

**Morgado, Susana E.**

*Depresiones crónicas-intervenciones integrativas y la relevancia de una orientación psicoeducativa*

**Tesis de Licenciatura en Psicología  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación**

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Morgado, S. E. (2007). *Depresiones crónicas-intervenciones integrativas y la relevancia de una orientación psicoeducativa* [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en:  
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/depresiones-cronicas-intervenciones.pdf> [Fecha de consulta:...]



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

***“DEPRESIONES CRÓNICAS –  
INTERVENCIONES INTEGRATIVAS Y  
LA RELEVANCIA DE UNA  
ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA”***

TESISTA : LIC. SUSANA E. MORGADO

DIRECTOR : DR. FERNANDO LINARES

CO-DIRECTOR : DR. RICARDO J. SARDI

MENDOZA, Julio de 2007.-

# **INDICE**

<b>I- RESUMEN</b>	Pág. 6
<b>II- PALABRAS CLAVE</b>	Pág. 9
<b>III- INTRODUCCIÓN</b>	Pág. 11
<b>IV- DESARROLLO</b>	Pág. 18
<b>CAPÍTULO I</b>	Pág. 19
A - Conceptos Generales	Pág. 19
B - Teorías acerca de la Depresión	Pág. 21
C - La Distimia como entidad de mayor prevalencia entre pacientes depresivos crónicos	Pág. 32
D - El impacto bio social de las depresiones crónicas	Pág. 36
<b>CAPÍTULO II</b>	Pág. 38
A – Consideraciones específicas acerca del paciente depresivo crónico	Pág. 38
A – 1. Autoconcepto – Sistema Self	Pág. 38
A – 2. El esquema cognitivo dominante	Pág. 46
A – 3. El paciente depresivo – sus interacciones sociales – su familia	Pág. 51
<b>CAPÍTULO III</b>	Pág. 55
A – Postulados desde las diversas perspectivas terapéuticas	Pág. 55
A – 1. Enfoque Psicodinámico	Pág. 55
A – 2. La Perspectiva Cognoscitiva	Pág. 57
A – 3. Perspectiva Cognitivo – Conductual	Pág. 58
A – 4. Enfoque Interpersonal	Pág. 58
A – 5. La Perspectiva Farmacoterapéutica	Pág. 61
A – 6. La Perspectiva Sistémica	Pág. 71
A – 7. Terapia Humanístico – Existencial	Pág. 73

A – 8. Estilos de Terapias No Convencionales	Pág. 79
A – 9. Las Perspectivas Constructivistas	Pág. 81
<b>CAPÍTULO IV</b>	Pág. 86
A – Hacia la propuesta de intervenciones combinadas (Modelo de Tratamiento Integrador de la Distimia)	Pág. 86
B – Esencia del Modelo Integrativo - Su Efectividad	Pág. 117
B – 1. Postulados Básicos de la Psicoterapia Integrativa	Pág. 122
B – 2. Principios de Influencia	Pág. 124
C – La Orientación Psicoeducativa como aspecto relevante en el Abordaje Terapéutico Integral	Pág. 127
<b>V – CONCLUSIONES</b>	Pág. 132
<b>VI – ANEXOS</b>	Pág. 137
<b>VII – GLOSARIO</b>	Pág. 164
<b>VIII - BIBLIOGRAFÍA</b>	Pág. 166

# AGRADECIMIENTOS

**A Santiago**, mi amado hijo, a través de quien miro a la vida con el cristal del optimismo y la esperanza, inspirándome a trabajar día a día, en mis recursos internos.

**A mis padres**, a quienes les debo este camino que sigo andando, con una inagotable aspiración por conocer, saber y hacer ...

**A mis hermanos, Germán y María Esther**, con quienes “retroalimentamos aprendizajes”, en este apasionante escenario que es la vida.

**A mis formadores**, quienes desde su amplitud y capacidad cumplen con la desafiante misión de sembrar en el saber y en la entrega.

**A mis compañeros de trabajo** quienes, sin saberlo, promueven que explore y potencie lo mejor que pueda dar, en el hacer cotidiano.

