

LLORAR EN COMPAÑÍA: CLAVES PARA UNA APROXIMACIÓN RELACIONAL A LAS DEPRESIONES

Esperanza López Sánchez, Inmaculada Ros Pallarés y Esperanza de Rueda Villén

RESUMEN El presente trabajo pretende posibilitar un acercamiento a los trastornos depresivos desde el enfoque Sistémico-Relacional con su conceptualización teórica, diagnóstica e interventiva, en la que tomamos como referente **la red de relaciones familiares y sociales de las que la persona portadora de los síntomas forma parte y el significado proporcionado por ese contexto a tales relaciones y síntomas**. Las estrategias de intervención aún con una base común, se agrupan en diferentes escuelas y se dirigen a la consecución de cambios funcionales ya sea en los aspectos comunicacionales y estructurales o en el significado que proporciona el sistema a la sintomatología.

PALABRAS CLAVE Contexto, paciente identificado, circularidad, estructura, simetría, complementariedad, aglutinamiento, equipo terapéutico.

ABSTRACT In this work we try to make possible an approach to the depressing disorders from a systemic-relational viewpoint. Two referents are taken for its theoretical, as well as diagnostic and operative, conceptualization. On one side, the family and social relations network in which the person with the symptoms takes part. On the other side, the meaning provided by that context to those relations and symptoms. The strategies for operation can be grouped in different schools, although they have a common basis. All of them aim to obtain functional changes either in structural and communication aspects or in the meaning supplied by the system to the symptomatology.

KEY WORDS Context, identified patient, circularity, structure, symmetry, complementarity, therapeutic team.

PUNTOS DE PARTIDA

- **Los síntomas** → Estado de ánimo depresivo, disminución del interés o la capacidad para el placer, pérdida de peso, insomnio, pérdida de energía... son algunos de los síntomas que el DSM-IV utiliza para describir ese sentimiento trágico de la vida que genéricamente llamamos “depresión”.
- **El enfoque** → Centramos en el contexto, tanto para buscar el significado de esos síntomas como para encontrar alternativas funcionales, es el prisma bajo el que centramos nuestras intervenciones los terapeutas familiares.
- **El abordaje** → Los trastornos depresivos aparecen desde los enfoques biologicistas como un paradigma de la “enfermedad mental” que puede ser tratada eficazmente con fármacos, si bien la facilidad y frecuencia con que se producen recaídas ha llevado a los diferentes enfoques psicoterapéuticos a plantear variadas hipótesis explicativas y modelos de intervención más o menos específicos, ya que en la clínica estos trastornos se situarían en el “hit parade” de los motivos de las demandas de intervención. Compartimos con Manfreda y Melosi la opinión de que la respuesta a estas demandas pasaría por la integración a nivel teórico y terapéutico de los aspectos bioquímicos, intrapsíquicos, cognitivos y relacionales, defendiendo con ellos una visión comprensiva no excluyente de las situaciones.
- Pretendemos en este artículo posibilitar un acercamiento a la forma de entender e intervenir en estos trastornos del estado de ánimo desde la teoría y la praxis sistémico-relacional, en base a las investigaciones y publicaciones de diversos autores. Hemos agrupado las informaciones estudiadas en los siguientes puntos:
 1. Algunos aspectos diagnósticos
 2. Abordaje relacional de las intervenciones:
 - a) *Intervenciones individuales, de pareja y/o familiares*
 - b) *Guías metodológicas*

c) *Algunas estrategias de intervención en las depresiones*

vante para definir el problema en términos comunicacionales y de sistema.

1. Algunos aspectos diagnósticos

Pretendiendo no caer en la trampa del “efecto dormitivo” descrito por Bateson como explicación de los síntomas por alusión al propio rótulo diagnóstico del que forma parte, y buscando en el diagnóstico, de acuerdo con Ceberio, el papel de guía u orientador del profesional en el proceso de intervención y en el diseño de estrategias, incluimos en nuestra “descripción diagnóstica” los aspectos relacionales que sitúan al paciente identificado –Pi: persona depositaria de los síntomas– en el sistema en que se desenvuelve (familia de origen, familia nuclear, pareja...) y en interacción con otros sistemas (laboral, cultural...).

