

LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS DESDE LA PERSPECTIVA RELACIONAL

María Teresa Calles Gómez
Ana López de Eguilaz Santisteban
Júlia Massip Serra
Sylvia Sánchez Oller
Rosa Zayas Reyes

Escuela de Terapia Familiar
Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo
Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

El presente estudio se propone comprobar cómo influyen en el diagnóstico relacional de la distimia y el trastorno depresivo mayor, la cohesión y la jerarquía familiar, estudiadas a través del FAST (Family Sistem Test), y la conyugalidad, la parentalidad y el patrón relacional, valorados por medio de tres entrevistas semiestructuradas. La muestra está compuesta por 7 familias diagnosticadas de depresión mayor, distimia y trastorno bipolar, según los criterios del DSM-IV. Los resultados señalan que no hay relación entre las variables cohesión y jerarquía, con conyugalidad y parentalidad y que, independientemente del diagnóstico y de las puntuaciones obtenidas en cohesión y jerarquía, la parentalidad está conservada en todas las familias. Se observa una mayor tendencia al cumplimiento de las hipótesis generales en las familias con diagnóstico de distimia.

Introducción

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación en torno a la perspectiva relacional de los trastornos depresivos, que se está realizando en la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de San Pablo. Se trata de una investigación descriptiva exploratoria. Utiliza el FAST (Family System Test) como instrumento de medida de las pautas de interacción que se dan en los trastornos depresivos, en base a los parámetros cohesión y jerarquía, y tres entrevistas semiestructuradas, posteriores a la pasación del test, que miden los parámetros conyugalidad y parentalidad, junto a otras variables de menor rango.

El objetivo del presente estudio es, por una parte, comprobar si se cumplen en las familias de la muestra las hipótesis planteadas en el citado proyecto de investigación y, por otra, buscar la relación entre las variables cohesión y jerarquía estudiadas a través del test FAST y las variables conyugalidad, parentalidad y patrón relacional, observados en las entrevistas semiestructuradas posteriores a la pasación del test.

La hipótesis de partida de la investigación es que en los trastornos distímicos se da cohesión alta, jerarquía baja y poca flexibilidad, y en los de depresión mayor se da cohesión, jerarquía y flexibilidad altas.

La hipótesis que añade el presente estudio a los anteriores es que, además, a los trastornos de tipo distímico van asociados los patrones de relación simétricos, la conyugalidad disarmónica y la parentalidad primariamente conservada, y a los trastornos de depresión mayor van asociados los patrones de relación complementarios, la conyugalidad armónica y la parentalidad no conservada o deteriorada.

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.

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

Cancrini (1996) explica que según la psiquiatría clásica, la crisis depresiva y la crisis maníaca son trastornos que se caracterizan por una alteración del tono del humor y por una modificación secundaria de las otras funciones psíquicas.

Son crisis que tienen una cierta tendencia a darse en algún otro miembro de la familia a lo largo del tiempo y a repetirse a lo largo de la vida de la misma persona, pueden producirse de manera alternada (trastorno bipolar) o producirse siempre de la misma manera, están separadas por períodos de normalidad y, como cuadro psicótico, son básicamente diferentes de la esquizofrenia.

Para Cancrini, la palabra depresión de manera aislada no tiene un significado útil ni en psiquiatría ni en psicoterapia. Para él, la psiquiatría moderna tiende a considerar las crisis psicóticas dentro de un continuum que va desde las formas depresivas hasta las confusionales.

Las aproximaciones desde el campo familiar relacional de los últimos años indican una clara relación entre los trastornos de depresión 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.

Desde esta óptica familiar-relacional, Vella y Lorieo (1993) proponen una clasificación de los modelos de relación que el deprimido mantiene con su compañero.

Una de estas modalidades es la conducta provocadora de cuidados o "*care eliciting behavior*" que es el conjunto de conductas que un individuo activa para provocar una respuesta de consuelo, atención y ayuda de los demás. Otra es la relación de ayuda en la que las posiciones conyugales se radicalizan: uno

deprimido y otro sano. La tercera es la severidad benévola con actitudes del estilo “si te castigo es porque te quiero”. La cuarta modalidad recibe el nombre de victoria del derrotado y jerarquía conyugal incongruente: el deprimido en teoría es el perdedor pero “gana” en cuanto que sus comportamientos sintomáticos escapan a cualquier tipo de control . La quinta es el ciclo interactivo de la depresión: primera conducta depresiva, cuidados del cónyuge sano, fracaso de los cuidados, distanciamiento temporal, acrecentamiento de la depresión, más cuidados del cónyuge sano y se repite el ciclo. La sexta modalidad es la de la sumisión de la pareja: el cónyuge sano asume una postura de sumisión que imposibilita al cónyuge deprimido la censura de su comportamiento y provoca así la autoacusación de éste con mayor intensidad.

También desde la perspectiva relacional, Manfrida y Melosi (1996) señalan la importancia de intentar identificar el fondo que tienen en común las diversas depresiones y piensan que no se puede encontrar la respuesta únicamente en una aproximación familiar o relacional, ni tampoco en una aproximación individual o psicofarmacológica. Explican las depresiones como el resultado de historias variadas producto de factores de base predisponente, de reglas sociales y culturales que actúan como vínculos y de las estrategias relacionales que adoptan los participantes del “juego” depresivo.

