

Publicado con autorización de los autores

SI LAS INCERTIDUMBRES DEPRESIVAS SON SOSTITUIDAS POR INCERTIDUMBRES VIRTUOSAS...: OCASIONES REFLEXIVAS A PROPÓSITO DE UNA INVESTIGACIÓN/ACCIÓN CON FAMILIAS^o

La presente es una investigación/acción que explicita los aspectos relacionales y semánticos del comportamiento depresivo, a fin de poner en evidencia el rol jugado por el contexto familiar en la cristalización de la sintomatología depresiva y eventualmente, en su cura. Por lo tanto, formula también una modalidad de intervención para modificar la dinámica relacional de las familias involucradas.

Palabras clave: identidad depresiva, narrativa familiar, co-costrucción semántica, inventario ad-hoc de las dimensiones comportamentales, relacionales, cognitivas y emocionales.

José Aguayo U. Ph.D. *

dr. Tatiana Aguayo C. **

“...el hombre no tiene una naturaleza sino una historia...el hombre no es nada más que drama. Su vida es algo que debe ser escogido, inventado conforme se va desenvolviendo: ser humanos es fundamentalmente ésta elección y ésta invención. Cada ser humano es el autor de sí mismo, mas a pesar de ser libre de escoger si ser un escritor original o un plagiador, es de todas maneras obligado a escoger. El hombre está condenado a ser libre. »

José Ortega y Gasset

La literatura narrativa también en lo que se refiere a la depresión, así como lo ha hecho ya con otros temas, nos propone reflexiones de extraordinaria lucidez clínica relativas a la dimensión relacional en ella presente. En efecto, la narrativa pirandelliana por ejemplo, nos ofrece un pasaje de particular interés cuando se pregunta “Porqué cuando uno piensa en suicidarse, se imagina muerto, no solo para sí, sino para los demás?” (*L. Pirandello* “Uno, ninguno, cien mil”). En otras palabras, el acto supremo del paradigma del sufrimiento individual quitarse la vida, está fuertemente impregnado de una carga comunicacional, de un mensaje relacional que solamente dentro de la historia de cada familia puede tener un sentido y una lógica, a veces dramáticamente eficaz cuando deja a algunos (los otros miembros de la familia) un mensaje del tipo: “no me habéis dado lo que yo me esperaba recibir de ti/vosotros”.

* Psicólogo Psicoterapeuta, doctor en Psicología. ** Psicóloga.

^oInvestigación sobre terapia familiar y depresión, financiada por el fondo especial para los voluntarios de la región Emilia-Romagna (Italia); ha contado con el auspicio de “Armonía 2000” (asociación de voluntarios para la ayuda contra el malestar psicológico y para la promoción del bienestar psico-físico-social) y de “Para los otros” (asociación de voluntarios de la provincia de Ravena-Centro de servicio para los voluntarios). Agradecemos a las familias participantes voluntarias a nuestra investigación, porque nos permitieron entrar en contacto y conocer sus realidades privadas de malestar. Pero sobre todo porque nos enseñaron algo más, en relación a la posibilidad de construir juntos significados y relaciones que puedan devolver esperanza, en el mismo contexto íntimo en el cual fueron vividos desaliento, sufrimiento y malestar (a pesar de la cronicidad del desaliento compartido).

La actual investigación pretende ser una pequeña contribución al desarrollo de modalidades de tratamiento de los trastornos depresivos, cada vez más atentas a estimular aquellos recursos evolutivos relacionales, afectivos y cognitivos potencialmente presentes en cada sistema humano. Se parte de la premisa que la familia puede ser también un contexto relacional potente de transformación y de novedad frente a la cristalización del comportamiento depresivo y de todo el malestar que de ello resulta.

Agradecemos también al Centro de Servicio para los Voluntarios de la Municipalidad de Ravena (Italia) porque creyó junto a nosotros, en la potencial utilidad social de este proyecto; a Armonía 2000 porque como asociación de voluntarios que se interesa en promover iniciativas que combaten el malestar psicológico se propuso como mediadora avalando la validez de esta experiencia y finalmente, al Servicio de Salud Mental de la Agenzia Sanitaria Local de Ravena por su disponibilidad y apertura.

El estudio acerca de los aspectos relacionales implicados en el comportamiento de la persona afectada por el trastorno depresivo dentro del contexto familiar, representa un campo de análisis innovador respecto a los tradicionales paradigmas de estudio de la depresión; lleno de importantes sugerencias, bis a bis la comprensión y el tratamiento del trastorno depresivo. En este sentido, una contribución sin precedentes lo puede dar el modelo sistémico relacional. Según tal propuesta, los intercambios relacionales/comunicacionales tienen un rol fundamental en la organización y el mantenimiento del trastorno depresivo. Más allá de los factores genéticos, biológicos y de los procesos psicológicos intrapersonales implicados en dicho trastorno, se considera que las tendencias comportamentales del sujeto deprimido y las modalidades de expresión del malestar terminan por desencadenar un proceso de amplificación o de escalada comportamental. Se estructura una realidad de recíprocas confirmaciones, en grado de mantener y reforzar los sentimientos y los estados de ánimo del individuo.