Campo y Linares en una investigación de reciente publicación toman, como referencia, la clasificación de los trastornos depresivos propuesta por la APA en el DSM-IV en la que se considera los trastornos del estado de ánimo, como una categoría diagnóstica en la que se incluyen el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno distímico y el trastorno bipolar; centrando su investigación en los dos primeros y planteando una visión relacional de los fenómenos depresivos en la que:

- *Los Pi con TDM*, forman parte de familias en las que las figuras parentales presentan una conyugalidad armoniosa, con una organización aparentemente aglutinada, aunque tras una fachada de corrección y cordialidad, suelen aparecer fondos más desligados con normativas rígidas y altos niveles de exigencia. En su funcionamiento con la propia pareja desarrollan complementariedades rígidas.
- *Los Pi distímicos*, forman parte de familias en las que las que la pareja parental ha desarrollado una conyugalidad disarmónica, incapaz de resolver solos sus propios conflictos y en las que los hijos se han visto involucrados con los padres en juegos relacionales complejos –triangulaciones manipulativas, coaliciones transgeneracionales...–, con climas emocionales explosivos y divisiones familiares en “bandos” excluyentes. En el funcionamiento de la propia pareja desarrollan una simetría inestable.
- El punto de vista sistémico se interesa por la persona definida, en general, como depresiva, en tanto que presenta una inadecuación funcional en un determinado contexto; siendo esta inadecuación rele-

2. Abordaje relacional de las depresiones

a) *Intervenciones individuales, de pareja y/o familiares:*

Cuando un terapeuta sistémico se encuentra ante una demanda de intervención de una persona con trastornos del estado de ánimo, tiene una diversidad amplia de espacios en los cuales puede intervenir, dependiendo de múltiples factores que iremos enumerando para ejemplificar los distintos campos de intervención sin pretender ser exclusivos ni excluyentes.

Si la persona que pide nuestra ayuda es la portadora de los síntomas, realizaremos un análisis de la demanda teniendo en cuenta la situación del ciclo vital en que se encuentra, existiendo para nosotros una diferencia importante si está conviviendo con la familia de origen, si ha creado su propia familia, si está viviendo sola o si tal vez está en un delicado momento de individuación personal. Estamos haciendo referencia al momento del ciclo de vida familiar en que la persona está inmersa, siendo este concepto de importancia para orientar nuestro trabajo. Por ejemplo, en las fases de transición – el hijo adulto que abandona el hogar, el niño que comienza la etapa preescolar separándose por vez primera largo tiempo de la madre, o la etapa de padres mayores que necesitan un plus de cuidados – son momentos críticos que exigen una reestructuración y a veces entrañan una revisión de los compromisos relacionales entre los miembros de una familia.

Circunstancias diferentes son si la persona demandante de ayuda, realiza la petición por delegación de otro (puede ser el propio paciente designado quien delega, el médico de cabecera, otros familiares o amigos...). Analizaremos en qué circunstancias se produce esa delegación y los elementos familiares y sociales que están interviniendo en el proceso de la demanda.

Nuestras áreas básicas de intervención pueden ser: la persona que padece los síntomas, la pareja conyugal y/o la familia. Estos tres campos pueden ser combinados entre sí; por ejemplo, en un primer momento podemos intervenir con el paciente designado para trabajar en un segundo momento con su pareja o con toda la familia. O bien privilegiar un espacio con la persona y otro con la familia alternativamente

Cuando la intervención se realiza con el paciente designado, el terapeuta sistémico no puede olvidar el con-

texto relacional del cual aquel forma parte. Siguiendo a Cancrini, “la palabra depresión usada de manera aislada, no tiene un significado útil en psiquiatría ni en psicoterapia”. El contexto relacional, es el sistema o los sistemas de referencia del sujeto, tanto cognitivos como emocionales: la familia y la red social, y es en él, donde adquieren sentido los síntomas individuales.