Linares (1996) plantea unas metáforas guía para ser usadas como referencias diagnósticas. En este sentido, Linares y Campo (1999) sostienen que en las familias de origen de las personas que padecen distimia se da un patrón relacional de simetría, una conyugalidad disarmónica con triangulaciones manipulatorias, las funciones parentales nutricias están conservadas, las funciones parentales normativas son muy permisivas y el clima emocional es de desbordamiento.

En las familias de procreación de los pacientes distímicos continua predominando un patrón de simetría, que evoluciona desde una escalada en la que los mecanismos de freno de los conflictos son cada vez más disfuncionales, hasta llegar a una situación de simetría inestable en la que se instrumentaliza la conducta sintomática. Los sentimientos del paciente son de tristeza y de rabia. Los hijos acostumbran a estar triangulados por uno de los cónyuges.

En las familias de origen de las personas que padecen depresión mayor se da un patrón relacional de complementariedad, una conyugalidad armoniosa, las

funciones parentales nutricias acostumbran a ser deficitarias y las funciones parentales normativas son de alta exigencia. El clima afectivo es frío y se da un excesivo control de las emociones, con la inhibición de las respuestas de ira o enfado.

En las familias de procreación del paciente depresivo mayor continua predominando la complementariedad con una progresiva rigidez de las posiciones superior/inferior, con predominio de sentimientos de desengaño y de desesperación en el paciente. Con la eclosión de los síntomas, que expresan desesperación, rabia y rencor, se instaura la complementariedad rígida como patrón relacional de la pareja. Los hijos acostumbran a estar parentalizados.

Método

Sujetos

La muestra de este estudio está formada por siete familias. En todas ellas hay un miembro del sistema parental que presenta algún tipo de trastorno depresivo. En cuatro familias el PI tiene un diagnóstico de TDM, en dos el diagnóstico es de distimia y en una de trastorno bipolar. En cuatro de los casos, el PI es la mujer (tres con depresión mayor y una con distimia), y en tres es el hombre (uno con depresión, uno con distimia y uno con trastorno bipolar). Las edades de las parejas están comprendidas entre los 25 y 56 años.

Tres familias tienen hijos pequeños (entre 3 y 4 años), que no han estado presentes en las sesiones ni han pasado el test, y cuatro familias 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.

Todos los hombres son laboralmente activos. Dos de los hombres diagnosticados como depresivos trabajan como taxistas y otro como trabajador autónomo. Los oficios de los cónyuges de las PI son: yesero, camillero, trabajador autónomo en el ramo de colocación de mamparas y empleado de laboratorio. De las mujeres diagnosticadas como depresivas, dos son amas de casa, una es administrativa y otra trabaja con su marido en la empresa de colocación de mamparas. De las cuatro cónyuges de los PI, una es administrativa, otra es trabajadora autónoma, dos son amas de casa y una de estas últimas realiza esporádicamente trabajo sumergido.

Existen factores de emigración en algunas de las familias. El lugar de procedencia de los tres hombres PI es Cataluña, dos de sus cónyuges son catalanas y una del resto de España. De las cuatro mujeres PI, una es catalana y las tres restantes proceden de diferentes lugares de España. Sus cónyuges son todos de fuera de Cataluña. No hay ninguno que sea de fuera del estado español.

Instrumentos

El FAST

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.

Se define la cohesión como la unión emocional de los miembros de la familia y se utiliza para descubrir en qué medida experimentan éstos el sentimiento de un todo coherente. El término jerarquía implica ideas de autoridad, poder de decisión e influencia de unos miembros de la familia sobre otros. 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. 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. Algunos de los temas que tratan son las relaciones diádicas en familias tanto japonesas (Hatta y Tsukiji, 1993) como suizas (Gehring y Marti, 1994), las estructuras familiares entre niños con o sin patología (Gehring y Marti, 1993), las diferencias de constructos entre padres e hijos (Gehring *et al*, 1994), las correlaciones de la relación médico/paciente con pacientes cancerosos (Rayer del Sarte, 1996) y las relaciones familiares de niños involucrados en problemas escolares de matón/víctima (Berdondini y Smith, 1996) .

La mayoría de los autores afirman que el FAST representa una mejoría sobre otras técnicas de colocación de figuras porque ofrece un procedimiento de evaluación que mide tanto cohesión como jerarquía, evalúa varios niveles familiares, permite la intepretación y la comparación de percepciones individuales y colectivas, brinda un punto de vista más complejo de la dinámica familiar y da información respecto a la organización familiar a través de diferentes situaciones. Afirman además que el FAST facilita a los clínicos el pronóstico del tratamiento, la planificación de intervenciones sistémicas y el control de las transformaciones estructurales que ocurren durante la terapia, favoreciendo el nexo diagnóstico-tratamiento.

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.
- Las familias de los niños con problemas escolares “matón/víctima”, presentan cohesión baja en el caso del “matón” y cohesión alta en el caso de “la víctima”.

Protocolo de entrevistas semiestructuradas

En la primera entrevista se convoca a la familia de procreación. Los hijos sólo son convocados si tienen más de siete años y si viven en el núcleo familiar. Los temas que se exploran para cada uno de los miembros de la familia son: la definición del problema con la descripción detallada de la conducta sintomática y la expresión de la problemática relacional concomitante, y los datos personales básicos de cada miembro de la familia: nombre, edad, procedencia, si hay o no factores de emigración, estudios, trabajo y salud. En el caso del PI se recogen las fechas y los datos personales de la evolución de los síntomas.