El impacto relacional del síntoma

En éste ámbito, el síntoma es considerado un intento de comunicar, una modalidad a través de la cual el sujeto deprimido, a partir de sus propias vivencias de incapacidad e inadecuación, solicita garantías en relación a sentirse aceptado. A los repetidos pedidos de garantías de la persona deprimida, que asumen la forma siempre más definida de síntomas, las respuestas inicialmente dadas y orientadas al sostén y a la cercanía, terminan por evidenciar un desapego emocional en quienes las procuran. Ello denota la frustración y el sentido de culpa y sobre todo, el sentido de impotencia frente a la no consolabilidad del que lo solicita. En manera menos precisa, el contexto interactivo sufre un progresivo deterioro que sigue direcciones diferentes. Las personas menos vinculadas al sujeto tienden a retirarse de la relación y a reducir los contactos, ocupándose simultáneamente de esconder sus propios sentimientos de rechazo. Tal esfuerzo, mal disimulado, hace menos creíble el logro de garantías, aumentando el sentido de incertidumbre de la persona deprimida y reforzando en ella las motivaciones por reafirmar su propio modelo de comportamiento.

El empobrecimiento del campo relacional se asociaría a tendencias presentes en el mismo ámbito familiar. Las relaciones del “sistema depresivo” con el mundo externo son muy escasas y se limitan casi exclusivamente a recibir u ofrecer ayuda. La familia del deprimido presenta límites externos poco permeables. El paciente identificado tiene solamente relaciones superficiales con personas que mantienen con ellos benévolas actitudes de garantías.

Existe frecuentemente dentro de las familias con un miembro deprimido la tendencia a construir un monótono reciclaje de secuencias de interacción que, repitiéndose gradualmente, devienen automatismos integrantes del estilo relacional, dando al síntoma (depresión) la facultad de fungir de principio organizador del sistema.

Se instauran modelos de mutua “manipulación”, de parte de los parientes, que descubren la posibilidad de poder reducir los comportamientos frustrantes del deprimido, y el sentido de culpa que de ello deriva, dando sostén, garantías y negando la realidad de la relación; de parte de la persona deprimida, que en modo complementario descubre cómo a través de la expresión de los síntomas puede obtener respuestas de comprensión y garantías respecto a la posibilidad temida de una pérdida total de contactos humanos.

Ya que vivir en familia no quiere decir solamente intercambios a nivel relacional/comportamental, sino principalmente intercambio de significados, es necesario detenerse sobre el nexo existente entre el contexto relacional y los significados. Es decir, profundizar acerca de cómo el sujeto afectado por el trastorno depresivo construye dentro de su familia su identidad, nutriéndose de los significados compartidos.

¿Quién soy? : la construcción de la identidad en familia.

La identidad es el proceso de definición acerca de quién somos, gracias también a la imagen de nosotros que proviene de los otros. Nuestra construcción narrativa no es ilimitada, sino que se da en el ámbito de contextos pre existentes. Emociones, premisas, sistemas de creencias, etc. son un aspecto de aquello que nos une con los otros miembros de la familia y con el más amplio contexto social.

En el trastorno depresivo la narrativa del Sí, que se desarrolla a partir de la confrontación con las personas más importantes, es organizada alrededor de significados con una fuerte connotación emotiva. Son contenidos relativos al sentido de posible pérdida de la relación y a un sentido de ineptitud e incapacidad, bases para un destino de soledad.

La depresión, representa el trastorno que más de otros exige una respuesta acerca del valor y los límites del ser, del sentirse aceptado, en la propia unicidad e individualidad personal. Es un pedido de garantía que presupone un interlocutor, que en el intercambio dialógico participa en la construcción de éstos significados, asumiendo una posición respecto a los mismos.

Es así que la familia puede ser concebida como unidad dentro de la cual los individuos se componen. Es en el ámbito de los intercambios conversacionales que la identidad de cada uno se construye y reconstruye. Se parte de la hipótesis que cada miembro de la familia presenta modalidades de participación a la conversación con los otros y de organizar la realidad que son diversos y también en conflicto con aquellas de los otros miembros. Sin embargo el modo con el cual cada sujeto construye la realidad resulta coherente con la particular posición que el sujeto ocupa en su sistema de relaciones e interdependiente respecto a los otros miembros de la familia. De la conversación, se desarrolla dentro de un espacio compartido, un sentido de comprensión recíproco dentro del cual se generan los significados que serán atribuidos a pensamientos, sentimientos y acciones de los participantes.

La sintomatología depresiva no es considerada como la simple externación de los sentimientos y de las dificultades de una persona, sino como el intento de participar a la danza de definiciones recíprocas que ocupa todos los miembros del contexto, con la finalidad de obtener una imagen de sí, lejos del sentido de incapacidad, de inadecuación y de falta de dignidad con que es invadido el mundo melancólico.

