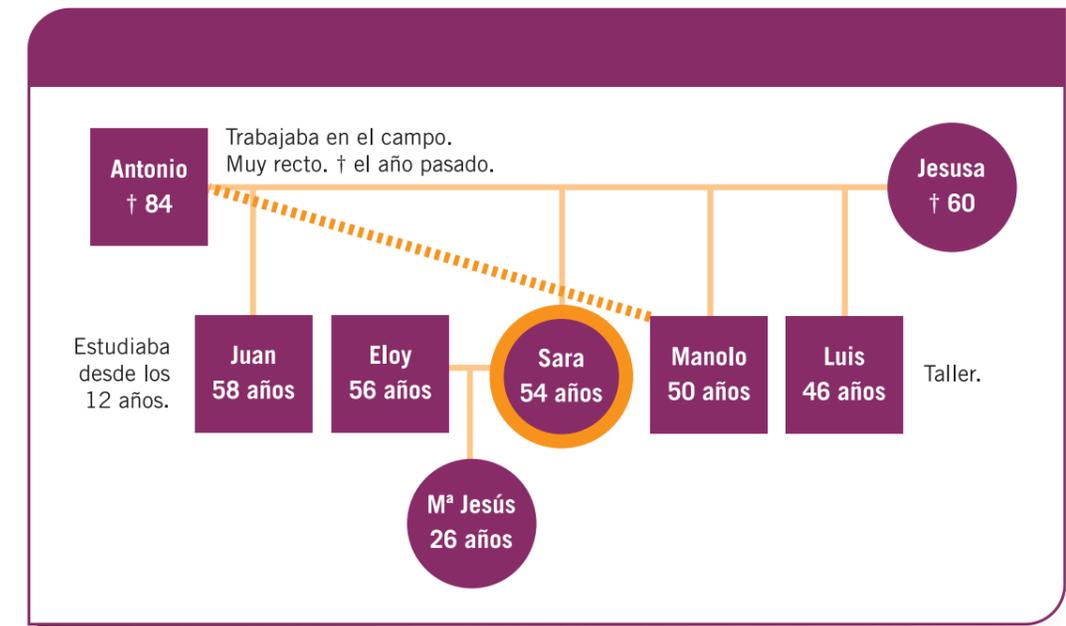
(E) Sí sí.

(S) He sido yo. Porque yo que mandaba y ella se mareaba, y le decía pues vas al médico, y le da unas pastillas o algo, pero claro llegó la hermana, y con la hermana nada.

(E) Que sí, que sí.

(T) Bueno, pues ahora pasemos a la historia de Sara. Tendrá mucho que contar, no?

FAMILIA DE S:



(S) Pues mi papá y mi mamá, mi padre, como decir, aquello que dice lo que dice.... mmmmm....

(E) Muy recto.

(S) Muy recto. Todo con su mirada, era suficiente. Pronto nos miraba y ya estaba. Y muy trabajador. Y mi madre, pues igual: muy trabajadora. Pero tenía una forma de ser más... más calmada. Se decía una mala palabra, y el rosario, eh!. Y así, era: trabajar, trabajar y trabajar.

(T) Trabajaba igual en el campo.

(S) Sí, en el campo, en el campo. Y empezaron, a venga, venga, hicieron casa nueva pero siempre, yo me acuerdo, no hacían una cosa sin...

(E) Aconsejar

(S) Sin aconsejado por mi madre.

(T) O sea que él le pedía la aprobación...

(S) Sí, sí. Siempre, siempre. Y si hacemos esto, esto y esto, y mi madre, bueno, pues si...

(T) ¿Y si ella decía que no?

(S) Mmmmm, no decía que no. Siempre los dos se ponían de acuerdo

(T) Se ponían de acuerdo

- (S) Sí. Se ponían de acuerdo para... para comprar fincas, para... hacer casas, para... ir donde los hermanos, para...
- (T) ¿Cuántos hermanos son ustedes?
- (S) Nosotros somos 4 hermanos: yo soy la mediana, segunda.
- (T) ¿Y el mayor? ¿Cómo se llama?
- (S) Juan
- (T) ¿Qué edad tiene?
- (S) Tiene... 57, 58. Después sigue Sara, que soy yo. Después sigue Manolo y después mi hermano más pequeño que nos llevamos 8 años: Luis.
- (T) Manolo qué edad tiene?
- (S) Pues Manolo... nos llevamos unos 4 años, tendrá unos 50 años. Y Luis y yo nos llevamos 4.
- (T) Entonces parece que sus papás se ponían fácilmente de acuerdo.
- (S) Sí, eran muy... se entendían. Se iban a comprar eso, y se llevaban comida en el pueblo, o se quedaban a comer, o se quedaban los dos, o se venían los dos. No era eso de que uno se quedaba y el otro se viniera, no no. Y después teníamos cuando era el santo de mi padre, pues siempre nos daba algo. Cuando era... porque mi padre era de un pueblo y mi madre de otro... entonces teníamos fincas en un lado y en otro, y vino el mal tiempo, y nos llevó la casa y entonces, mi madre heredó de la parte de su padre, bastante... yo era pequeñina pero me acuerdo de hacer la casa.
- (T) Y su madre a qué edad murió?
- (S) Pues estaba cumpliendo 60 años. Hace 31 ó 32 años, para ahora en agosto.
- (T) ¿Qué edad tenía usted cuando ella murió?
- (S) 21 años.
- (T) Y seguían ustedes en casa?
- (S) Sí, sí.
- (T) ¿Ninguno trabajaba?
- (S) No, no, no. Mi hermano mayor estaba estudiando, desde los 12 años, ya lo metieron a estudiar.
- (T) ¿Estudiaba afuera?
- (E) Estaba en Santiago.
- (S) Con los... en un colegio internado... de los mercedarios...

- (T) Sí. ¿Y solo él?
- (S) Después yo, pues... tenía una profesora, ahí, mi padre no sabía ni leer ni escribir y a nosotros nos mandaba al colegio, pero venía la noche, nosotros teníamos que coger un libro y leerlo delante de él y hacer cuentas, aquello que decía, a ver un litro de leche a tanto, a ver cuanto... y mi madre, pues también era muy, muy... sí, porque ella vio las cuentas, y se interesaba.
- (T) ¿Y Manolo y Luis estudiaron?
- (S) No. No. Ellos hicieron de civil y bien. Y yo tenía aquella profesora, entonces aquella profesora le dijo a mi padre: Coge a la niña y mándala para estudiar, porque es una pena que... Dice mi padre: Entiende que no puedo más, tengo a un hijo que tengo que pagar, porque vea que internarlos a los dos, no puedo a los dos. Yo le decía, yo quiero ser maestra, pero mi padre decía, es que no puedo, no puedo. A los dos no puedo.
- (T) ¿Y a qué edad murió él?
- (S) Mi padre murió a los... 86 años.
- (T) Sara, entonces cuando murió su madre, me imagino que tuvieron que reorganizarse un poco, no?
- (S) Mmmm, pues cuando murió mi madre, mi hermano el pequeño, también era muy buen estudiante, estaba... estudiaba más. Mi hermano el mayor... estaba estudiando, estaba más... estudiaba más. Pero mi hermano el menor había salido del colegio donde había estado estudiando, pasó para concursar para Santiago y en Santiago no había para terminar la carrera allí, no terminaba, no había para Letras, entonces pasó a Valencia. Cuando murió mi madre él estaba en Valencia. Mi hermano el pequeño, fue al Colegio para estudiar también; pero tuvo sus fallos...sí, era más... y un día pues mi padre dijo que no iba a poder y lo metieron en un taller de mecánica, aprendiendo. Mi madre murió en junio, pasó Navidad en el colegio, nos escribieron diciendo que era muy bueno, pero que... no, no. Entonces al cabo del año dejó el Colegio.
- (T) Entonces usted siempre ha estado con Manolo y su padre
- (S) Y mi padre y Luis. El iba al taller, pero siempre volvía a casa.
- (T) ¿Cuando murió su madre, usted tuvo que asumir algún papel?
- (S) Yo tuve que asumir el papel de...
- (E) De su madre