En la segunda entrevista se convoca únicamente a la pareja. Se recogen los datos del genograma de cada cónyuge, con un interés especial en las relaciones pasadas y actuales con los miembros de la familia de origen, especialmente con los padres respectivos. Como datos importantes se recogen la fecha y la causa de las muertes que se hayan producido, así como las relaciones con la familia del otro cónyuge y su evolución en el tiempo. Se intenta ver la relación de la aparición de los síntomas con los cambios en las relaciones y con las situaciones de pérdida y de dificultad.

En la tercera entrevista se convoca de nuevo sólo a la pareja conyugal. Se explora la "historia de amor": cómo y cuándo se conocieron, qué les atrajo al uno del otro (expectativas recíprocas), situación personal de cada uno en el momento de conocerse, evolución de la relación y los cambios significativos en función del ciclo vital y de los acontecimientos externos. También se recoge la cronología de la aparición de los síntomas y/o de las situaciones conflictivas, la aparición de elementos externos favorables/desfavorables y la existencia de requerimientos al "cónyuge sano" por parte de equipos terapéuticos anteriores de asumir roles de responsabilidad respecto al paciente.

Procedimiento

En primer lugar desde la Unidad de Psiquetría del Hospital de San Pablo, se seleccionan las familias. Los criterios de selección son los siguientes:

- Uno de los cónyuges ha sido diagnosticado como depresivo mayor o como distímico, según criterios del DSM-IV.
- Edad del paciente identificado entre 25 y 60 años.
- Convivencia de la unidad familiar en el momento de la pasación de las pruebas.
- Disponibilidad de todos los miembros de la familia para asistir a las sesiones.

En segundo lugar se informa a las familias de la investigación que se está llevando a cabo y se solicita su consentimiento para ser incluidos en ella. Se explica a las familias que participarán en cuatro sesiones, una primera de pasación del test FAST y tres de exploración y de recogida de información para poder establecer o no un contrato terapéutico. En todas ellas están presentes el terapeuta y el coterapeuta.

Después de la pasación del test y de las tres entrevistas semiestructuradas, el terapeuta y el coterapeuta analizan los resultados cualitativos de la entrevistas y consensúan las respectivas percepciones. Son de interés especial para esta investigación los datos sobre parentalidad, conyugalidad y patrones relacionales de la familia de origen del paciente identificado y de la familia de procreación, así como los datos sobre parentalización y triangulación de los hijos.

Finalmente se procede a la selección de los datos más destacables y al análisis de los mismos. Respecto al FAST, se han englobado las variables de representación típica, ideal y conflictiva, y se ha eliminado la información de los hijos porque ese grupo de la muestra no está representado en todas las familias y se prestaba a confusión.

Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos en esta investigación.

En primer lugar, se presentan tablas de datos, gráficas y un breve comentario para cada variable analizada (cohesión, jerarquía, estructura familiar y flexibilidad), cuantificadas a través del test.

En segundo lugar, se dan los resultados relativos a conyugalidad, parentalidad y patrón relacional en la familia de origen del paciente identificado y en la familia de procreación.

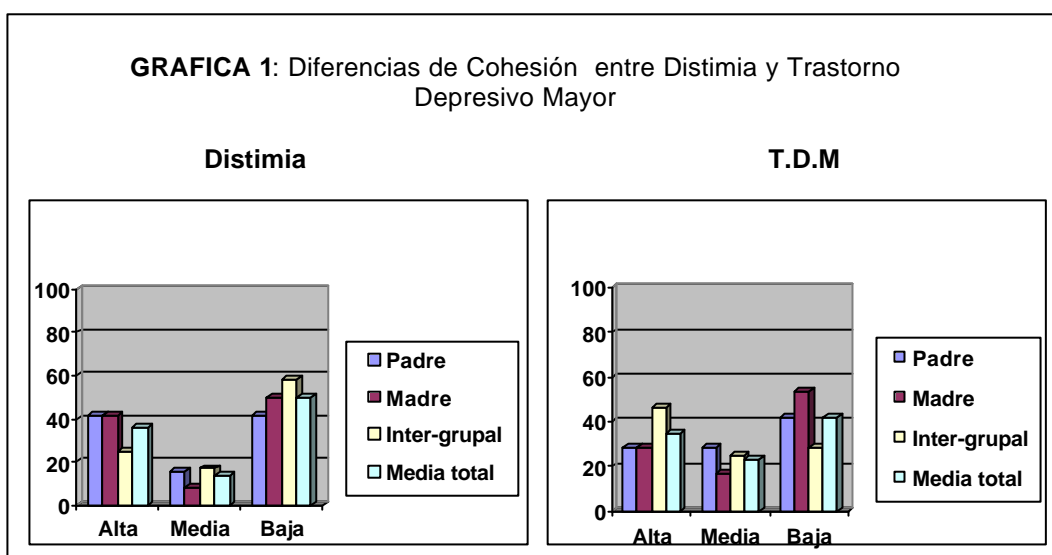
En ambos casos se comparan los datos obtenidos en familias con diagnóstico de distimia o de depresión mayor.