**A mis colegas y, esencialmente amigas/ os**, que me entregan lo mejor que un ser humano puede dar a otro, su sí – mismo y su amor.

**A quienes me dirigieron e instruyeron en esta labor**, que generosamente desde su saber y su experiencia, me aportaron la necesaria motivación y seguridad para seguir explorando y “co- construyendo” acerca del enigmático acontecer humano.

**Al Espíritu Santo**, que sigue siendo convocado por el corazón de esta fiel, en permanente búsqueda de la **Verdad**.

# **I-RESUMEN**

El presente trabajo se orienta a explorar y profundizar el conocimiento acerca de esta temática, a partir de un minucioso rastreo bibliográfico que incluya los antecedentes históricos que le sirven de sustento, así como sus consideraciones actuales ; siguiendo una metodología de orden descriptivo y la exposición de casos testigos que permitan explicitar con precisión los contenidos, particularmente desde una instancia correlacional entre las variables consideradas : el modelo de abordaje terapéutico, las intervenciones integrativas, las estrategias psicoeducativas, también la sintomatología y la calidad de funcionamiento general del paciente, como “respuesta” a este modelo terapéutico combinado.

Los Trastornos Depresivos Crónicos, conforman un complejo tópico que cada vez adquiere mayor impacto en nuestros días y en el sector Salud ; por su frecuencia en los ámbitos de consulta ; por su dificultad en la elaboración de diagnósticos diferenciales ; por sus recurrencias y hasta por un “dominio popular” que existe sobre el tema y que se traduce en el lenguaje habitual de las personas, en el cotidiano devenir de su existencia.

En este contexto, se hace una detallada descripción clínica de estos trastornos, así como de sus perfiles de mayor incidencia : el autoconocimiento y la compleja gama de las interacciones sociales. Se presenta además, una síntesis del Plan Estratégico de Abordaje Integral que se implementa en nuestro país, como claro ejemplo de articulación sistemática de estrategias, organizada en torno a un eje integrador bio-socio-cognitivo-conductual.

Es posible hacer referencia al múltiple impacto positivo que se logra a partir de una mirada integrativa sobre estos trastornos, y a la relevancia que en este marco, adquieren las intervenciones psicoeducativas, ya que esencialmente se orientan a “promover salud” en quienes consultan. Conforme se anuncia en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Carta de Ottawa - Canadá, 1986), la promoción de la salud se orienta a posibilitar a todos los seres humanos una gran medida de autodeterminación sobre su salud, y con ello, capacitarlo para su afrontamiento.



La importancia de la implementación de estrategias psicoeducacionales reside en que mediante las mismas, se abre espacio para la alianza terapéutica ; paciente y terapeuta redefinen el problema ; el paciente accede al conocimiento sobre la naturaleza de su trastorno ; ejercita su libertad para aceptar las propuestas terapéuticas, generando expectativas realistas ; promueve cambios de actitud en quienes interactúan cotidianamente con él (su familia) potenciando la necesaria plasticidad terapéutica, los recursos personales, y especialmente, convoca a “mantener la esperanza”.

## **II - PALABRAS CLAVE**

- \*Depresiones Crónicas
- \*Multifactorialidad
- \*Terapias
- \*Modelo Integrativo
- \*Estrategias Psicoeducacionales
- \*Autoconocimiento
- \*Interacciones Sociales
- \*Plan Estratégico

## **III-INTRODUCCIÓN**

Conforme al sondeo bibliográfico realizado y las conclusiones de las fuentes consultadas, es posible advertir la recurrencia con que se señalan las dificultades que suelen presentarse a la hora de establecer diagnósticos precisos en torno a las Depresiones Crónicas.

Su complejidad, su persistencia sintomática, la interurrencia de otros fenómenos depresivos (con los riesgos que implica) y hasta el frecuente enmascaramiento por otras patologías concurrentes, parecen conformar una expresión paradigmática del sufrimiento humano; interfiriendo en su encuadre nosológico y por ende, en el acceso a tratamientos adecuados.