- (S) No, de mi madre no.
- (E) Claro.
- (S) Cuando ella estuvo enferma, que duró cinco días.
- (E) Tuviste que hacer la comida, tuviste que...
- (S) Yo estaba... con ella... de repente empezó desangrándose unos días... nunca se acostaba y mi padre y mi hermano vinieron, mi padre cogió se la llevó al médico del pueblo ¿no?; bueno, la vieja está mal y se fue, pues, un viernes o un sábado, yo sé que el domingo mi padre, ah, fue a ordeñar las vacas, y cuando ... donde teníamos las vacas y todo eso era otra casa, y entonces llegó mi padre y dijo: Prepárale la ropa a la mama que nos marchamos con ella, entonces la ingresaron y al llegar allí la miraron, mi padre se fue de allí y yo me estuve con ella, al día siguiente el doctor: Quiero hablar con el padre o con alguien. Mi padre no está. Yo cogí, largarme allá, a avisarlo, entonces me entere a la hora que salía la buseta, me fui para allá, llegué a casa, mi hermano pequeño estaba llorando, bueno... mi padre estaba en otro pueblo, recogimos las vacas y mira... nos encontramos, y mira cuando... encuentres a papá le dices que... mañana el doctor quiere hablar con él. Entonces le dejé el mensaje y me marché otra vez. Le di la medicina. Entonces mi padre, fue a la visita del médico, le dijo a mi padre... una inyección para el dolor, a mí no me dejó entrar... y que entrara mi padre, entró mi padre, y salimos y fuimos para donde mi madre, pero por el camino me ha dicho: Mira, la madre se muere... (Llora)... y yo he aguantado mucho y... llevas a la chiquita y nos vamos, yo no me voy, yo no me voy...
- (T) ¿Quiénes estaban en ese momento?
- (S) Nadie, yo estaba sola allí.
- (T) ¿Y su padre?
- (S) Mis padres estaba con mis hermanos. Mi padre sabía que se moría, ¿no?... pero, no sé tendría miedo... al médico amigo le decía: Mira que se nos está muriendo, mira que se nos está muriendo, y se estaba muriendo, ¿verdad?... eso fue que la ingresamos muriendo... y mira que para el día de San Antonio le decía: Mama, por qué no nos vamos?, y era el santo de papá, y que lo que hacemos aquí lo hacemos en casa... y... fue coger aquello, coger un coche y venirme con ella para casa. Fue hablar con el médico, y decir en tal sitio coger al médico, ponerle municiones, y después la dejé con un hermano de mi madre. Yo fui al médico del pueblo, le pusieron otras inyecciones, la baje a la casa,

la llevé a casa y no había nadie... entonces la acosté, y mi madre... le dije: ¿Qué vas a comer?, me dijo: Hazme esto y esto, y yo no sé cuánto comió, con m padre, con mis hermanos, con los hermanos que tenía ahí en el pueblo, incluso el sacerdote estuvo con ella, vinieron a... bueno ella les habló mucho. Después vino otra gente, le vino la regla y tuve que vigilarle durante más de una vez. A mi padre no se le quita...

- (T) ¿Por qué? ¿Qué pasaba con su padre?
- (S) Porque yo era con mi madre
- (T) Con su padre, ¿le era muy difícil acercársele a él?
- (S) Hombre, le tenía tanto respeto y...
- (T) ¿Como miedo era?
- (S) Pues sí... si era muy difícil...
- (T) Era muy difícil.
- (S) Más que él estaba mucho por el otro hermano, por el menor. Lo que decía él, era lo que se hacía.
- (T) Ya.
- (S) Y cuando mi madre estaba bien, sí, entonces era un hijo y un padre, no, lo normal, no. Mi padre me mandaba a hacer la cosas y las hacía yo, no. Era aquello... yo no tenía... nada. Yo era la "maruja".
- (T) Digamos que esa relación de su padre con su madre se entendían, pero después de que murió su madre, ¿qué pasa con su padre?
- (S) Mi padre se ha puesto muy... exigente.
- (T) ¿Duro, grosero?
- (S) Conmigo sí. Como si yo... yo no sé... no se lo que siento...
- (T) ¿Y con su hermano Juan?
- (S) Con el mayor, como no estaba... estaba ingeniando, le faltaba muy poquito para los estudios, él ya había sacado la beca. Y el pequeño, seguía en el taller, entonces mi hermano Manolo, temía que mi hermano el pequeño se viniera para casa... a trabajar.
- (T) Sí, porque Juan entonces estaba afuera
- (S) Sí. Y entonces yo le dije a mi papa: Deja que Luis se quede en el taller, porque... pero mira quién va a ver las vacas, yo no voy a ayudarte eh! Pues hecho todo el esfuerzo, todo, todo, todo estaba igual, llegaba el día y llegaba la noche, con la casa igual, con las vacas

igual, con los cerdos igual, bueno, y yo le decía, a un vecino, señor porque no me viene a ayudar?, pero no es por nada, porque a mi las vacas me iban una cosa bárbara. Bueno una tarde, bueno un día... que yo salía de mi casa, le digo, mi padre se marchaba a otro pueblo a trabajar y yo, siempre le digo no podía contar con él para nada, pero yo le dije: Si no le dices nada a papa... hacemos el pan, pero si sale mal, nos lo guardamos y que no se dé cuenta él. Entonces, mi hermano pues...

(T) ¿Usted sabe la historia de esto?

(E) Uy sí! Ya verá!

(S) Sí si, y me ayudó, con el horno, aunque quien tenía que hacer era yo, pero él me ayudaba, y me salió un pan pero, buenísimo, buenísimo. Mejor no me ha salido en la vida... y cuando vino el momento de mi padre, claro aquello olía a lo que había echo, que no le cogió... que no sé que pasó... que yo tenía aquella ilusión que me dijera: Mira qué bien!, no me dijo nada... se arrimó a la cama y se acostó.

(T) Vaya, qué no se enteró del pan!

(S) Yo saqué la empanada, y no sé qué le pasó por la cabeza, porque se acostó.

(T) Entonces, ¿de qué manera le demostraba el cariño él a usted?

(S) El no tenía cariño... no lo necesitaba. Yo era con mi madre...

(T) Su madre sí se lo demostraba.

(S) Sí, sí, mi madre ay!, mi madre. Siempre me decía muy bien...

(T) Y, ¿de su hermano se casó?

(S) Bueno, están... sí... y después de tres años yo me casé.

(T) Ah, tres años que vivió con su papá.

(S) Después me casé... también... me casaron un poco empujada, por una tía y

(T) ¿Por qué?

(S) Tu de aquí te va a pasar que... te vas a quedar... no ves lo que te dan... tu necesitas un poco de cariño...

(T) A ver, que no he entendido. ¿Hay una tía que está intentando que usted...?

(E) Sí, sí.

(S) Sí...

(T) ¿Para que se casara o para que no se casara?

(S) Para que no estuviera allí, entiende, haciendo esto y aquello...

(T) ¿Ella era hermana de su madre?

(S) De mi madre.

(T) Ella prefería que lo mejor para usted era...

(S) Sí, si, porque ella a mí me hacía la vida posible... ella a mí me llevó al médico para que me viniera la regla otra vez.

(T) Ella le ayudaba entonces!

(E) La acompañaba al médico y... si tenía que ir al médico...

(S) Sí, porque yo me enfermé y estaba muy mal, y a lo mejor ella venía y me cogía...

(T) 21 años tenía entonces...

(S) Y estaba muy mal... pero trabajaba, trabajaba y trabajaba

(T) ¿Ya la conocía usted a ella?

(E) Sí.

(T) ¿Usted quiere agregar algo de la historia de Sara?

Por ejemplo, ¿cómo veía usted las relaciones de ella con su familia?

(E) Hombre, según me contaba ella...

(S) Si a mí nunca me dejaban salir de casa...

(E) Que nunca la ayudaba nadie ni traer un poco de leña, que tenía que traerla ella y hacerlo todo... todos en contra de ella...

(T) ¿Usted lo veía?

(E) Sí. Su padre era de muy buen corazón y todo eso, pero hablaba muy...

(S) Muy alterado

(E) Muy alterado

(S) Más que tenía que hacer siempre lo que él decía

(E) Lo que él decía...

(T) ¿Usted lo conoció?

(E) Sí, sí.

(T) ¿Y cómo veía usted la relación entre ellos dos?

(E) No estaba yo... yo casado en aquel entonces...

(T) No no no. Pero usted lo veía...

(E) Yo prefería estar con su padre, mientras ella estaba por allí paseando con ella, pero relaciones con su ella no las he tenido nunca... Me contaba que era muy buena y todo eso y

los vecinos también, pero lo demás yo con ella hablar yo he hablado: Hola, buenas tardes y tal... pero nada más.

(T) ¿Y los hermanos? Por ejemplo, Juan.

(S) Juan es un catedrático.

(T) ¿Y Manolo?

(S) Manolo es el que mi padre quería que le llevara las cosas de la casa, entonces claro le decía... mira ve por aquí, como si fuera incluso un... hablaban de sus cosas... incluso mi padre cogió y le compró una finca a mi hermano para... lo puso...

(E) A nombre de Manolo

(S) A nombre de mi hermano Manolo, le compraba así, y yo le decía: Papa, mira cómprame una mudada que no tengo ropa... el me decía que no tenía dinero, para mí no tenía nada. Mientras que a mi hermano Manolo le decía: Si compras una...

(T) Parece que había una relación bastante buena entre los dos...

(S) Sí, entre los dos.

(T) ¿Y con Luis?

(S) Luis pues claro, eh.... era albañil, trabajaba afuera, se esperaba a que viniera y venía, buenas noches, le tenía la comida caliente y estaba lista para ponerle la comida, bueno y... muy bien. Yo lo cuidaba, lo cuidaba mucho.