Finalmente, se presentan los datos que permiten comparar si hay relación entre las variables cohesión y jerarquía, medidas por el test, con la conyugalidad y la parentalidad, observadas en las entrevistas.

Es necesario señalar que la familia que presenta PI con trastorno bipolar no ha sido considerada en el análisis de los resultados. La muestra queda, por lo tanto, representada por 6 familias.

1. Resultados relativos al FAST

	DISTIMIA			T.D.M.		
	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 %

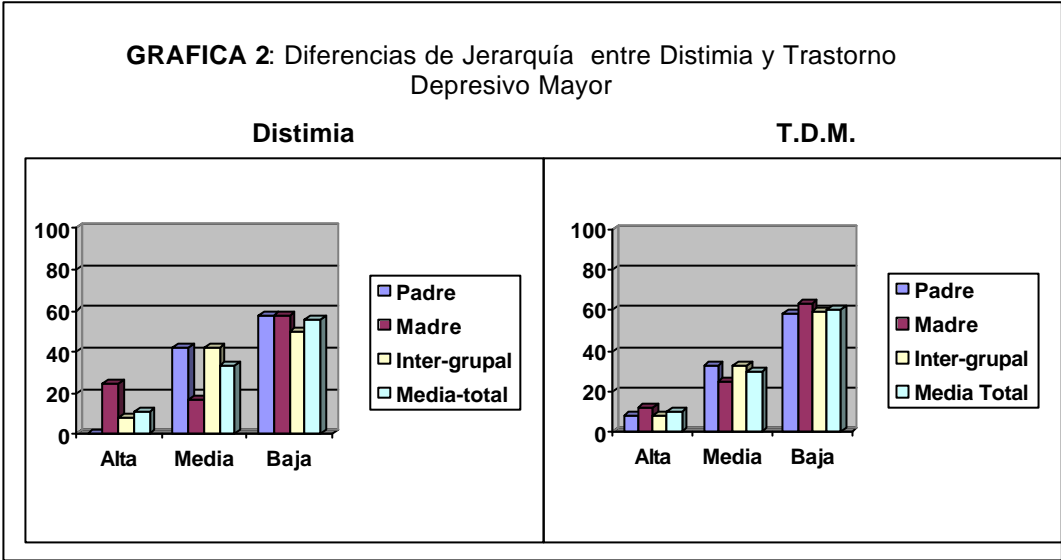


Tanto en las familias diagnosticadas de distimia como en las de TDM, los porcentajes más elevados se dan en cohesión baja y los inferiores en cohesión media. Ahora bien, si se comparan las representaciones individuales y las de grupo se observa una tendencia opuesta:

- en la 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 TDM, los puntuaciones en la cohesión alta de las representaciones individuales, inferiores a los de las familias distímicas, aumentan en la representación interfamiliar.

TABLA 2: Diferencias de Jerarquía entre Distimia y Trastorno Depresivo Mayor

	DISTIMIA			T.D.M.		
	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 %



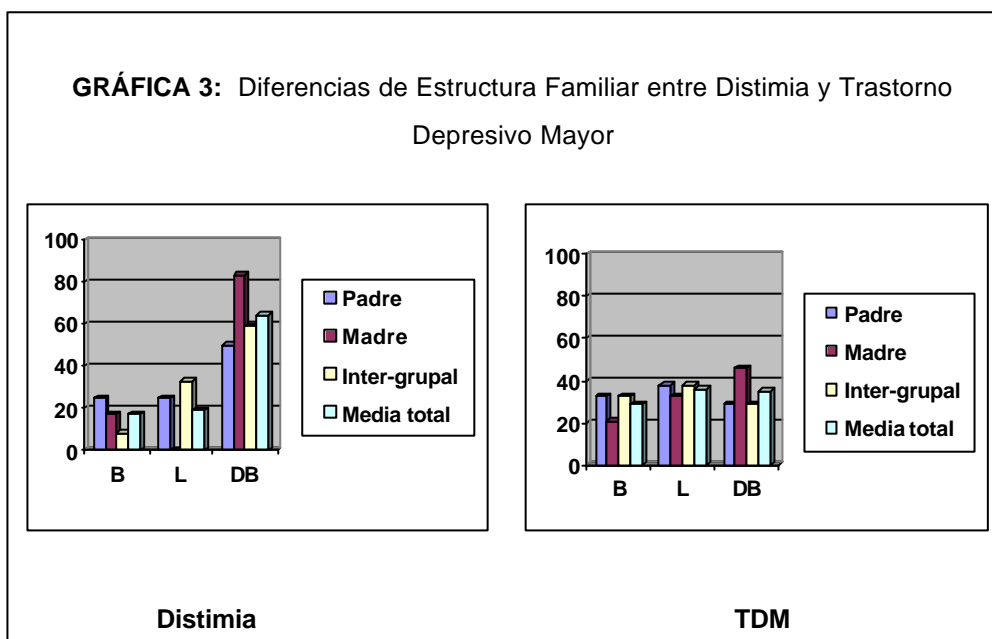
Tanto en la distimia como en el TDM, la jerarquía tiende a ser baja. No obstante, en la distimia a nivel de padre y a nivel interfamiliar destacan también las puntuaciones en jerarquía media.