Asumimos por lo tanto que la melancolía clínica se nutre de un conjunto de emociones y de significados construidos en el intercambio dialógico entre el deprimido y las personas para él/ella más significativas. Los significados críticos que los estudios sobre éste tema reconocen como factores responsables de la organización del contexto depresivo dan vida a una danza de definiciones de las cuales cada uno recaba el sentido de su propia individualidad. Algunos de estos significados se corresponden con las parejas de términos opuestos como incapacidad e hipercompetencia, adecuación e ineptitud, aceptación y pérdida de la relación.

Ello quiere decir que si por un lado la trama narrativa depresiva se estructura alrededor del polo negativo de las dimensiones de sentido individuadas antes (incapacidad, ineptitud y falta de dignidad), las personas en relación con el deprimido tienden a hacer suyas las definiciones construidas alrededor del polo positivo de los significados, los cuales prescriben roles orientados hacia la perfección y la hipercompetencia. La construcción de éstas posiciones recíprocas, ancladas las unas a las otras, puede alcanzar un equilibrio que lleva a confirmar a sí mismos y por lo tanto la organización semántica sobre la cual se basa e impide a los miembros del contexto familiar de acceder a nuevas formas de discurso, a lo largo de líneas narrativas diferentes.

Si quien pierde.... « vence » : la paradoja depresiva.

Es posible afirmar que mientras el comportamiento ideal prescrito por el rol perfecto, hipercompetente, asumido por una o más personas en la relación, se demuestra inalcanzable – proponiendo al deprimido un destino de fracaso-, los significados negativos que constituyen el rol complementario, en el momento en el cual se les propone un cambio o una novedad, amenazan hacer vivir a los miembros designados como “sanos” los mismos sentimientos de inseguridad y de incapacidad manifestados por el sujeto deprimido, de forma tal que suscitan maniobras defensivas con la finalidad de conservar aquellos existentes.

El empobrecimiento del campo relacional, que puede resumirse en la división entre “fuertes” y “débiles”, “capaces” e “incapaces”, “competentes” e “incompetentes”; la imposibilidad de reformular la reciprocidad conocida en relación a nuevos significados, relega los miembros del contexto familiar a una realidad en la que el rol de “paciente” de la persona deprimida es reafirmado.

El trastorno depresivo, con toda su sintomatología típica se impone como la única dimensión dentro de la cual el individuo deprimido es reconocido, es aquella que le permite entrar en relación con los demás. Esta posición asegura la posibilidad de ser escuchados, de ejercitar una influencia y por lo tanto concede un cierto poder.

LA INVESTIGACIÓN/INTERVENCIÓN

Partimos diciendo que bajo ciertas condiciones relacionales, como por ejemplo en la convivencia con un miembro deprimido, se instauran determinadas dinámicas interpersonales que pueden cristalizar y perpetuar malestar y sufrimiento dentro de las relaciones familiares. En efecto, se trata de familias con predominio de frustración o sentimientos de impotencia por parte de los miembros asintomáticos, en razón de los trastornos del familiar deprimido. El hecho que haya una fuerte presencia de intercambios y de significados compartidos que implican malestar y sufrimiento, contribuyen a no dejar ver alguna posibilidad de salida (o a reducirlas drásticamente). Tal situación refuerza la polarización de contenidos en la diada sano/enfermo dentro de la cual son esquemáticamente asignados los comportamientos y los mensajes intercambiados.

Estas son en buena cuenta las razones por las cuales nos pareció útil indagar acerca de esta realidad relacional y conducir una investigación/intervención con familias en las cuales hay un miembro deprimido.

El proyecto, denominado “Terapia familiar y depresión” se proponía como una contribución clínica concreta en relación a:

- poner en evidencia la importancia y el rol del contexto familiar como recurso para el tratamiento de la depresión;
- involucrar el/los familiares activamente en la eliminación del síntoma depresivo y por lo tanto, prevenir la construcción de un “sistema familiar deprimido” que cristalice el malestar;
- contribuir, compatiblemente con las exigencias del tratamiento médico, a disminuir los tiempos de utilización de los psicofármacos a fin de evitar poner en sordina un sufrimiento no expresado.

Hipótesis de la investigación

La hipótesis general de nuestra investigación está ligada al hecho de que en una situación de depresión se tiende a construir una monótona secuencia de interacciones que gradualmente devienen automatismos del estilo relacional familiar dando al síntoma (depresión) la posibilidad de fungir como principio organizador de los intercambios relacionales, por lo cual son cristalizadas ciertas modalidades de relación en las que prevalecen:

1. modelos comportamentales de mutua “manipulación”;
2. límites extra familiares poco permeables con el exterior;
3. empobrecimiento/escasas relaciones con el exterior de parte del miembro familiar deprimido;
4. sentido de incertidumbre de parte del miembro familiar deprimido;
5. sentido de incertidumbre de parte de los miembros familiares “sanos”;
6. polarización extrema entre los comportamientos definidos “sanos” y aquellos definidos “enfermos”, promoviéndose una división entre los miembros “sanos” y el familiar deprimido;
7. acercamiento ambiguo de parte de los miembros “sanos”, frente al familiar deprimido;
8. frustración y sentido de impotencia de parte de los miembros “sanos” frente a la inconsolabilidad del familiar deprimido;
9. consenso frente a la inadecuación del familiar deprimido;
10. intercambios comunicacionales familiares fuertemente condicionados por el pasado;
11. dificultad compartida en familia referida a la posibilidad de imaginar un futuro diferente del familiar deprimido;
12. el intercambio dentro de la familia se organiza alrededor de dos polos de significados opuestos pero complementarios (fuerte/débil);
13. sentimientos de ineptitud e incapacidad entre los miembros “sanos” frente al familiar deprimido, en lo que se refiere a hacerlo estar mejor;
14. legitimación de la identidad deprimida como dimensión a partir de la cual todas las otras relaciones se organizan.