(T) ¿Manolo se casó?

(S) Entonces me casé yo y mi hermano quedó en casa...

(E) Con su padre.

(S) Y yo he ido siempre todas las semanas a mi casa, a limpiar, a lavar la ropa, a ayudarles... Después me dio esto, pues... y mi hermano venía a las 10 o a las doce y entonces claro, mi padre se cansó. Mi padre sintió muy duro esto, no lo esperaba y entonces vendió las vacas... y Luis me llama a mí, y que murió, me dijo que dejaba a mí las tierras y bueno...

(T) ¿Cuándo?

(S) Yo ya estaba aquí, tenía la nena... mi hija... tenía como 9 meses. Entonces se lo dije a éste, y él me dijo, me he venido de mi casa no nos vamos para tu casa.

(T) Se pusieron de acuerdo en ese momento.

(E) Sí, sí.

(S) Cuando nos hemos venido yo le dicho: Mira yo me voy a su casa. Tu, has lo que quieras. Si quieres te vienes conmigo. Cuando fue mi padre el que dijo: Mira yo te dejo la finca...

(E) Sí, lo que fuese...

(S) Lo que fuera, y veniros para aquí. Entonces yo se lo he dicho a éste y éste me ha dicho que no. Yo he dejado a mi madre y a mi padre... eso mismo me lo ha dicho él. Y yo ahí... entonces he ido y aquel no era mi padre... ha hecho un cambio muy grande...

(E) Después de que sucedió eso...

(S) Muy bueno, eh!

(E) Ya la tierra la... la...

(S) Sí. Ha hecho un cambio

(T) Entonces ustedes iban a visitarlo.

(E) Cada verano.

(S) Y si se ponía enfermo, me marchaba a cuidarlo. Tenía la nena 2 años, y yo fui a cuidarlo.

(E) Sí, siempre que se ponía malo, ella iba por él.

(T) ¿Y entre las familias, qué opinaban sobre la relación de ustedes?

(E) No comentaban nada...

(T) ¿Les parecía la familia de Sara?

(S) Es que... mi familia se relacionaba con gente más... más subida, de más estudios...

(T) Ya. Eran unas familias diferentes

(E) Sí, si eran muy diferentes: nosotros éramos de progresar para arriba... y éstos... nada.

(T) Y entonces, ¿su familia qué opinaba de la familia de Eloy?

(S) Nada, nada.

(T) Por ejemplo, ¿su madre cómo lo vivía de que usted estuviera de novia con él?

(S) No, no, bueno sí, ella no quería que me casara porque era para progresar, no por en contra de él, no, pero, después cuando lo conoció, muy, muy bien...

(E) Ah, sí, sí, sí!

(S) Lo trataron muy bien.

(T) Y algún problema especial que se nos haya escapado de hablar?

(S) No, pues que yo iba muy falta de cariño y nunca he tenido... suficiente cariño... porque...

(E) Bueno si... es que el cariño para ella es estar junto a ella y trabajando las 24 horas del día...

- (S) No, no es verdad. No es así. Yo soy de una manera distinta. A mí me gusta mucho... pues mira vamos a hacer esto y me gusta mucho progresar para arriba y tú solamente preocuparse de trabajar, porque él es llegar, trabajar, comer y dormir...
- (E) Sí.
- (T) Bueno la hora semana hablaremos de esto, eh!
- (S) Es que no se ha preocupado nunca de su hija, de nada de nada, ni de un papel, de nada, de nada, de nada...
- (E) Yo es verdad, yo es que...
- (S) Llegar a casa...
- (E) Comer y marcharme a otro sitio...
- (T) Bueno, pues hoy intentaba recoger la historia de cada uno de ustedes, de su familia. Y sus relaciones.
- (S) Yo me llevo muy bien con mis hermanos...
- (T) Lo que todavía tengo un poco de duda, Sara, es la relación entre su papá y su mamá.
- (S) Sí, yo me acuerdo, que... pero mi padre era muy... brusco.
- (T) Y ¿cómo asumía esto su madre?
- (S) Ella era tan buena y tan callada, esa mujer.
- (T) Ella era más bien callada.
- (S) Callada, sí.
- (T) Y quién mandaba?
- (S) Pues mandaban, mandaban los dos. Porque uno no hacía nada sin el otro.
- (E) Se apoyaban
- (S) Pero mi padre era... No sé... mi padre decía vamos al pueblo a comprar, bueno vámonos a cenar a... la casa de la tía. Conmigo era así...
- (T) ¿Y él les ponía límites? ¿Qué hacía su madre?
- (S) Mi madre le respondía a veces... con Manolo y yo, en la finca con mi madre...
- (T) ¿Ella veía la preferencia que tenía su padre con su hermano?
- (S) Sí, sí, sí. Siempre la ha tenido.
- (T) Bueno, pues yo creo que podemos dar por terminada esta sesión.
- (S) Me gustaría agregar que mi padre ha echo un cambio pues muy... especial, yo no lo puedo explicar el cambio que ha echo... yo pues ah...

- (T) Pues han terminado con un buen final.
- (S) Sí,
- (E) Era un hombre que al final se acercaba más a nosotros
- (S) Sí, pero... yo decidí últimamente yo he llevado a él por allí. Éramos muy felices los dos. Se me pasaba el tiempo... y con lo mal que lo pasaba él, con lo mucho que sufría él, porque él lo tenía claro, no quería apartarse de su casa, entonces había que llevarlo allí. Pero claro estaba solo, no quería que nadie le hiciera nada, ni...
- (T) Porque él no se volvió casar, verdad!
- (S) El nunca tuvo más mujer. Entonces mis hermanos... entonces yo lo vengo a buscar, y me voy contigo hasta las vacaciones, en las vacaciones ya... ya hablaremos. Fui, y lo estuve llamando, pero lo bajaba varias veces y lo llamé y le dije: Papa, quieres que me vaya contigo?.. Bueno pues ahí me voy. Entonces pasé de julio hasta setiembre, pero cuando era la hora de venirme, entonces, él sufría mucho, no quería que me marchara. Entonces dijo que se venía conmigo. Vente conmigo. Y ya sacamos los billetes y todo para venirnos y yo y sufrí y lloraba de noche... porque tenía la hija ahí. Era la persona que más quería: mi padre y mi hija... y me dijo, pues mira me voy a quedar. Y eso fue en el mes de octubre que me vine yo y en el mes de abril, el día 30 de abril, ya estaba yo que... no daba... y entonces yo me vine, pues, no estaba ya por él... y entonces murió. El hombre murió... él me cogió la mano, empezó a llorar, yo también... no .. y cuando se murió pues, yo estaba con él. (llora). A veces me cansaba de estar a su lado, y le decía Papa, estoy aquí. El me miraba y se me salían las lágrimas y cuando se murió, pues...estaba mi hermano el pequeño y yo. Me vine con él.
- (T) Bueno, lo importante es que usted estaba allí...
- (S) Entonces, me cogió la mano, me la apretaba, me la apretaba, me miraba y el con esa cara y entonces murió... (llora).
- (T) Era para despedirse... era para cerrar con broche de oro...
- (S) (llora)...pero él, yo no quería que se muriera... yo no quería... yo lo quería mucho... y él quería venir aquí y no lo han traído. (llora). El primer año en casa, el no ha salido de allí. Yo trabajaba...
- (T) Entonces cuando usted lo visitaba, ustedes se trataban bien
- (S) Sí, incluso últimamente, eso es algo que bueno... era feliz con él. Ni siquiera me acordaba de aquí, ni de ellos, ni de nadie, pues mira, y este año que estaba tan bien, ya no está él.

- (T) Este verano.
- (S) Sí, que yo estaba sola allí este verano. Yo quería...
- (T) Porque, ¿sus hermanos no viven allí?
- (S) No, yo oía que decía, Quédate, quédate aquí, quédate aquí. Yo sola. Pero mis hermanos no querían que yo estuviera allí. Mi hermano el pequeño, cuando terminaba en el taller, subía a estar conmigo y también Manolo...
- (T) Bueno, pues entonces...parece que le ha costado despedirse...
- (S) No, nunca me he despedido de él
- (T) Bueno, vamos a intentar ayudarla en ese sentido.
- (S) Bueno, esto claro, fue llegar de allá y encontrarme con el problema de mi hija... (T)
Ese es otro capítulo.
- (S) Sí, eso me acabó de...