Ésta podría ser una diferencia mínima entre los dos tipos de familias.

También habría que señalar que ningún padre de las familias distímicas ha puntuado en jerarquía alta (0%)

TABLA 3: Diferencias de Estructura Familiar entre Distimia y Trastorno Depresivo Mayor

	DISTIMIA			T.D.M.		
	BALAN-CEADA	LÁBIL	DESBA-LAN-CEADA	BALAN-CEADA	LÁBIL	DESBA-LAN-CEADA
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 %

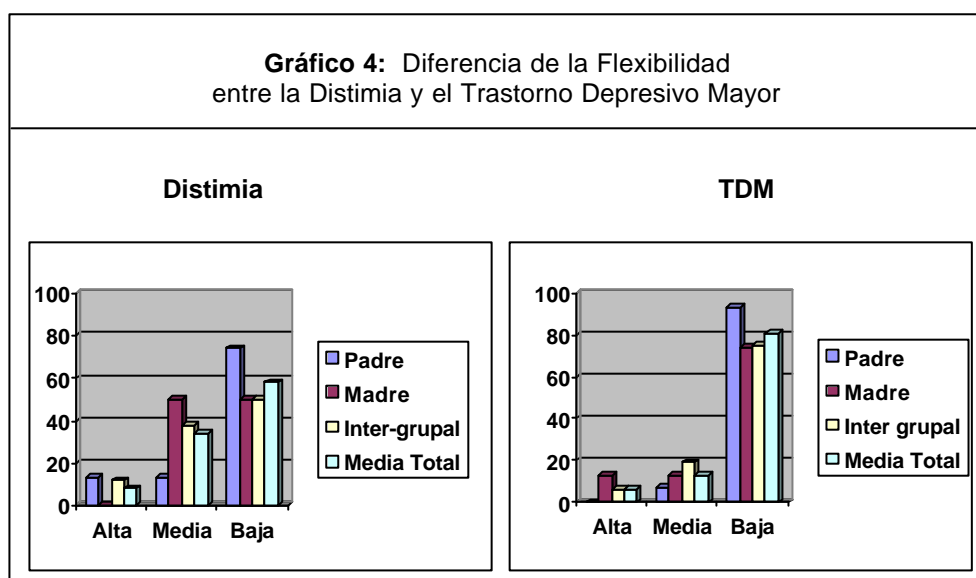


Destaca la estructura familiar desbalanceada en la distimia mientras que en los TDM los porcentajes quedan más repartidos entre las tres categorías.

Sobresalen las altas puntuaciones en estructura desbalanceada obtenida por las madres de ambos grupos. Este dato puede tener relación con el hecho de que la mayoría de PI son mujeres.

Tabla 4: Diferencia de la Flexibilidad entre la Distimia y el Trastorno Depresivo Mayor

	Distimia			T.D.M.		
	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 %



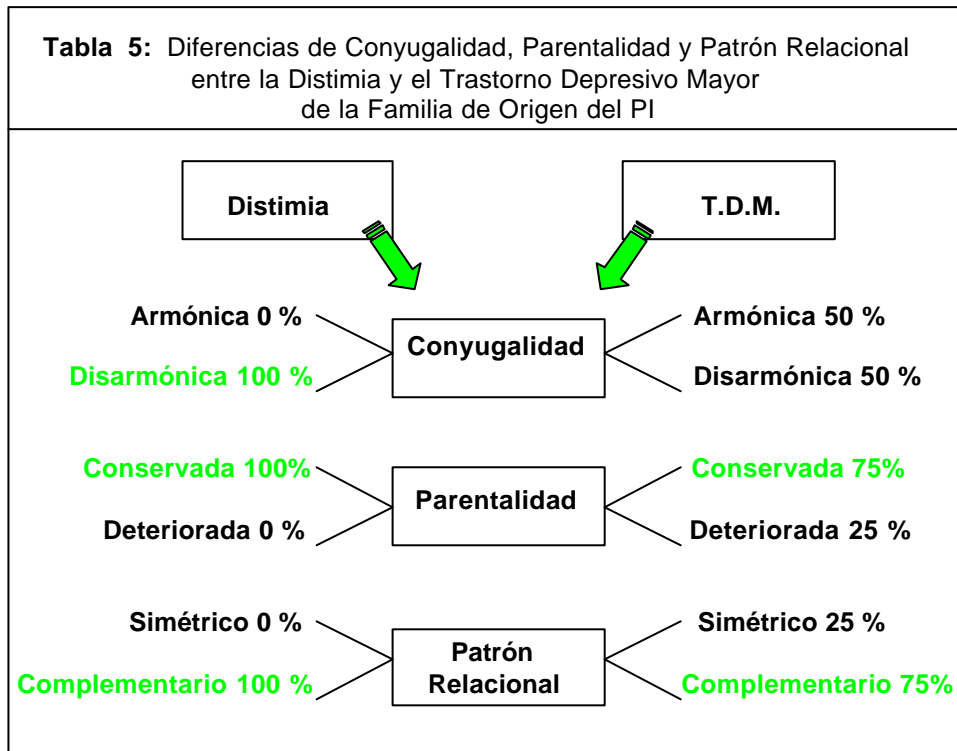
Se observa que las familias de los dos grupos tienden a la baja flexibilidad.