Descripción de la muestra

Para seleccionar las familias que pudieran hacer parte de la muestra, se efectuó una entrevista semi estructurada con las familias voluntariamente propuestas. La finalidad era recoger la anamnesis familiar, en particular los datos vinculados a la historia de la depresión, diagnóstico y cura (ver en Apéndice la ficha correspondiente). Los criterios para la selección de la muestra eran los siguientes:

- a. que el trastorno depresivo tuviera al menos más de un mes desde cuando se presentó la primera vez;
- b. que no sea un trastorno psicótico (en la práctica hemos excluido solo la presencia del delirio psicótico dado el poco tiempo que teníamos a disposición para realizar la presente investigación)*;
- c. la convivencia con la familia (actual o de origen);
- d. ausencia de intervenciones terapéuticas que involucren la familia del sujeto deprimido, en el proceso terapéutico actual.

Se ofrecieron como voluntarias 12 familias, de las cuales fueron seleccionadas 6, siendo aquellas que respetaban los criterios de selección preestablecidos (de acuerdo a los datos anamnésicos recogidos). Solamente en un caso, a pesar de que las exigencias de la muestra eran respetadas, la pareja se autoexcluyó. El familiar deprimido estaba firmemente convencido que aquella era la sede adecuada para quejarse de su marido por las cosas que no había recibido durante los últimos 12 años de matrimonio (!!!). El rencor y la rigidez de la esposa enclavada en una posición reivindicativa conformaron una situación en la cual el marido acusado

* Concientes que en todas las formas del trastorno depresivo más allá de los factores biológicos presentes existen también potentes contenidos relacionales, hemos incluido en la muestra tanto depresiones mayores como las bipolares, a parte obviamente de los trastornos distímicos (todas las personas debían ser seguidas con un tratamiento médico especializado individual).

se disculpó diciendo que no estaba dispuesto a participar a una experiencia que sólo servía a hacer revivir cosas del pasado(¡sin que el terapeuta pudiera modificar tal atribución!, probablemente bloqueado por la irrupción y la fuerza de un discurso reivindicativo jamás expresado así explícitamente).

La muestra se conformó de la siguiente manera:

3 familias constituidas por la pareja conyugal;

1 pareja con una hija de treinta años conviviente y en fase de autonomización;

1 familia en la cual el hijo único de veinticinco años no vivía en casa con los padres al momento de ésta investigación;

1 familia constituida por una madre y dos hijos adultos.

En 5 casos, la paciente identificada era mujer. Todas las familias participantes estaban constituidas por parejas (en un caso estaba conformada por dos hermanos solteros adultos) que incluían en su interior un familiar deprimido. En todos los casos los pacientes eran seguidos por médicos especialistas del servicio público de salud mental. Solamente un caso había sido diagnosticado como depresión bipolar, los otros 5 habían sido diagnosticados como depresión mayor. Son todas familias con una larga experiencia de convivencia con la depresión (la más breve corresponde a 8 años, mientras que la más prolongada corresponde a 20 años).

Metodología e instrumentos

Siendo una investigación/acción, propone una indagación cognocitiva así como también formula una modalidad de intervención para modificar la dinámica relacional de las familias involucradas.

El protocolo de intervención, por cada familia era el siguiente:

1. Fase uno: Evaluación pre-intervención a través del inventario ad-hoc de las dimensiones comportamentales, relacionales, cognitivas y emocionales en la familia con familiar deprimido (**definición de un perfil familiar**);
2. Fase dos: una serie de 10 incontri de 90' cada uno (**proceso psicoterapéutico**);
3. Fase tres: Evaluación post-intervento, a través del inventario ad-hoc de las dimensiones comportamentales, relacionales, cognitivas y emocionales en la familia con miembro deprimido (**medición de los eventuales cambios**).

Buscando que la observación y la evaluación efectuadas en las fases 1 e 2 se realizaran con suficiente equidistancia, estas fueron realizadas por una psicóloga (T.A.) que asumía el rol de juez externo, mientras que un psicólogo psicoterapeuta (J.A.) conducía el desarrollo del proceso a lo largo de sus tres fases. Esta diferenciación de roles fue útil para disminuir el peso de una evaluación excesivamente subjetiva en la utilización de los antes mencionados inventarios.