Cuando la intervención se realiza con la pareja, analizamos el nivel relacional, en sus dimensiones de simetría y complementariedad que aparecen en las interacciones; la rigidez en algunos de esos dos polos, suele ser un aspecto concomitante con los síntomas depresivos, por lo que en muchos casos, hay que centrar la intervención en un primer momento, en estos aspectos rígidos de la relación, con lo que a veces también se consigue una mejoría de los síntomas. Aún cuando en Sistémica una de las reglas de oro es “hablar en el lenguaje de los consultantes”, en los casos de pacientes muy rotulados como “depresivos”, los terapeutas debemos cuestionarnos y cuestionar a la pareja dicha designación; porque el problema ya no es sólo la designación de enfermo, sino a qué situaciones le lleva “ser enfermo” (por ejemplo: desvinculación de compromisos familiares y sociales) y eso depende del significado que la pareja adjudica a la palabra depresión. A veces, tras la remisión de los síntomas más angustiantes, los cónyuges, manifiestan su deseo de realizar un trabajo de pareja en mayor profundidad.

Existen autores que hacen hincapié en la importancia de la historia de vida y la interdependencia trigeracional, por lo que llevarán a sesión a los padres de cada uno de los miembros de la pareja, haciendo aprender a ver al otro miembro, cómo se desarrollan las relaciones entre su cónyuge y sus figuras parentales, para que pueda obtener una nueva comprensión de sus propios estilos relacionales, aprendidos en su familia de origen, y los de su pareja.

Cuando la intervención se realiza con toda la familia, rastreamos qué supone la palabra “depresión” para cada uno de los miembros, porque uno de nuestros objetivos es desentrañar el sistema de creencias, los mitos y las premisas abstractas relacionadas con las ideas de enfermedad mental y con las ideas de salud y de supervivencia, para que sean ellos mismos quienes encuentren los pensamientos que gobiernan ciertas actitudes y ciertas conductas que les mantiene en una situación de sufrimiento, aún cuando sea un miembro quien lo esté mostrando. Siguiendo a Lynn Hoffman, cada vez nos convence más la idea de que los proble-

mas existen en el dominio del significado, y éste es compartido por toda la familia.

Como ya apuntábamos más arriba, el trabajo familiar no excluye sesiones individuales si la situación del paciente identificado lo requiriese, como por ejemplo la situación del adolescente en fase de desvinculación, o de la mujer-madre-esposa que expresa su cansancio del rol impuesto y su necesidad de reorganizar sus relaciones familiares...

En el trabajo con la familia, con frecuencia encontramos que todos los miembros suelen mostrar una especie de habituación a la situación, por la que la interacción familiar sería como las olas del mar: a cada movimiento de individuación por parte del paciente identificado, corresponde un aumento de ansiedad por parte de la familia, desencadenando una crisis; produciéndose un paso atrás en el proceso de individuación, y la persona pasa de nuevo a su anterior dependencia. Cuando aparece la calma en la familia, el paciente identificado comienza un nuevo movimiento de separación, y el ciclo se pone en marcha de nuevo. Este es un “juego” que aparece en las familias muy cohesionadas y con un fuerte aglutinamiento que a veces permanece latente, hasta que un elemento externo, como la aparición de nuevas relaciones del mundo de “afuera”, por ejemplo, son vividas como amenazantes para la integridad de la familia, pudiendo desencadenar una crisis en alguno de los elementos del sistema.

b) Guías metodológicas:

◇ Herramientas → Los terapeutas sistémicos damos especial importancia al papel del equipo en las intervenciones y solemos utilizar para nuestro trabajo el espejo unidireccional.

◇ Proceso → La intervención se desarrolla de acuerdo con los siguientes pasos:

1) Partir de la conceptualización de la “Teoría de Sistemas”, según la cual se consideran en el funcionamiento del sistema familiar 4 propiedades fundamentales: Unidad, homeóstasis, morfogénesis y causalidad circular.