Hay que señalar que las familias distímicas distribuyen sus porcentajes en mayor medida entre flexibilidad media y baja.

Podría interpretarse que hay mayor rigidez en las familias con TDM.

Llama la atención la existencia de dos porcentajes 0 (cero) en flexibilidad alta, tanto en la distimia como en el TDM, en la figura materna en la primera y en la figura paterna en la segunda.

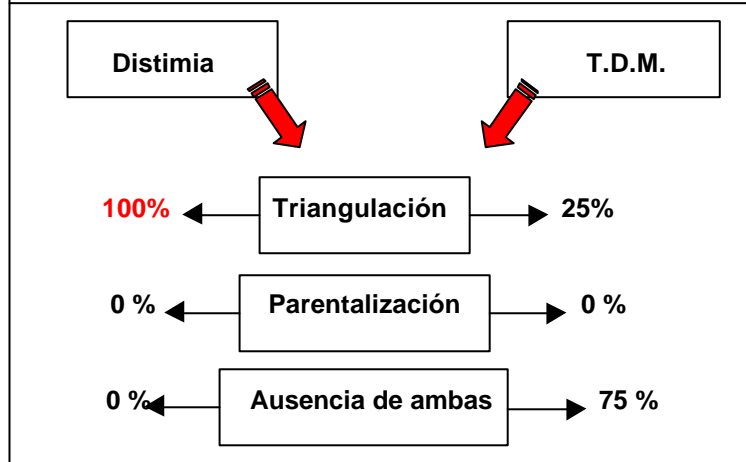
2. Resultados relativos a las entrevistas



Las familias de origen de PI con diagnóstico de distimia muestran en un 100% conyugalidad disarmónica, parentalidad conservada y patrón relacional complementario. Se cumplen las hipótesis del estudio para la conyugalidad y la parentalidad y se da la situación contraria en cuanto al patrón relacional.

Las familias de origen de los PI identificados con diagnóstico de TDM no muestran diferencias en la conyugalidad (50% armónica y 50% disarmónica), la parentalidad está conservada en un 75% de las familias y el patrón relacional es mayormente complementario (75%). No se cumplen las hipótesis del estudio para la conyugalidad y parentalidad y sí para el patrón relacional.

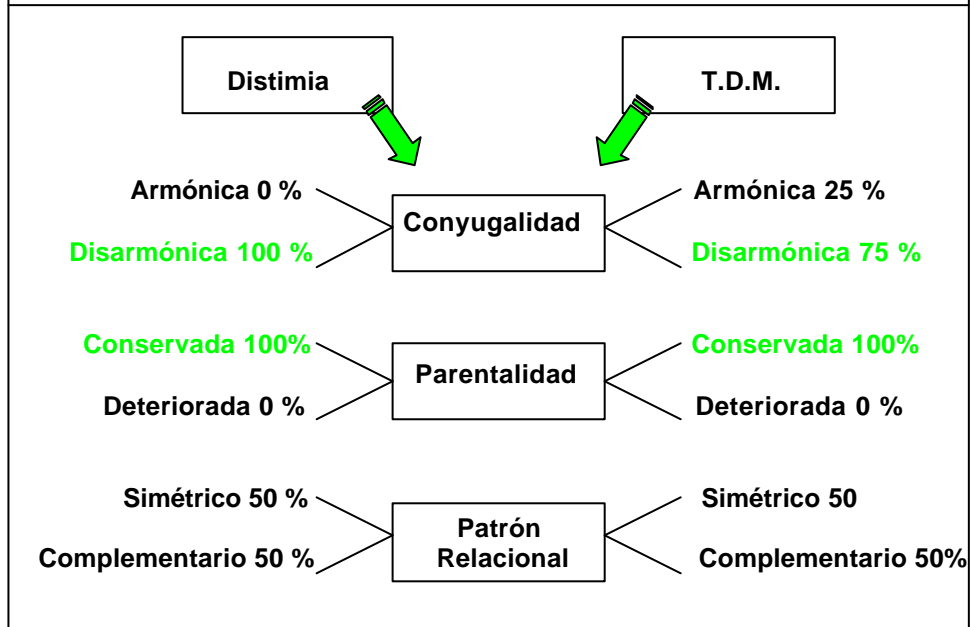
Tabla 6: Diferencias de Triangulación y Parentalización entre la Distimia y el Trastorno Depresivo Mayor de la Familia de Origen del PI



En todos los casos observados de distimia se ha dado triangulación del paciente identificado dentro de su familia de origen. Mientras que en el TDM se observa un 25% de casos en que el paciente identificado ha sido triangulado, el resto no presenta signos de triangulación ni de parentalización.

En el caso de la distimia se cumple la hipótesis de la triangulación de los hijos.