En las fases 1 y 3, se desarrollaron para cada familia separadamente entrevistas semi estructuradas valiéndose de los criterios individuados en la construcción del inventario ad-hoc. (ver **Apéndice**)

Vale la pena recordar que el capítulo de la investigación psicológica no paramétrica y de instrumentos sensibles al estudio relacional de la depresión es más bien inexistente. Nuestro inventario fue elaborado in base a aquellas dimensiones presentes en nuestra definición relacional de la depresión (explicitada en la premisa teórica de la introducción), o sea, una realidad que se nutre de un conjunto de interacciones, emociones y significados construidos en el intercambio dialógico que se produce entre el sujeto deprimido y las personas para él/ella más significativos.

El inventario está compuesto de 14 items que indagan las siguientes dimensiones:

- -control/ descalificación del familiar deprimido;
- -relaciones extrafamiliares;
- -incertidumbre y cronicidad frente al comportamiento sintomático;
- -polarización complementaria de los comportamientos;
- -ambigüedad comunicacional;
- -incongruencia en las relaciones interpersonales intrafamiliares;
- -predominio del pasado como metáfora del sentido de impotencia frente a lo inevitable;
- -aspectos semánticos en la patología relacional;
- -construcción/mantenimiento de la identidad del familiar deprimido.

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con excepción de una sola familia, en todas las otras, individuamos elementos históricos que nos llevan a las familias de origen de las pacientes identificadas, pero también a las deficiencias nutricionales relacionales y afectivas verificadas dentro de sus familias. Al momento en que fueron involucradas en nuestra investigación todas las familias se encontraban viviendo un periodo asintomático, y eran seguidas por médicos especialistas del servicio público. Ninguno de los miembros de la muestra consideraban su menaje familiar una realidad satisfactoria aunque si bien es cierto por razones distintas, agrupables en las siguientes categorías:

- ámbito de la comunicación : discusiones y equívocos constantes en las relaciones diarias (2 familias);
- ámbito de la intimidad : frustración explícita por una vida sexual casi inexistente (1 familia);
- ámbito de la afectividad : pseudo hostilidad y pseudo aceptación en la relación de pareja (2 familias);
- ámbito relacional: rigidez e escasa espontaneidad en los intercambios cotidianos (1 familia).

En ninguna de las familias participantes, el tratamiento individual del paciente identificado incluía un tratamiento que incorporase dimensiones no presentes en el síntoma depresivo, por ejemplo las relaciones familiares. Entre las familias no incluidas en nuestra muestra, algunos esposos o padres habían sido convocados, si bien no en modo continuado, a fin de recibir informaciones o sugerencias relacionadas con las relaciones familiares, para evitar “que empeoraran las cosas”.

Se ha podido confirmar cómo procesos relacionales como aquellos que se producen dentro de las relaciones familiares condicionados por el trastorno depresivo tienden a poner en movimiento comportamientos y significados que refuerzan el sentido de incertidumbre y de frustración. En tal sentido es particularmente interesante el siguiente diálogo:

Esposa: “Veía que mi marido se asustaba y que prefería simular no entender; y yo me sentía sola, que entraba en el túnel”.

Esposo: “Para mí era difícil saber siempre que hacer para ayudarla; he llegado incluso a pensar que quizás lo mejor era pedirle que reposara y yo la reemplazaba en todo...cuando estaba en la casa”. Para todas las familias de nuestra muestra, era siempre inminente y actual el temor/riesgo de una crisis del familiar deprimido, ello en muchos casos hacía de freno y contribuía a la unificación familiar. Creaba las condiciones para constituirse en principio organizador universal de las relaciones intra-familiares; decía un marido después de 8 años de convivencia con los trastornos depresivos de la esposa, “.....me he dado cuenta que cuando mi mujer está callada,

inmediatamente pienso que está por llegar una nueva crisis y entonces debo tomar ciertas precauciones; no le propongo para salir para no hacerla estar peor, y la dejo reposar...”

A propósito de esta sólida unión familiar, un esposo comentaba: “.....mi esposa sabe muy bien que yo no la dejaré jamás, yo sé que ella me necesita por lo tanto estaré siempre para protegerla.”

En ninguna de estas familias alguien se preguntaba acerca de una hipotética contribución implícita en la construcción de sus sufrimientos individuales, incluidas las del miembro deprimido. La connotación de enfermedad (“el mal oscuro”), con la cual frecuentemente es descrito el trastorno depresivo hace que quien la vive, es visto como un enfermo y consecuentemente los familiares devienen agentes activos de “sostén y comprensión”. Todos juntos se ponen en la lógica de la “resignación responsable” con la que se tiende a enfrentar las enfermedades, sobre todo aquellas incurables. Tal actitud no impidió en ninguna de las familias de nuestra muestra, tener conciencia acerca de cómo estaban organizadas sus relaciones y los significados compartidos, desde cuando se verificaron las primeras crisis depresivas: bloqueando roturas (“desde cuando sufro la depresión mi marido me está más cerca”); descalificando la propia identidad (“una de las cosas que más me pesa se refiere al hecho que mi palabra vale la mitad de lo que vale la de los demás”); polarizando posiciones (“me siento muy insegura, afortunadamente mi marido me apoya y ayuda”).