TRANSCRIPCIÓN TERCERA ENTREVISTA

Al inicio de la sesión, se da una indecisión entre Sara y Eloy para sentarse:

- (T) ¿La quiere más lejos o qué?
- (E) No, no, no.
- Sara se sienta en otra silla. Eloy se ríe.
- (T) No se vaya para allá por lo que he dicho.
- (S) Que me voy a sentar aquí.
- (T) Bueno. Se sienta más cerca que lejos del marido...
- (S) Es igual, es igual.
- (T) ¿Cómo que es igual?... Está usted hoy... un poco pasota.
- (S) Es igual.
- (T) Bueno, estuve hablando con la doctora de la visita del otro día, revisando un poco la cinta que tenemos para recoger toda la información, y solo que tenemos una duda: la relación de sus padres, Sara, que ya fallecieron y todo eso que ya sabemos, pero nos interesa mucho saber cómo eran ellos como pareja para saber un poco cómo usted lo vivió. Eh!, si eran muy iguales, muy distintos como personas.
- (S) Muy distintos.
- (T) Eran muy distintos, con gustos muy distintos.
- (S) Bueno, los gustos eran los mismos porque...
- (T) De caracteres entonces.
- (S) Sí, de carácter sí.
- (T) Eran muy distintos. ¿Como la noche y el día?
- (S) Sí, si.
- (T) ¿Sí tanto?, pues eso llevaría a que se pelearan mucho...
- (S) No. No se peleaban, no. Porque mi madre era muy buena y callaba.
- (T) Su madre era muy buena y callada. O sea, que mandaba su padre y se hacía lo que él decía.
- (S) Así decía eso lo que mi padre, que eso es blanco y es blanco y ya está.
- (T) Y en todo era así la cosa, tan dependiente, y...
- (S) Sí, sí, sí. Mi padre decía: Esto es así... y ahí no entraba ni una aguja.
- (T) Y en las cosas con los hijos, también, ¿mandaba el padre entonces?
- (S) Sí, sí, sí.

- (T) O sea, peleas no habían, entonces.
- (S) No, no, no.
- (T) No había mal ambiente...
- (S) Mal ambiente, ninguno. Había un ambiente de... mi padre era muy recto, muy recto... él tuvo que levantar la labor, con la labor determinada, fue duro con el trabajo y nadie le reforzaba. Y yo, fuimos con mi hermano... porque yo soy la única mujer... y yo jamás, porque yo tengo otro hermano... cuando ya era mayor, pero después cuando se murió mi madre... se murió mi madre, mientras que yo, entonces, mi hermano, él a veces le protestaba... pero aunque protestaba, mi padre...
- (T) Ya. Pero a pesar de que fuesen tan distintos sus padres, su padre así recto y su madre así callada, ¿usted veía que se llevaban bien o mal?
- (S) Natural.
- (T) Bien, a pesar de todo.
- (S) Sí, sí. Mi madre era muy buena. Trabajando, ahí callada...
- (T) Nunca la vio quejarse?
- (S) No, no se quejaba nunca.
- (T) ¿No se enfadaba ni nada?
- (S) No, no se enfadaba nunca.
- (T) Ni hablaron nunca de separación?
- (S) No, que va!
- (T) ¿Y alguno de ellos pasó por la etapa de estar mal de los nervios?, ¿su padre o su madre?
- (S) Mi madre no. Mi padre, yo pienso, yo pienso que... cuando se murió mi madre, estuvo con una etapa mala, no? Mi padre era más joven que mi madre, mi madre... tuvo... bueno no había cumplido los 60 años, estaba...
- (E) El pasó la etapa de la guerra: su padre.
- (T) Ajá.
- (S) Y así se criaba, no... no conoció a su madre, entonces se crió con su padre, luego vino la guerra, fue a la mili, eso me lo comentaba él. Y ya lo cogieron para la guerra... sí, sí... y luego pasó la guerra y... bueno que viniera, que su padre estaba muy enfermo, y después no sé... que se vino, su padre se...y en aquellos tiempos estaba pagando un duro diario, eh!, un duro diario. Mi padre me lo contaba, solo trabajar. En aquellos tiempos era mucho.
- (E) Era mucho.
- (S) Entonces el ha hecho, trabajando así en las tierras, porque como no sabía ni leer ni escribir, cogía que su padre y no sé que, mira te vas a presentar a... pero si no sé ni escribir... pero... era
- (T) Bueno, yo creo que con esto la duda que teníamos... Ya pasaríamos al tema de hoy, que el tema de hoy es ustedes dos como pareja. Empezando por el principio, por desde cuando se conocieron, creo que el otro día la había conocido bailando...
- (E) Sí, en las fiestas...
- (T) ¿Qué edades tenían?
- (S) Éramos jóvenes...
- (E) Tendríamos 18...
- (S) ¡Qué va!... yo tenía 16... si a mí no me dejaban salir. Era una fiesta que...
- (T) ¿Dónde era? ¿En Soldada?
- (E) En una aldea de aquellas... cerca de Chantada, pero no sabría... yo era de esa aldea y la vi, y entonces fue cuando empezamos a...
- (S) Pero...
- (T) Pero eran fiestas del pueblo?
- (S) Sí, no más...
- (T) ¿Tenía Eloy 18 años entonces?
- (S) No...
- (E) Era más viejo.
- (S) Es que a mí no me dejaban salir, eh!
- (T) ¿Quién les presentó?
- (E) La orquesta pues... bailando, entonces...
- (S) Así bailando.
- (E) Ella va con la pareja, no. Y van dos, en pareja, y le quita, y nos toca a nosotros y poco a poco pues va empezando la cosa.
- (T) ¿Quién dio los primeros pasos para que la cosa fuese...?
- (E) Pues yo.
- (T) ¿Se acuerda bien?
- (E) Sí, claro.

- (T) Bueno, pues entonces le voy a preguntar qué le atrajo de ella, qué le gustó?
- (E) Pues era una chica muy... simpática, muy... le gustaba vestir bien, y le gustaba vestir bien y... le gustaba andar con la gente... mayor... en ese sentido; en el sentido de...
- (S) En el sentido de categoría...
- (E) De categoría.
- (T) Aja!
- (E) Le gustaba alternar.
- (T) Todo eso le atrajo de ella.
- (E) Exacto.
- (T) ¿Y a usted qué le atrajo de él?
- (S) Pues la verdad... ¡no mucho!...
- (E) (Se ríe)
- (S) Sí, pues era muy simpático y muy alegre, pero yo sin palabras
- (T) Luego le preguntaré, ¿qué la hizo comprometerse seriamente? Eso era al principio.
- (S) Sí, sí.
- (T) Porque al principio, ¿en qué situación personal estaba cada uno? ¿Cómo estaban? ¿Trabajando allí?
- (E) Sí sí, trabajando la tierra allí. Ella en su casa y yo... es que cada uno en lo suyo.
- (T) ¿Había fallecido su madre?
- (S) No, no, no.
- (T) Todavía no.
- (S) Desde que se murió mi madre, yo no he vuelto a salir jamás a ningún sitio. Para mí, al morir mi madre, se terminó mi...
- (T) Nunca más a vuelto a salir a...
- (S) He vuelto a salir...
- (E) Ha vuelto a salir... a las fiestas de su pueblo.
- (S) El bajó, pero yo...
- (T) Vale, pero bien los dos y con ganas de pasárselo bien. ¿Cuándo de... cuándo una cosa más en serio, de noviazgo?, ¿eso cuánto tiempo después?
- (E) Pues como ella salía poco...
- (S) Yo no salía. Yo no hacía nada.

- (E) No salía, yo salía por allí y por allá y... su padre también estaba un poco de aquella manera que dices
- (S) No. Mi padre quien quería en casa era a mi hermano a Manolo. Si mi padre me dice a mí: No yo quiero que te quedes en casa; yo no me voy en contra de mi padre.
- (E) Pues el padre miraba más por él y todo eso y... entonces como yo veía que ella no salía, iba dejándola, no es que no me gustase, no. Pero como yo veía que no iba a las fiestas, pues yo la iba dejando un poquito... de vez en cuando le escribía y todo esto, pero... como veía que ella no salía, que no tenía noviazgo, pues yo me ...
- (T) ¿Qué pasó?
- (E) Pues que se echó novio.
- (T) ¿Se echó novio?
- (S) No.
- (E) Sí, te hiciste muy amiga de...
- (S) No eso fue aquel verano...
- (E) Pues entonces me dio aquel empujón...
- (T) Se puso celoso entonces...
- (E) Exacto, sí.
- (T) ¿Y qué más?, ¿fue donde ella?
- (E) Entonces fui...
- (S) Era Semana Santa...
- (T) ¿Cuánto tiempo había pasado desde que se conocieron?
- (E) 6 ó 7 años
- (T) ¿6 ó 7 años después?
- (E) Sí, sí.
- (T) Que ella no salía y que de repente usted vio que ella estaba con un amigo
- (E) Exacto entonces yo fui... y tratamos de casarnos.
- (S) No fue de tanto eh!. Que pasó una temporada...
- (E) Pasó una temporada...
- (T) ¿Usted qué le dijo? Que estaba primero, o qué le dijo usted?
- (E) Fue ella: o te casas conmigo, o sigo con él.
- (S) No, no...mmm...