- Comprender el síntoma depresivo desde el concepto de unidad supone entenderlo dentro del marco ecológico de relaciones en el que se halla inmerso.
- Homeóstasis y morfogénesis se entienden como fases del proceso de desarrollo que posibilita la evolución de los sistemas.
- Un/a Pi depresivo/a puede aparecer como una necesidad del sistema, para mantener su homeostasis.

- Desde la causalidad circular, el síntoma depresivo se explica como una concatenación de conductas familiares.

2) Analizar las interacciones a la luz de la “Teoría de la Comunicación Humana”, lo que supone observar los efectos pragmáticos de los intercambios comunicacionales, tanto verbales como no verbales.

3) Elaborar hipótesis relacionales respecto a los síntomas depresivos.

4) Plantear las estrategias a seguir para introducir cambios funcionales en el sistema familiar.

5) Valorar la consistencia de los cambios de acuerdo con las hipótesis establecidas.

c) *Algunas estrategias de intervención en las depresiones:*

A partir del paradigma Sistémico - Relacional se crearon gran variedad de escuelas, que han ido evolucionando desde los años 50 hasta la actualidad, no se trata en este artículo de detallarlas pero sí queremos señalar cómo desde diferentes escuelas se puede intervenir sobre la depresión:

- **Escuela estructural:** El abordaje sistémico-relacional centrado en la estructura, que desarrolló S. Minuchin se basa fundamentalmente en explorar y analizar los indicadores de la disposición de los límites familiares e inferir las reglas que gobiernan esos límites y el manejo de poder y autoridad en una familia, donde haya un paciente con síntomas depresivos.

Un terapeuta estructural se centrará en analizar cómo afectan los síntomas depresivos al funcionamiento familiar, y en evaluar las estructuras disfuncionales del sistema (dificultades en el establecimiento de las fronteras, confusión en la jerarquía familiar, existencia de coaliciones, alianzas o triangulaciones...). Generalmente trata de desequilibrar el funcionamiento establecido, sin intervenir directamente sobre los síntomas.

Es una terapia de acción, de movimiento. El cambio está en función de los cambios en la sesión. El terapeuta facilita que los miembros de la familia practiquen nuevas maneras de relacionarse; diferenciando los subsistemas intervinientes, marcando límites y alentando pautas de comunicación no sintomáticas, más positivas.

Algunas de las técnicas que se pueden utilizar desde la escuela estructural son: *desequilibramiento; desafío; reencuadre; redefinición; prescripciones*

reestructurantes y técnicas activas: desplazamientos de lugar, dramatización, juego de roles, escultura...

- **Constructivismo:** El abordaje sistémico-relacional centrado en la visión del mundo, en el sistema de creencias, se basa en que cada uno de nosotros lleva consigo un “Mapa mundo”, una representación o una concepción que conduce a construir lo que se percibe como realidad.

El terapeuta parte del relato que la persona, pareja o familia ha construido de sus vidas y de la situación en que están inmersos, y puede proponer al paciente, pareja o familia otras visiones de su realidad, ayudándoles a crear una nueva narrativa, en la que incorporen elementos alternativos a los síntomas depresivos, en una relación que ya no los necesiten para alcanzar el equilibrio.

Según Lynn Hoffman, el problema existe solamente en el dominio de los significados; por lo que en esta corriente lo que adquiere importancia es la significación atribuida a la depresión.

Algunas de las técnicas que podemos utilizar desde el constructivismo son: *creación de relatos, cuentos, historias, metáforas, externalización, preguntas circulares, reflexivas...*

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association: DSM – IV.
- Bateson, G. (1977). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Edit. Carlos Lohlé.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora*. Edit. Paidós.
- Hoffman, L. (1990). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Revista “Sistemas Familiares”*.
- Linares y Campo (2000). *Tras la honorable fachada*. Edit. Paidós.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Edit. Granica.
- Manfrida y Melosi. En los orígenes de la depresión: la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediaciones sociales. *Revista “Redes”, vol. 1, nº 1*.
- Nardone, G. (1995). *Miedo, pánico y fobias*. Edit. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1993). *El arte del cambio*. Edit. Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Edit: Paidós.