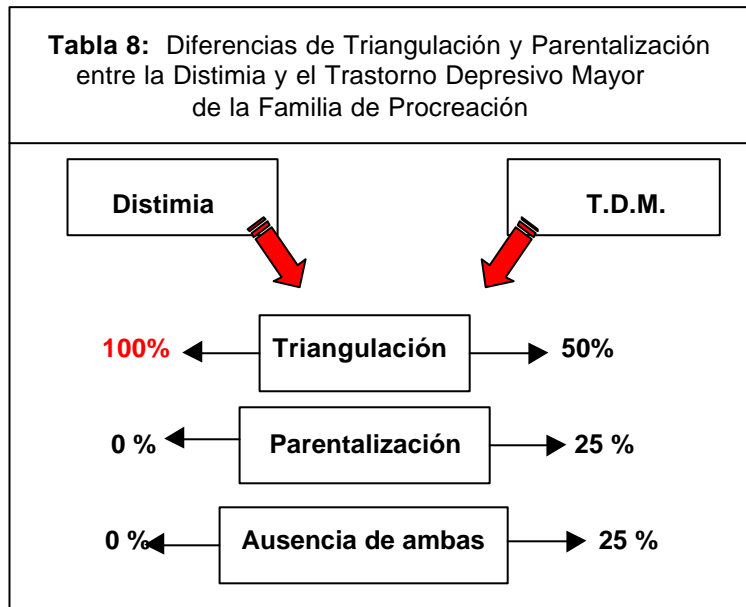
Tabla 7: Diferencias de Conyugalidad, Parentalidad y Patrón Relacional entre la Distimia y el Trastorno Depresivo Mayor de la Familia de Procreación



En lo relativo a las familias de procreación de pacientes distímicos, todos los porcentajes de conyugalidad y parentalidad coinciden con los obtenidos en relación a las familias de origen de los PI. No es así con el patrón relacional que se distribuye por igual entre simetría y complementariedad.

Estos datos parecen indicar una tendencia a la repetición del modelo de la familia de origen en la familia de procreación en lo que respecta a conyugalidad y parentalidad.

En las familias con TDM, hay mayoría con conyugalidad disarmónica (75%), un 100% de parentalidad conservada y el patrón relacional se distribuye por igual entre simetría y complementariedad (50%). No se cumple la hipótesis para ninguna de las tres variables.



En cuanto a la triangulación o parentalización de los hijos, coinciden los datos con los obtenidos en la familia de origen: hay triangulación en la familia cuyo PI fue triangulado en su familia de origen.

Estos datos no están a favor de la hipótesis que habla de la tendencia a la parentalización en las familias con TDM. En cambio, parece que prevalece la repetición del modelo familiar.

3. Comparación entre los resultados del FAST y de las entrevistas

TABLA 9: Relación de las variables cohesión / jerarquía con conyugalidad / parentalidad en familias de procreación.

	<i>fam 1</i>	<i>fam2</i>	<i>fam3</i>	<i>fam4</i>	<i>fam5</i>	<i>fam6</i>
DIAGNÓSTICO	TDM	TDM	TDM	TDM	DISTM	DISTM
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

Parece coherente pensar que puede haber una mayor relación entre los datos del FAST de nivel parental con la variable conyugalidad y entre los datos del FAST de 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.

No se observa que haya relación clara entre estas variables en las seis familias de la muestra.

Se remarca una vez más la tendencia a la jerarquía media y baja en todos los casos, siendo inferior la del nivel familiar.

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

Conclusiones

La muestra consta de 7 familias, de las cuales se ha excluido una por no cumplir los criterios diagnósticos, ya que el paciente identificado presenta un trastorno bipolar.

No ha sido posible tener en cuenta los datos de los hijos porque son insuficientes ya que tres de las familias tienen hijos menores de 6 años y las restantes solo tienen un hijo que vive en el domicilio familiar.

El hecho de ser una muestra tan pequeña hace que los resultados sean meramente descriptivos.

No obstante, podemos señalar algunas conclusiones:

Respecto a la distimia, los datos apoyan la hipótesis de flexibilidad y jerarquía bajas, mientras contradicen la hipótesis de cohesión alta ya que los resultados dan valores bajos.

Respecto al TDM, los datos contradicen la hipótesis de cohesión, jerarquía y flexibilidad altas, porque las familias asignan valores bajos a las tres variables.

Respecto a la estructura familiar, se dan más estructuras familiares desbalanceadas en la distimia.

En las familias de origen de los pacientes distímicos se cumple la hipótesis de conyugalidad disarmónica y parentalidad conservada. Este patrón se repite en sus familias. Sin embargo, las familias de origen de los distímicos, presentan un patrón de relación complementario que, según la hipótesis, correspondería a los depresivos mayores.

En las familias de origen de los pacientes depresivos mayores no se cumplen la hipótesis de conyugalidad armónica y parentalidad deteriorada, patrón que aún se cumple menos en la familia de procreación, ya que la parentalidad está básicamente conservada y no se observan diferencias entre conyugalidad armónica y disarmónica. Sí se cumple la hipótesis en cuanto al patrón relacional ya que es de complementariedad en la mayoría de las familias de la muestra.

Independientemente del diagnóstico, hay triangulación en la familia de procreación cuyo paciente identificado fue triangulado en su familia de origen. Se observa la tendencia a repetir el modelo familiar.

Independientemente del diagnóstico y de las puntuaciones obtenidas en cohesión y jerarquía, la parentalidad está conservada en todas las familias.

No se observa que haya relación en las variables cohesión y jerarquía, medidas por el test, con las de conyugalidad y parentalidad, observadas en las entrevistas: se da conyugalidad armónica/disarmónica independientemente de la cohesión y jerarquía, y se observa parentalidad conservada en todos los casos de la muestra, independientemente del resto de variables.