- (T) A ver, cuente usted Sara, a ver...
- (E) Tú para la Semana Santa, estuve contigo el jueves o así...
- (S) Es igual...
- (E) Yo, entonces yo tendré que hablar yo con ella. Y fui..
- (S) Pero nosotros ya habíamos hablado muchas veces.
- (E) Ah sí!, muchas veces sí. Después de que se murió su madre...
- (S) Yo no he vuelto a las fiestas...
- (E) Sí. A bueno, nos casamos.
- (T) Su madre murió después de casaros.
- (E) Sí, sí, sí.
- (T) Antes, antes.
- (S) 3 años después. ¡Claro!
- (T) Entonces Eloy se le acercó porque estaba celoso... ¿qué pasó ahí?
- (S) No, él había venido antes, algunas veces. Un domingo siempre pasaba por ahí, yo estaba cuidando las vacas, muy cerca de mi casa, entonces yo estaba cuidando las vacas, yo estaba trabajando, eh! y, estábamos ahí charlando un rato, vamos charlando un par de horas... hasta que yo veía que era la hora de recoger las vacas y había que ordeñarlas... estuvimos así un tiempo eh!
- (T) Pero luego usted...
- (S) Entonces luego...mmm... más bien fui empujada
- (T) ¿Empujada?
- (S) Sí.
- (T) ¿Por quién?
- (S) Pues... por una tía, por una vecina una hermana mayor... mira que... me decían que qué estaba haciendo ahí, como si fuera una tonta, como que me iba a pasar como a una señora que estaba por ahí... sabes que su padre... entonces para mí fue que me llevaron... yo no tenía... bueno por lo menos...
- (T) Ah, ¿entonces hizo lo de darle celos adrede?...
- (S) No.
- (T) Ah!, pero usted calculaba que igual si lo ponía celoso vendría donde usted.
- (S) No...
- (T) Pero entonces fue que usted le dijo: ¿O te casas conmigo o sigo con este?
- (S) No, no.
- (E) Sí, sí. Fue así... Cuando vino aquel chico, fue cuando me aceptaste tú.
- (S) O dentro o fuera.
- (T) ¿Tardó mucho en decidirse?
- (E) Nos decidimos aquel día mismo.
- (T) ¿Aquel mismo día?
- (E) Aquel mismo día fuimos a hablar con su padre.
- (T) Aquel mismo día fueron a hablar con su padre.
- (E) Sí. (se ríe)
- (T) Entonces que se decidieron a casarse y a vivir juntos.
- (S) Yo fue por... más por...
- (E) Por los vecinos, por lo que decía tu tía...
- (S) Mi madrina y la Luisa... mira que te va a pasar eso, mira cómo andas
- (T) Vale, vale. Bueno, ahora les pregunto: cuando se deciden a casarse, ¿qué es lo que ven en el otro? ¿Qué cosas le gusta del otro? Usted, Sara... ya llevan 7 años, y ya sabe que es simpático y lo otro, pero, ¿qué más cosas?
- (S) Sí, pensaba que alguien que mire por mí
- (T) Alguien que mire por usted!
- (S) Sí, que tuviera un poco de cariño de alguien... que fuera un paño de lágrimas, que solo trabajar y trabajar y trabajar y...
- (T) O sea, que se buscaba usted cariño.
- (S) Porque era lo que necesitaba.
- (T) Y cuidados.
- (S) Porque era lo que necesitaba. Porque el cariño que yo tenía era el de mi madre y al no tenerla el de ella...
- (T) Bueno, ahora veremos como fueron las cosas luego. Eloy y usted cuando se decidió, vio que era simpática y arreglada al principio, pero luego, ¿qué le decidió a... qué vio en ella, cuando ya la conocía bien.
- (E) Bueno, antes de casarme? Me gustaba, me gustaba, como mujer... era una chica bastante guapa, y lo que he dicho: se arreglaba muy bien, antes de morir su madre, después ya... paró.

- (T) Quiere decir que ya no vestía tan bien.
- (S) De negro. De negro.
- (E) Yo he visto que en aquel momento tampoco no tenía mucho empuje.
- (T) ¿Quién?
- (E) Ella. Y entonces yo veía que ella no quería novio y entonces yo la dejé un poco... lo que acabo de decir. Entonces después me he enterado que una persona andaba con ella y tal y me ha echo...
- (S) Que yo no iba a la fiesta...
- (T) Bueno, bueno. Ese tema es delicado. Vamos a dejarlo ahí. Vale, ahí lo que sea... la chispa fue algo: que buscaba usted en ella: solo la madre de sus hijos, una esposa fiel... ¿qué?, ¿qué buscaba?
- (E) Pues sinceramente una compañera, pues que yo pensaba y ha sido.
- (T) Hay gente que se casa muy enamorados y locos por la otra persona, hay otros que se casan pensando en formar una familia, otros en que le den hijos... ¿Qué veía usted en ella?
- (S) ¡Que trabajaba!, yo creo que fue más eso, eh!
- (E) Que trabajaba, sí. Sí, eso sí.
- (S) Que buscaba una tonta!
- (T) ¿Una tonta? o una mujer de mucho empuje.
- (S) Una tonta.
- (E) No tanto como decir una tonta, vale, pero que sabía llevar las cosas.
- (T) Sabía llevar las cosas...
- (E) Sabía y sabe...
- (T) Buscaba más una compañera que empujara como usted, ¿no?
- (E) Sí. Ella sabía llevar los papeles...
- (T) ¿No la veía usted como una niña que no supiera nada y que tenía que protegerla?
- (E) No, no, no. Yo sabía que sabía mucho más que yo. Sabía que ella...
- (T) Sabía mucho más que usted. Está diciendo cosas buenas, eh!
- (E) Si ella siempre ha llevado los papeles en casa... siempre se ha...
- (S) Me he relacionado con gente de más estilo, me he relacionado con personas de carreras..., mi casa llevaba otra base que no la tenían en su casa...
- (E) Sí, sí, sí. Eso es cierto.
- (T) Bueno, pero el tema es que se gustaron los dos. Se buscaron.
- (E) Sí, cuando iba a la fiesta y yo...
- (S) Yo no.
- (E) Y yo no bailaba contigo, ¿qué pasaba?
- (S) Ah!, eras tú, yo no.
- (E) Eso me lo has dicho tú a mí. Que si yo no bailaba contigo...
- (T) ¿Qué pasaba? ¿Se ponía súper celosa?
- (S) No, yo no.
- (E) Sí, si. Se ponía menos... pues sino iba a hablar con ella.
- (T) Bueno. Siguiendo punto: ¿cómo fue el recibimiento a cada uno en la familia? ¿A usted cómo lo recibió el padre de ella?
- (E) Ah, pues muy bien! Nunca me ha dicho ni bruto ni nada.
- (T) Le vio una persona seria...
- (E) Sí, sí, sí.
- (T) ¿Usted se ha sentido integrado?
- (E) Sí, sí. Como uno más: el padre como los hermanos: desde siempre. Todos hemos sido una familia. Es ahora lo mismo.
- (T) ¿Y usted en casa de Eloy cómo fue?
- (S) Bien, bien, ellos hacían lo que...
- (T) ¿Fue el recibimiento como usted esperaba?
- (S) No, bien. Sí, porque yo ya sabía que lo tenía más...
- (T) Pues sí, más estudios, más...
- (S) Tenía más... más. A latía...
- (T) ¿Nunca ha tenido problemas con ellos? ¿Se ha llevado bien con ellos?
- (S) Mejor que con él.
- (T) ¡Mejor que con él!
- (S) Yo sí. Con tu madre me llevaba muy bien, eh!
- (E) Ella siempre se ha cuidado de los papeles... yo no sabía que sabía mucho más que yo.
- (T) Bueno. Ahora hablaremos de eso, de cómo se organizaron. ¿Se casaron mucho tiempo después, no? Poco después de decirlo con su padre.

- (S) Un mes o así.
- (T) ¿Una boda con...?
- (E) De mi pueblo cogimos el coche y nos marchamos para la Coruña y allí fue la luna de miel.
- (T) ¿Se fueron los dos solos?
- (S) Sí, sí.
- (T) A un hotel...
- (E) Sí, sí.
- (T) ¿Se casaron por la Iglesia?
- (E) Nos casamos por la Iglesia. Pero como ella estaba de luto y su padre no quería fiesta y tal, pues mira, le decimos al cura que nos casa a tal hora y...
- (T) Se fueron de viaje de novios a la Coruña.
- (E) A la Coruña.
- (T) ¿Y cómo recuerdan ese viaje?
- (S) Pues bien. Ya no me acuerdo...
- (T) ¿La primera vez que usted salía de casa?
- (S) No. Había estado en Santiago.
- (T) Pero así ya para irse a vivir con...
- (S) A bueno. Pero yo... salir a Santiago... él sí, tal vez era la primera vez que salía de casa.
- (T) Porque ahí ya tenía usted 25 años y él 29 años
- (S) 28
- (T) 28, que no se llevan 4. Vale. Y así empieza su relación de pareja: a vivir juntos. Cuando vuelven de la Coruña
- (S) Solo que yo sabía que su casa, su padre estaba inútil al casarme. Yo lo he limpiado y lo he lavado
- (T) Porque se fueron a vivir a su casa
- (E) Sí.
- (S) Solamente le he dicho que yo cada semana iría 1 o 2 días a pasar a mi casa, a hacerle las cosas a mi padre...
- (T) O sea la condición fue: a casa de sus padres y usted trabajaba allí y...
- (E) Un día o dos iba a lavarle la ropa a su padre
- (S) Y a hacerle las cosas.