El aspecto curioso fue dado por la denominación de “lecciones” con las cuales algunas familias llamaban las sesiones con el terapeuta, a pesar que él mismo no se ponía como alguien que daba enseñanzas. Probablemente era un modo para connotar y diferenciar el sentido de aprendizaje formativo (¿deutero aprendizaje?), con el cual estas familias vivieron la experiencia. Es decir, una connotación con la cual diferenciar el recorrido respecto a lo que habría sucedido si fuese estado concentrado sobre la patología y el individuo portador del síntoma.

El recorrido terapéutico con las familias partió con la idea que así como la formación de la identidad del deprimido no es una construcción individual, de la misma manera el proceso de intervención debía ser el resultado de una co-construcción, un recorrido hecho con las familias. Efectivamente, las conversaciones generaron desde la primera entrevista un espacio de construcción colectiva. Un primer paso consistió en subrayar con cada familia que este serie de coloquios podría serles útil para reflexionar juntos acerca de sus costumbres en el comunicar y en el estar juntos. Probablemente aquellos parámetros de convivencia habían dado por un cierto periodo de tiempo, apoyo y serenidad al miembro de la familia deprimido, pero con el pasar del tiempo se habían convertido en obstáculos que no permitían reconocer la necesidad de reformularlos, divirtiéndose causa de insatisfacción familiar. Se le pidió a cada miembro de la familia presente de individualizar aquellos aspectos de su convivencia que en el presente representaban un problema y que por lo tanto identificaban como causa de sufrimiento familiar. Sólo en una familia se continuó a hablar de la depresión como causa de dolor familiar, en todas las otras se habló de relaciones congeladas en visiones compartidas de resignación y rabia no siempre contenida, de incertidumbre y de precariedad. La metáfora de minas vagantes a riesgo de encontrarse, fue una imagen varias veces utilizada para describir las actitudes de los miembros “sanos”. En esta línea discursiva, la familiaridad de los miembros deprimidos con todo lo que se refiere a sus mundos internos, fue definida como un recurso que desgraciadamente no utilizaban con confianza e desenvoltura impidiendo a sus familiares darse cuenta de su vulnerabilidad (lo cual habría podido hacer caer el mito según el cual la salud está toda de una parte y la enfermedad toda en la otra). En un caso por ejemplo, esta redefinición del terapeuta estimuló una pareja a probar a re-aprender a tener confianza de aquello que cada uno podía hacer para reactivar su vida sexual casi inesistente desde hacían 11 años, obteniendo excelentes resultados, en lo que se refiere a superar sus inhibiciones y temores, y el inicio de un recorrido de descubrimientos y satisfacciones.

De la lectura de los resultados mostrados por el inventario ad-hoc de las dimensiones comportamentales, relacionales, cognitivas y emocionales en la familia con miembro deprimido,

emerge que los cambios más evidentes se han verificado en las áreas que se refieren a los ítems 11, 12 e 14. Estos ítems se refieren respectivamente a:

-dificultad compartida en familia frente a la posibilidad de imaginar un futuro distinto del familiar deprimido.

-el intercambio dentro de la familia se organiza alrededor de dos polos de significados opuestos (fuerte/débil, sano/enfermo, etc.).

-legitimación de la identidad depresiva como dimensión a partir de la cual los demás se organizan.

Estos ítems representan los ejes en torno a los cuales la cronicidad del sistema familiar tiende a organizarse. Es por ello que estos indicadores son la confirmación del inicio de un proceso de cambio en acto, en lo que se refiere un reajuste familiar.

CONCLUSIONES

Aquello que fue más importante para los efectos de nuestra investigación era conocer el estilo relacional familiar creado como resultado de la convivencia con el trastorno depresivo de uno de sus miembros, para así construir con la ayuda/provocación del terapeuta, una posibilidad nueva de estar juntos. En esta lógica, un miembro de nuestra muestra concluyó su recorrido terapéutico diciendo: “...pienso que este recorrido nos ha ayudado a despolvar los recursos que tenemos y por lo tanto nos ha ayudado a hacer evolucionar nuestra relación... Hoy en día generalmente no se tiene tiempo para ello...desgraciadamente se tiene poco tiempo para dedicar a la familia...”

Al final de este recorrido, hemos podido verificar los siguientes cambios:

-mayor espontaneidad en la relación de pareja.

-mayor fluidez del diálogo y en la disponibilidad.

-relaciones de intercambio biunívoco.

-mayor conciencia de la propia subjetividad y de los propios límites de parte de los miembros “sanos”.

Por lo tanto, a pesar que en todas estas familias de nuestra muestra existía una larga experiencia de convivencia con la depresión (en media 14 años), todas se han abierto al descubrimiento de nuevas modalidades de relación ya no polarizadas en la diada sano/enfermo. Se han comenzado a dar la posibilidad de construir relaciones más espontáneas y menos manipulativas, excluyendo significados vinculados a incertidumbres paralizantes o a visiones rígidas pre-establecidas en el tiempo frente a sus identidades y relaciones.