Discusión

El test FAST ha sido un instrumento valioso en esta investigación. Valoramos también su utilidad y potencia en el campo terapéutico porque permite una comunicación más fluída entre los miembros de la familia y favorece, por medio del lenguaje analógico, el descubrimiento y la expresión de aspectos emocionales y relacionales implícitos. Igualmente hemos podido comprobar que es muy adecuado para el trabajo terapéutico con niños y adolescentes, ya que, por su componente lúdico, estimula su interés y entusiasmo.

Sin embargo, se señalan algunos aspectos que pueden crear confusión en los resultados:

- Las representaciones individuales se suelen referir a situaciones concretas muy diferentes y esto dificulta la comparación o provoca sesgos al valorar las diferencias de percepción.
- Las familias muestran diferentes concepciones del concepto jerarquía y este hecho interfiere en la valoración de los resultados. Por ejemplo, un marido otorga a su mujer más jerarquía porque “está muy enamorado” de ella y otro, se concede más jerarquía a sí mismo porque para él es un esfuerzo meritorio “acabar haciendo lo que ella quiere”.

- La tendencia cultural a valorar positivamente la igualdad se refleja en el test dando valores bajos a la jerarquía. Ello puede enmascarar la diferencia entre los diversos tipos de familia.
- La dificultad de algunos sujetos de la muestra para comprender las consignas puede explicar en parte la baja flexibilidad ya que representaron de manera similar las tres situaciones: típica, ideal y conflictiva. Esta dificultad de comprensión puede influir en los resultados de la cohesión, debido a que se plasma más una situación concreta de distancia física que una representación simbólica de distancia emocional.

Los resultados obtenidos en este estudio son meramente descriptivos debido al pequeño tamaño de la muestra. No obstante, consideramos muy valiosa y rica la información resultante de relacionar las variables cuantitativas (FAST) y cualitativas (entrevistas semiestructuradas). Por esta razón se sugiere que en un próximo estudio se puedan agregar estos resultados y los obtenidos en las investigaciones previas, con el objetivo de llegar a conclusiones significativas. Asimismo, sería importante añadir los datos referentes al cónyuge del PI, porque en la mayoría de los casos se ha observado que también presentaban diferentes síntomas como depresión, ansiedad y alcoholismo.

Referencias

- Berdondini, Lucia y Smith, Peter K. (1996) Cohesion and power in the families of children involved in bully/victim problems at school: An Italian replication. *Journal of Family Therapy*, Vol. 18(1): 99-102
- Campo, Carmen (1999) Seminario presentado durante al Curso Lectivo 98-99: "Terapia de Pareja: su aplicación a la conflictiva conyugal con patología concomitante".
- Cancrini, L. (1996) La caja de Pandora. Barcelona: Editorial Paidós.
- Gehring, Thomas M. y Marti, Daniel (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*. Vol. 35(3): 551- 553
- Gehring, Thomas M.; Braegger, Fabienne; Steinebach, Christoph; Buntschu, Brigitta y Woessmer: Family System Test (FAST): A systemic approach to the analysis of social relationships in the clinical context. Editado por Boothe, Brigitte (Ed); Hirsig, Rene (Ed); et al. (1995). 175 pp. (Monografías suizas en Psicología, Vol. 3. Basadas en la 3ª Conferencia de la Sociedad Psicológica Suiza de la U de Zurich, Suiza, Ag 1993.)
- Gehring, Thomas M.; Marti, Daniel y Sidler, Andrea: Family System Test (FAST) (1994) Are parents' and children's family constructs either different or similar, or both? *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 25(2): 125-138
- Gehring, Thomas M. y Marti, Daniel (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*. Vol. 35(3): 551- 553
- Gehring, Thomas M.; Candrian, Michele; Marti, Daniel y Rayer del Sarte, Olivier: Family System Test (FAST) (1996) The relevance of parental family constructs for clinical intervention. *Child Psychiatry and Human Development*. Fal; Vol. 27(1): 55-65
- Haaga, David y Beck, Aaron (1993) Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, Vol. IV(13): 29 - 40
- Hatta, Takeshi y Tsukiji, Noriye (1993) Characteristics of Japanese family: Evidence from the results of the doll location test by university students. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*. Vol. 36(4): 235-240
- Linares, Juan Luis (1990) Schismogenesi e interazione depressiva. *Psicobiettivo*, Vol. X, 2
- Linares, Juan Luis (1993) La dimensión relacional de las depresiones. *Revista de Psicoterapia*, Vol. IV(13): 67 – 75
- Linares, Juan Luis (1996) Identidad y narrativa. Barcelona: Editorial Paidós

- Manfrida, Gianmarco y Melossi, Alessandra (1996) En los orígenes de la depresión: la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediciones sociales. *Redes*, Vol. I. Editorial Paidós.
- Rayer del Sarte, Olivier (1996) Psychosomatique et chronicite. Debat avour d'une recherche. *Therapie Familiale*, Vol. 17(2): 225-239
- Rigazio DiGilio y Sandra A.: The Family System Test (FAST) (1993) A spatial representation of family structure and flexibility. *American Journal of Family Therapy*, Vol. 21(4): 369- 375
- Vella, Gaspare y Loriedo, Camillo (1993) Comprensión y tratamiento del síndrome depresivo desde la perspectiva sistémica. *Revista de Psicoterapia*, Vol IV(13): 53 - 65