- (T) Se quedaba ese día ahí entero.
- (S) Sí, sí.
- (T) O sea, eso era entonces conviviendo... ¿Cuánta más gente vivía en su casa?
- (S) Sus padres y nosotros dos.
- (T) ¿Cómo fue esa convivencia con los suegros?
- (S) Bien, bien.
- (T) Porque se dice que la pareja necesita intimidad, los primeros años, ¿no? Mucha intimidad no tendría ¿no?
- (E) Ella se llevaba bien con mi madre... y a mi padre había que darle de comer y lavarlo y limpiarlo.
- (T) ¿Trabajaban la tierra los dos?
- (E) Sí.
- (S) Pero dos años y medio.
- (T) ¿Y ya después emigran o qué?
- (E) Sí, a Suiza.
- (S) Se murió su padre. Las cosas iban mal, no habían vacas, no había nada, porque en tu casa no había nada y yo en mi casa tenía... entonces empecé a comprar cosas, porque si vienen mis hermanos me daría vergüenza; y... allí estaba su hermana una casada, y éste le estaba pagando las medicinas a su padre, que las medicinas no son gratis, pero según me comentaba tu padre, que la mitad la tenía que dar ella y ella no daba nada...
- (E) Lo trabajaba y lo recogía y no daba nada
- (S) Y yo no sé cómo era, pero cuando yo iba a casa no sé como ella se enteraba y al día siguiente siempre había alguien enfermo: o la vaca o los cerdos, o se había muerto una vaca o algo, entonces era ella que los había envenenado...
- (E) Se ríe
- (S) Tu padre me lo comentaba
- (T) ¿Que la quería envenenar?
- (E) Sí, que mi hermana iba a su casa
- (T) Que si moría algún bicho...
- (S) O enfermaba es ella, oiga, porque era así. Eso era seguido.
- (T) Tan bien no se llevaba con su familia política.

- (S) No si yo me llevaba bien. Pero cómo es posible que si yo pasaba toda la semana en casa, me marcho yo, y al día siguiente...
- (T) Y eso, ¿cómo se arregló?
- (S) No se arregló. Hasta que me fui de casa.
- (T) Hasta que se fue de casa. ¿Cómo fue eso de decidirse de irse a Suiza?
- (S) Porque al morir mi padre, su madre, eso lo veía yo normal: estando yo en la misma situación de ella; ella venía diciendo que la maltrataban, y un día su madre dice: bueno, es que... regresó a su familia, ya llevaba muchos años casada ella y es que tenía una hija de 6 años... y entonces yo dije que sí, cómo no va a venir si es su casa. Pero yo en mi interior decía: cuando hay que venir a lavar a su padre, no lo venía a lavar, cuando tenía que organizar lo de la cosecha no daba nada... y nosotros que nos estábamos encargando de las medicinas como ella, y nosotros no tenemos nada, no, no, no... ¡Qué comíamos!, teníamos el dinero que cobraba su padre sino no teníamos nada, eh!....
- (T) O sea, que usted por ahí estaba dolida y...
- (S) Y yo le dije a su madre que sí, que viniera, que ella entraba por una puerta y yo me voy por la otra... Entonces me dice éste: mira, tu madre quiere que se venga tu hermana, yo lo veo bien, es su hija, ¿no? Pero tú: tienes dos caminos para escoger: o te vienes conmigo o te quedas con tu madre, pero yo me voy.
- (T) ¿Qué hacéis?
- (S) Yo me voy
- (E) Se ríe.
- (T) ¿Y como fue... cómo se decidió por lo de Suiza?
- (S) Entonces yo, fuimos...
- (E) Teníamos un vecino, un vecino de ella...
- (S) Que estaba allá también...
- (E) Que estaba allá y le escribimos...
- (S) Arreglamos los papeles...
- (E) Marchamos de... ¿cómo se llama?... de turistas, pero ya de turistas... ya nos agarraban allí y los papeles para el trabajo.
- (S) Nada, nada si nos hicieron contrato por 6 meses. Teníamos que venir a España, además cruzar la frontera hasta allá y volver... y por medio de eso me quedé yo embarazada.

- (T) Ah! Entonces se fueron allí a Suiza y allí ¿dónde se fueron a vivir? También a casa de...
- (S) No, allí en el trabajo...
- (E) En el hotel: nos daban la comida, pero trabajamos en el mismo hotel.
- (S) Allí trabajábamos.
- (T) ¿Y los dos trabajaban en el mismo hotel?
- (S) Sí, cada uno... en el mismo hotel pero...
- (T) ¿Cómo fue esa experiencia? ¿Qué tal la pasaron?
- (E) Hombre, aquello bueno pero las comidas... las comidas no nos caían muy bien; las comidas... por ejemplo unos... que se pudiera cocinar luego... que fueran las comidas cocinar, cocinar igual que aquí, pero la comida que es de allí pues... todo era espaguetis, mantequilla
- (S) No, no. Era más barato el aceite.
- (E) Y no estábamos acostumbrados.
- (S) Bueno, pero ahí se estaba bien, eh!
- (T) ¿En dónde era, en Ginebra o en...?
- (S) No, en... en...
- (E) Era en Salfé, en el esquí más alto que hay...
- (T) Pero, ¿era una estación de esquí, entonces?
- (S) Sí, sí.
- (E) Viviendo todo el año, viviendo todo el año...
- (T) Ah!. Y ustedes de dónde eran? Ah, eran de Chantada también ella. Frío...
- (S) Pero ahí no cae nieve.
- (T) Era una estación de esquí. Bueno, era toda una experiencia. ¿No?
- (E) Bueno, era todo muy bonito... muy bonito! Siempre, nieve, siempre nieve, siempre nieve.
- (T) Y ustedes dos solos allí
- (S) Bueno, trabajando día y noche, eh!
- (T) ¿Día y noche? Supongo que dormirían!
- (S) Nos despertábamos a las 5 de la mañana... Yo estaba trabajando en... tenía arriba un comedor para los que..., yo estaba trabajando con los camareros... allí, en el comedor venía la comida a la cocina, luego en el ascensor, la colocábamos y entonces ya venía el café. Yo me levantaba a esa hora para esperar a esa gente para... yo tenía, que me levantaba para preparar el café, para tenerlo todo preparado.

- (T) Que eso fuese duro no, no...
- (S) Y entonces hasta las 12...
- (E) Comíamos.
- (S) A las 11 o así.
- (E) Si venía gente pues...
- (T) ¿Pero comían juntos ustedes dos?
- (S) A veces. A veces yo bajaba a la cocina a comer
- (E) Porque yo estaba abajo en la cocina.
- (T) ¿Pero tendrían ratos libres?, yo supongo
- (S) No, no había fin de semana... a lo mejor era 4-5 días, que no venía gente, daban 4-5 días de fiesta, que qué hacía... ni salíamos...
- (T) ¿A esquiar? ¿Nunca se pusieron nunca a esquiar?
- (E) No. Aquello era muy bonito: muy bonito... ver bajar de noche con antorchas, esquiando eh!. Era muy bonito, muy bonito.
- (S) Después volvía... entraba a comer en el... el comedor... y dejaba todo recogido hasta las... hasta las 5-6... Entonces entraba... no, no, no... Estaba trabajando 12 de la noche, eh!
- (T) Bueno, y dice usted que en eso de la renovación del permiso, ¿Por ahí, en medio, se quedó usted embarazada?
- (S) Nada pues entonces... cuando tenía que venirme entonces yo le dije a él: Te quedas tú aquí y yo me voy para allá... Nos vamos a Barcelona, si encontramos trabajo allí nos quedamos allí...
- (T) Pero y una cosa: lo del embarazo, ¿quién lo decidió?
- (S) Pues vino por casualidad.
- (E) Vino porque... (se ríe). Estaban ellos en casa y tardaba 4-5 días sin verlos...
- (T) Pero: ¿ustedes querían hijos, o no?
- (E) Bueno en el momento de que... costó un poco y... un poco de disgusto... si pudiera deshacerlo, a lo mejor. (Se ríe)
- (T) Pero luego el embarazo lo llevó bien y...
- (E) Sí, sí, sí.
- (S) Estaba contenta.
- (T) Y entonces ahí se decidieron que se vendrían para Barcelona o...
- (S) Es que yo no me podía volver para allí. A mi no me salía. Me quedé aquí y él se tenía... Tenía que estar aunque sea un año...
- (E) Había que tener un tiempo.
- (S) No nos dejaban tener allí al hijo.
- (T) ¿Sino se hubieran quedado? (Ambos) A lo mejor sí. Teníamos dinero.
- (E) Estábamos bien, estábamos bien.
- (S) Nos daban un...
- (E) La comida no, pero... Al cambio de la moneda, todo bien.
- (T) Por ahí, todo va muy bien en su familia, en su pareja.
- (E) Sí, sí.
- (T) No hay problemas. Y en relación a las relaciones íntimas también...
- (S) Mmmm....
- (E) Sí, sí, sí.
- (T) Sin problemas. Vale. Y... bueno... se vienen para Barcelona y en Barcelona usted encuentra el laboratorio y usted dará a luz... y se encarga del cuidado de la niña...
- (S) Sí, sí. Y trabajaba. Y cuando estaba la niña en casa, haciendo faenas en casa
- (E) Con la niña y haciendo faenas en casa; cuando la cría la pudimos internar a media comida...
- (S) A los 4 años la inicié al colegio... Yo lo que quería era tenerla en un Colegio, o bien allí en Horta, en la Calle con los Maristas, no son los Salesianos. La llevaba a media pensión, venía a las 9 y media entonces yo a esas horas empezaba a trabajar... y a veces yo venía comer a casa, a las 2 y media, 2 y cuarto... la cuida él, para ir a trabajar. A las 3 a lo mejor ya no venía a trabajar, le ayudaba a hacer los deberes, la lavaba bueno, la dejaba bañada, después ya le quitaba el uniforme, las monjas le quitaron el uniforme y ya... la estaba llevando bien.
- (T) De manera que usted trabajaba, haciendo muchísimas horas, con empleo, todo por salir adelante. Entonces, ¿hasta cuándo dirían ustedes que van bien las cosas, en...?
- (S) No es que lo nuestro era trabajar, trabajar, trabajar, trabajar, trabajar. Yo sacando el piso para adelante y...
- (T) Ó sea, obsesión por...
- (S) Por subir lo más alto.