Seguramente el significado que con más frecuencia comenzó a emerger después de las primeras sesiones en todas las familias, era el predominio de la idea que el futuro de sus vidas era algo que esperaba todavía ser inventado. Puede ser emblemático lo que una pareja dijo hablando de lo que para ellos había sido un cambio importante:

Esposa: “Me recuerdo cuando vinimos la primera vez a estos encuentros, me sentía dependiente en todo y para todo de mi marido. Solo pensaba a los cambios que ocurrirán a partir de cuando él irá en pensión, dentro de 3 o 4 años. Tenía miedo estar sola. Ahora aunque no sé por cuánto tiempo estaré mejor, me doy cuenta que también él tiene necesidad de mí y además me divierte muchísimo haber descubierto lo importante que es para nosotros jugar en la intimidad.....en el agua (añade el marido y rien juntos con complicidad).

Esposo: “No tengo temor de decirle que la deseo y nos divertimos jugando en la tina del baño....También para mí ha sido importante conocer mis debilidades y hablarlas con mi mujer. Ahora puedo contarle lo que me sucede en el trabajo, molestarme y no estar preocupado acerca de cómo pueden afectarla mis lamentos”.

BIBLIOGRAFIA

Aguayo J., Foschini V. e Zambianchi M. (1997) Vissuti ed emozioni familiari a confronto: il gruppo come contesto costruttivo di un'ecologia di idee innovatrici, attorno allo stato di sieropositività del proprio figlio. In *Personalità/Dipendenza*, anno III N°1, Modena.

Boscolo Luigi e Bertrando Paolo (1993) *I tempi del tempo*. Bollati Boringhieri, Torino.

Bou Piquer Javier (2004) *Cuando el sentir no deja hacer. Depresión discapacidad y terapia familiar*. Seminario; relazione, Valencia(E).

Cerezo Angeles (2004) "Afrontando soledades: Recursos contra la depresión" Seminario; relazione, Valencia (E).

Cirillo Stefano e Di Blasio Paola (1989) *La famiglia maltrattante*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Crowter J.H. (1985) The relationship between depression and marital maladjustment. A descriptive study. *J Nerv Ment. Dis.*, 173.

Gagliardi E., Ferrero S., Loruso P. e Barale F. (1998) Depressione resistente e depressione cronica: riflessioni sugli aspetti psicopatogenetici. In *Personalità/Dipendenza* vo.2, fasc. II. Mucchi Editore, Modena.

Linares Juan Luis e Campo Carmen (2000) *Dietro le rispettabili apparenze. I disturbi depressivi nella prospettiva relazionale*. Franco Angeli, Milano.

Keitner G.I. e Miller W. (1990) Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry* 147.

Manfrina G. e Melosi A. (1996) En los orígenes de la depresión: la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediciones sociales. In *Redes*, vol. I, Paidós, Barcelona.

Maturana Humberto e Verden-Zoller Gerda (1993) *Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano*. Instituto de terapia cognitiva, Santiago de Chile.

McNamee Sheila e Gergen Kenneth (a cura di) (1998) *La terapia come costruzione sociale*. Franco Angeli, Milano.

Vetere Arlene (2004) *The Effects of Domestic Violence on Children: Depression, Resilience, and Breaking the Cycle of Violence*. Seminario; relazione, Valencia (E)

Para eventuales comunicaciones con los autores: josagu@libero.it

APÉNDICE

I. Informaciones anamnésticas

1. Datos del paciente designado:

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Profesion :

Estudios realizados :

2. Datos de los padres:

Nombre y Apellido del padre:

Edad:

Ocupación:

Nombre y Apellido de la madre:

Edad:

Ocupación:

4. Datos de eventuales otros hijos:

Observaciones:

4. Historia del trastorno: (anamnesis personal remota y reciente y anamnesis familiar)

Inventario ad-hoc de las dimensiones comportamentales, relacionales, cognitivas y emocionales en la familia con miembro deprimido

Familia :

.....

Pre:___ Post:___ Fecha :

Miembros :

Toda la familia = X

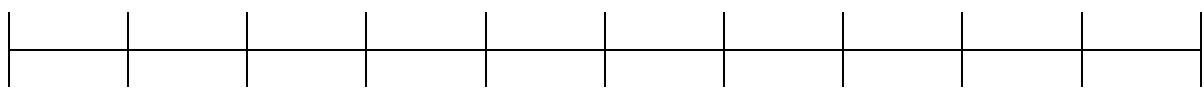
Padre = A

Madre = B

Hijo(a) = C

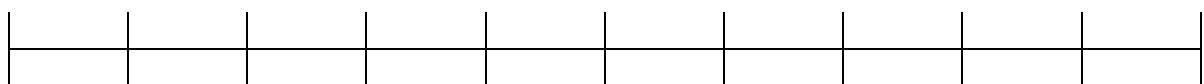
Miembro designado con la depresión = D

1. Presencia de modelos comportamentales de mutua “manipulación”.



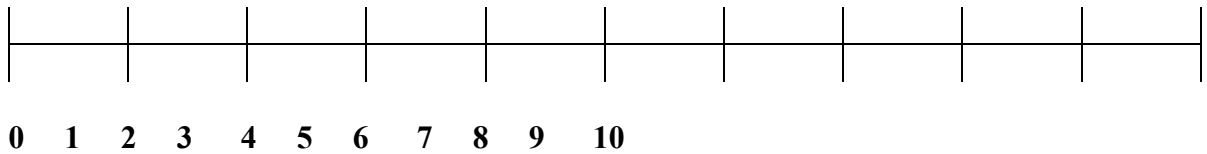
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Familia de confines poco permeables con el externo.