- (T) Por subir lo más alto. Pero era ¿de los dos?
- (S) Era yo sola.
- (E) Sí, bueno yo en el trabajo. Del trabajo a la casa y de la casa al trabajo y...
- (S) No se interesaba de que su hija estudiara ni que dejara de estudiar, ni que su hija fuera al mejor colegio.
- (E) Bueno de que tú... pues...
- (T) Que lo dejaba todo en ella pues.
- (E) Exacto.
- (S) Sabía que ella lo llevaba bien y Eloy...
- (E) Mis cosas eran para la casa, la comida y trabajar. Hasta ahora, pues, hasta ahora. 30 años trabajando domingos, festivos y todo. Empezaba a trabajar 4 sitios la misma semana...
- (T) Claro, entonces no sabía si las cosas de familia iban bien o mal, sino que iban... (Ambos) Iban
- (E) Claro, iban, claro. Yo la dejaba a ella.
- (S) Sí, yo me dediqué a la hija, subirla lo más alto que pudiera... no le he dicho ni nada de eso, pero en cuestión de estudios en llevarla con la profesora, con la monjas, también le dediqué... y vi algo en las horas de repaso...
- (T) Ya, pero pensándolo en la época de su hija o en Chantada cuando vivían ahí cerca de sus padres, eh, al ponerse a trabajar tanto perdieron ustedes otras cosas o no?,
- (E) No
- (S) Bueno que perdimos, perdimos que sólo estábamos pues a trabajar y trabajar.
- (T) Porque en Suiza, ¿ustedes estaban más tiempo juntos?
- (S) No, no. Con...
- (E) Solo estábamos las horas de comer.
- (S) Media hora, más o menos.
- (T) Y en la noche...
- (S) Bueno, a los 11 y ya a las 5 de la mañana que me levantaba
- (T) ¿Qué trabajaban, los sábados y domingos también?
- (S) Ahí se trabajaba siempre. Sábados y domingos; quizá se trabajaba un mes seguido sin fiesta ninguna... y después unos 4 días de fiesta.
- (T) Y las depresiones de usted, ¿dónde aparecen, Eloy?
- (E) Pues yo creo que ha sido...
- (T) En qué periodo aparecen, en Chantada o en...?
- (E) Fue aquí en Barcelona, ¿no?
- (T) Antes no...
- (E) Antes de venir aquí, nada. Decían eso de los nervios y pensaba yo, ¿qué será eso de los nervios? hasta que me di cuenta de lo que es...
- (T) Pero antes de Barcelona, nunca.
- (E) Antes de venirme aquí, nada.
- (T) (dirigiéndose a Sara) ¿Usted se lo confirma?
- (S) El venirse del pueblo para acá, no le cayó nada bien.
- (T) El venirse de Suiza aquí!
- (S) No, no. El cambio de venirse del pueblo para acá no, no...
- (T) Pero pasaron antes por Suiza.
- (S) Sí, pero ese cambio a él no le... no le...
- (E) Trabajaba en (...), y después estuve así comiendo el bocadillo
- (S) Fueron 6 años así...
- (E) Fueron 10 años por lo menos...
- (S) Que no hombre!
- (E) Como cuido los animales y con aquella presión, de que si me verán, que me echaran fuera, que aquello comiendo, a ver si me lo comía en la empresa, a veces por el camino. Yo creo que lo de la ansiedad, me ha... mucho, eh!
- (S) Yo te lo decía, ¿no te lo decía?: tú tienes que decirle al señor, si a él le interesa que te cambie para las 4 y que te cambiara.
- (E) Sí, pero no. Era una cosa que no podía hacerse.
- (T) ¿Usted no pidió nada?
- (S) No, él no pidió nada.
- (E) Una cosa que no podía hacerse, no podía hacerse. Yo veía que... y no podía hacerse.
- (T) ¿Usted si se encontró bien acá en Barcelona, cuidándola y todo eso? Hasta ahora usted ha estado siempre bien.
- (S) Sí, con el trabajo, y tenerla a ella, y cuidarla a ella.

- (T) Bueno, eso le daba vida a usted también, ¿no?
- (S) No paraba.
- (T) Y respecto a su vivencia, de cuando se casaron en lo del cariño que usted buscaba en Eloy...
- (S) Eso no era tanto... Siempre he pasado de todo
- (T) ¿Siempre?
- (S) Sí, siempre pasaba, oye, mira lo que andan diciendo por ahí...
- (E) Porque decían que... había dicho su hermana que a su madre... que el pago... yo he visto que las cosas no eran para... de ahí.
- (S) Sí, pero tú decías: ah! déjalas!
- (E) Si porque las cosas no eran para...
- (T) Porque usted esperaba que él...
- (S) ¡Me defendiera!
- (T) La defendiera.
- (E) Yo he visto que vamos, estar allí, ya lo veía...
- (T) ¿Y usted, Eloy, que buscaba de una compañera que lo empujara, también eso, sí lo encontró.
- (E) Sí, sí. Ella ha sido siempre la que ha... ordenado, mandado, ha echo lo que ha querido y todo eso. Siempre por delante. Yo siempre me he dejado a su mandato, lo que diga ella. Yo nunca me he metió: te faltan 5 duros o no te faltan 5 duros... ni en lo que lo gastaba ni en lo que lo usaba... yo, lo que procuraba eran mis comidas y traer su ... lo de la casa y...
- (T) Pues quería preguntarles, casi para acabar, ¿qué piensan ustedes de su relación actual?... ¿Se puede mejorar? ¿Está estancada?
- (E) Bueno, yo creo que está estancada por el motivo de la cría. ¿No?
- (T) Estancada por la cría.
- (E) Eso... porque ella quiere estar de mala leche, pues... yo lo que hago es dejarla porque no puedo contestar... pues sería peor... y claro!
- (S) Pero yo no paso...
- (T) Sobre todo lo de su hija.
- (S) Bueno, mi hija y mi padre es toda una película. ¡Y noche! ¡Y noche! ¡Y noche!
- (E) La cuestión de su pareja es... y su familia... ¡no le importa!
- (S) No es... mi padre por delante lo tengo, pero continuamente, continuamente, entonces... mi hija con esa relación que no la soporto, no lo puedo admitir, no va conmigo... eso no lo puedo admitir, para mí... y como yo tengo dolor, además de eso, tengo dolor, claro una cosa empuja la otra. Y la llevo con... en el cuerpo, eh!. Tengo momentos que estoy muy baja, me encuentro muy cansada, muy cansada... la última vez ya estuve mal... pero bueno en estos 2 últimos años que me he recuperado, con lo otro, voy haciendo, ¿no? pero ahora fue como que me clavan un puñal en una herida que me estaba sangrando y ya eso fue y no lo he superado, es continuo, continuo, continuo.
- (T) Ya. ¿Por su hija han estado ustedes de acuerdo?
- (E) Sí, sí, sí.
- (T) Y cómo llevarla y todo, ¿no? O han habido discusiones?
- (E) No, discusiones, ninguna. Ella la llevaba... a donde le parecía, preguntaba que dónde la llevaba...
- (T) Estaban contentos con ella, parece una chica sensata y...
- (S) Ella ha sido una chica muy buena, hasta ahora
- (E) Siempre fue igual ¿no?
- (T) ¿Pero ahora?
- (E) No nos gusta la persona...
- (S) Ella ha echo un cambio, no es la misma que antes
- (T) ¿Ha hecho un cambio en qué sentido?
- (E) En que... no...
- (S) Ya no es la misma, es como... como aquella serpiente que le va a pisar la cabeza, ya ella está así.
- (T) Bueno.
- (S) Ya no es lo mismo que hace años.
- (S) El engaño que me ha hecho... porque yo siempre le he dicho las cosas... entonces que me dijera toda la verdad, porque me ha engañado y yo... Mmmm, eso ella no lo tendría que haber echo... si ella lo sabía... porque no me ha dicho: mira, soy así y no me voy, porque eso pasó cuando murió mi padre. Mira, mi padre ahora me necesita... él no se quería marchar...
- (E) Bueno, la muerte siempre deja...

- (S) ¡Es lo mismo! Si él no se hubiera sacado de su casa, no se hubiera muerto.
- (E) Ya, ya.
- (S) Y yo lo he visto!
- (E) Pero la muerte siempre deja un...
- (S) Es lo mismo! ¿Quién ha estado por él? he sido yo.
- (E) Ya, ya.
- (S) Y yo lo he visto!
- (E) Pero la muerte siempre deja un... es que él algún día tenía que morir.
- (S) Pero si a él no lo hubieran sacado de su casa, él no se hubiera muerto.
- (E) La muerte siempre deja un...
- (S) ¡Eso no es verdad! Tú no lo has visto morir como yo a él.
- (T) Bueno, yo creo que habrán más cosas, pero ha sido en plan resumido y no sé si quieren contarnos alguna cosa más de su historia de pareja que no hayamos tocado...
- (S) Lo que no me gusta a mí, es que le digo cualquier cosa y... eso... que deja de hablarme, si me lo... hacer, yo la dejo...
- (E) Sí, como no contestarte, sí, es verdad.
- (T) Eso es que él se encierra en su caparazón y...
- (S) Sí, pero me lo ha hecho siempre, eh!
- (E) No le protesto, pero me quedo... esto lo tenía a padecer mi madre también... cuando tenía alguna discusión con mi padre, ella... pues se iba a la cama o...
- (S) Siempre hace lo mismo... se metió a la cama, se levantaba a comer... ¡Cómo me lo vuelvas a hacer!
- (T) No solo que no le habla, sino que se mete en la cama y... ¿como si se deprimiera?
- (S) Sí, sí. ... ¡Cómo me lo vuelvas a hacer eso!
- (E) Sí, sí.
- (T) Más o menos pasa...
- (S) Eso en verano... va haciendo así.
- (E) Bueno, es que se agita también mucho y... Yo no le protesto y que queda aquello por dentro a mí y... me sienta mal.
- (T) ¿Sobre todo es por lo de la hija o viene de más atrás?
- (S) Viene de siempre.

- (E) Sí, sí, ya ha pasado.
- (S) A mí me dolía... y ya le pasará... no le hacía ni caso...
- (T) Una técnica esa. ¿Y usted qué hace con... con lo de ella con lo de los cables...?
- (S) ¡Los cables cruzados los tengo siempre!
- (T) Un poco rebotada o... ¿qué hace?
- (E) Yo no le digo nada.
- (S) El siempre pasa.
- (E) Ah, yo me callo.
- (T) ¿Y usted quisiera que hiciera algo?
- (S) Sí, a veces... que fuera... que tuviera un poco de...
- (T) ¿De qué? De genio.
- (S) Sí.
- (T) Genio, ¿para qué?
- (S) Oye, que pusiera las cosas en su sitio.
- (T) ¡Que pusiera las cosas en su sitio así!... ¿o a la hija sola?
- (E) No. Que él no le ha dado mayor importancia.
- (T) Entonces que sería poner las cosas en su sitio
- (S) ¡Qué tuviera otro, otro... no sé, que no fuese tan callado!
- (E) Si digo algo de la empresa, que sea malo, me parece que le podría influir, entonces mejor me callo esas cosas, ¡no! Quiero decir... pues yo me lo callo... ella todo lo que siente lo dice, todo lo que pasa...
- (S) Yo digo, pues mira me ha pasado... y tu campante... el otro día... estaba la farmacia abierta, me miraron la tensión y estaba a 5-7 en la tensión y esto me pasa mucho.
- (T) Claro, yo diría: son ustedes muy distintos, ¿no? De todas maneras dicen que las parejas con los años se van pareciendo, ¿no? Incluso físicamente, dicen que la gente va tomando un aire
- (S) Si no, y es verdad que...
- (T) En 30 años o 40... De carácter, de caracteres se van... o ustedes porque no?
- (S) Mmmm
- (T) O a lo mejor es que no han estado juntos nunca
- (S) También puede ser...

- (T) Todos los años han estado trabajando...
- (E) También puede ser... también puede ser...
- (T) Claro, porque eh!... la gente se pega en carácter y se parecen, porque la gente está junta... porque claro, trabajando, trabajando, cada uno en lo suyo...
- (E) Ella me lo decía... al menos si no trabajara los domingos, trabajaba en un parque de vigilante... que saliéramos por ahí.
- (S) Un día yo lo invité al cine... a ver una película, no hace mucho tiempo, eh!, porque era Titanic, cuando salió... mi hija... también vamos y... le hemos dicho a él: Ven, vamos a ver una película con nosotros... yo me voy a la cama... la película...
- (E) Pudiera ser que tanto trabajo, pues...
- (S) Esa razón...
- (T) Bueno, nosotros les haremos un informe con nuestras opiniones, pero de entrada yo le recomendaría eso, el trabajar algo menos y algo más juntos: al cine.. y ...
- (E) Ya, ya, ya.
- (S) No, no, no. Yo ahora estoy cansada, estoy cansada y estoy cansada... ¡estoy cansada! Y solo veo a mi padre y a mi hija, y eso me va a matar; yo cada día vivo menos! Eso es un dolor...
- (T) Ya. Que cada día se nos van muriendo neuronas y... ya, ya ¡que es una pérdida muy fuerte, Sara!
- (S) Y un dolor muy grande, muy grande. Lo he pasado muy mal, lo estoy pasando pues fatal, fatal. ¡Claro! Y entre el dolor que tengo, me duelen mucho los huesos... y el Dr., que me lo ha dicho: que tengo los huesos de cristal. Me lo ha dicho.
- (T) Que sí, que sí.
- (S) Y el Dr. que cuando he estado con él... me dice: mira Sara, si las cosas te van bien... pero si vuelves a caer otra vez...lo tendrás...
- (T) Y eso por qué? ¿Porque su carácter es como sus huesos? También muy frágil, ¿no?
- (S) Ah, sí! Me... que soy muy sensible.
- (T) Bueno, pero los huesos no se pueden cambiar, pero el carácter sí. Los huesos no, los huesos no. ¿Pero el carácter? ... y tanto que sí. Mire, viéndola ahora mismo, yo sé cómo fortalecer su carácter: cambiando algo de ropa... no yendo siempre...
- (S) No cambiará.

- (T) No se puede ir siempre de luto.
- (E) Pues con su madre fueron 4-5 años.
- (T) Siempre de luto no se puede.
- (S) ¡Pero mi padre!
- (T) Bueno, sino uno se cree que nunca va a poder estar de otra manera ... si uno siempre va de negro, parece que siempre se va a estar de negro, y eso es una cosa que hace sentir mal. No es dejar el luto de golpe, pero a lo mejor llevando una prenda más alegre, o algo... no llevar completamente de negro. De todas formas les mandaremos un informe, eh! Con nuestra conclusión y nuestras recomendaciones.
- (S) Y de la hija, ¿qué me recomienda?
- (T) también hablaremos de la hija en el informe. Se lo daremos por escrito para que quede... para que no se la lleve el viento, eh!, si hay algo que no entienden, vienen y nos lo preguntan.
- (E) Muy bien, gracias.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AD	Antidepresivo
APA	American Psychiatry Association
Armon	Armoniosa
BZD	Benzodiacepina
CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades
Conser	Conservada
CONY	Conyuge
Disarm	Disarmónica
DSM	Diagnostical statistical manual
ICD	International Clasification Disorders
EE	Emoción expresada
Enf	Enfermedad
ERFB	Escala de Relaciones Familiares Básicas
FAST	Family System Test
FC	Familia creada
FO	Familia de origen
NI	Neuroléptico
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organización Mundial de la Salud
PI	Paciente identificado
TA	Trastorno afectivo
PIP	Psicoterapia interpersonal
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TCI	Terapia cognitiva individual
TDM	Trastorno depresivo mayor
TD	Trastorno distímico
TIP	Terapia interpersonal
TSP	Terapia sistémica de pareja
v.g.	Por ejemplo
Vs	Versus
WHO	World Organization Health