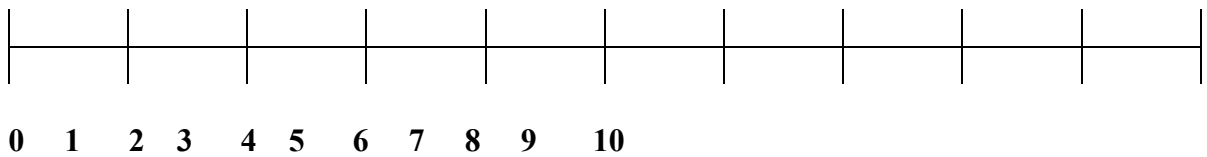


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

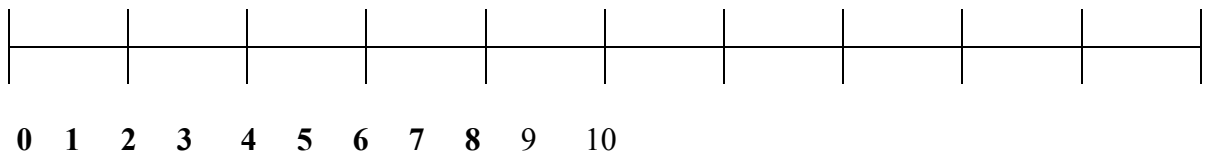
3. Empobrecimiento/escasas relaciones con el externo por parte del miembro deprimido.



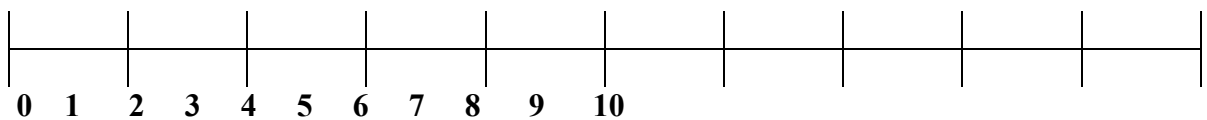
4. Evaluación del sentido de incertidumbre en la persona deprimida .



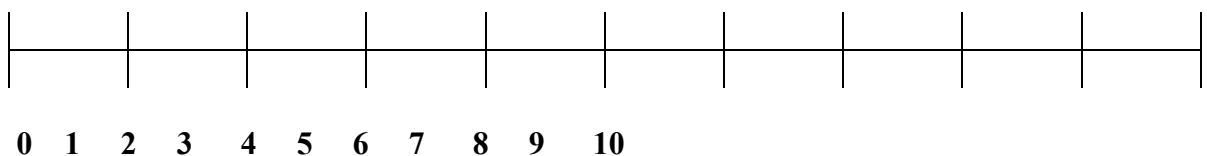
5. Evaluación del sentido de incertidumbre en los otros miembros .



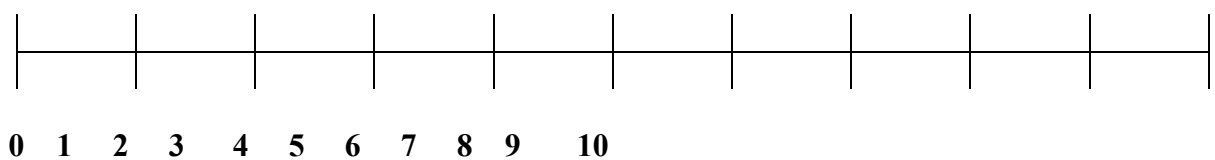
6. Polarización extrema entre los comportamientos definidos “sanos” y aquellos “enfermos”, que promueve una división neta entre los miembros “sanos” y el miembro “enfermo” dentro de la familia.



7. Acercamiento ambiguo por parte de los miembros “sanos” frente al miembro deprimido.



8. Frustración/sentido de impotencia por parte de los miembros “sanos”, frente a la inconsolabilidad del miembro deprimido.



9. Consenso referido a la ineptitud e inadecuación del miembro deprimido.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Intercambios comunicacionales familiares impregnados por el pasado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Dificultad compartida en familia frente a la posibilidad de imaginar un futuro distinto del miembro deprimido.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. El nivel semántico de los intercambios dentro de la familia se organizan alrededor de dos polos de significados opuestos (fuertes/débiles; capaces/incapaces, etc.), actuando de consecuencia.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Sentimientos de ineptitud e incapacidad entre los miembros “sanos” frente al miembro deprimido, en lo que se remiere hacerlo estar mejor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Predominio del trastorno depresivo como dimensión a partir de la cual todas las demás relaciones se organizan por contraposición, legitimando “la identidad depresiva” del miembro en cuestión.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