Alberto M. Bertoldi, (2003) al hablar de este trastorno, lo refiere como “dolencia grave e invalidante”, destacando la necesidad de poner luz sobre esta afección oculta y más frecuente de lo que se cree, que por su cronicidad es causa de serias consecuencias no sólo personales, sino también sociales y económicas. También observa, que es preciso continuar trabajando sobre la progresiva modificación de la mirada pesimista que se ha tenido sobre los diversos abordajes terapéuticos; y que los últimos avances psicofarmacológicos, como los psicoterapéuticos específicos que se están desarrollando, constituyen sólidos aportes para obtener información actualizada y un conocimiento jerarquizado sobre el tema que orienten hacia perspectivas más integradoras en la evaluación de estos trastornos, y hagan posible la combinación de estrategias terapéuticas.

A partir de la **problemática** planteada entonces, los **Objetivos** que orientan el presente trabajo son:

#### **Generales:**

- Destacar la efectividad de las intervenciones combinadas, como estrategias que garantizan una perspectiva integral sobre toda la complejidad implicada en las Depresiones Crónicas.
- Confirmar la relevancia de una Orientación Psicoeducativa, como recurso terapéutico que aporta sustentabilidad a los cambios esperados en el funcionamiento general del paciente.

### **Específicos:**

- Describir las manifestaciones clínicas de las Depresiones, conforme a las teorías desarrolladas al respecto.
- Propiciar un marco descriptivo específico de las Depresiones de curso crónico, así como precisar aspectos diferenciales y su comorbilidad.
- Reconocer la amplia gama de abordajes terapéuticos que, desde diversas perspectivas, se proponen la evaluación y contención de las depresiones cronificadas.
- Destacar estrategias de naturaleza psicoeducativa, orientadas a la promoción de cambios superadores en el funcionamiento general del paciente.

Especialmente en tiempos actuales y en ámbitos propios del quehacer en Salud, adquiere relevancia el diseño e implementación de estrategias que genuinamente estén orientadas a la prevención, protección y promoción de este invaluable Bien Común, y muy particularmente hacia el eje de la Salud Mental, cuyo desarrollo conceptual en nuestro país, encuentra diversos aportes. Uno de ellos, es el de Bermann (1966) quien entiende que una dimensión central de la salud humana es una SALUD MENTAL POSITIVA, es decir, una vida plena de sentido, útil para sí misma y para los demás, sana y alegre. (1)

Para este autor, la salud mental y moral se unen en un mismo concepto con la dignidad del ser humano, su bienestar material y espiritual; y puntualiza la capacidad, “el coraje” que debe tener para modificarse a sí mismo en la justa medida, así como en crear nuevas formas de convivencia, en una suerte de “rebelión constructiva”.

También Pichon – Riviere (1984) formuló sus aportes; para quien es preciso establecer diferencias entre adaptación activa y pasiva, como aspectos de la salud y la enfermedad humana y sostiene que para la elaboración de una teoría de la salud y de la enfermedad mental, el diferenciar un proceso de adaptación activa a la realidad, de un proceso de adaptación pasiva, constituye

un paso insoslayable. Esta adaptación activa es un proceso dialéctico, en el sentido de que en tanto el sujeto se transforma, modifica al medio, y al modificar al medio, se modifica a sí mismo. (2)

De este modo, una persona mentalmente sana es aquella que cuenta con capacidad para afrontar la realidad en modo constructivo, puede obtener un resultado de su lucha a la vez que convertir a ésta en una experiencia de aprendizaje, estar libre de tensiones y ansiedades orientando sus relaciones con los demás para alcanzar la mutua satisfacción y ayuda, poder dar salida a cierto monto de hostilidad con fines creativos y constructivos y desarrollar una buena capacidad de amar. (3)

Entonces, si se entiende a la Salud como bienestar psicofísico amplio, que es posible alcanzar mediante un permanente proceso de afrontamiento ante las diversas circunstancias vitales cotidianas, en constante construcción ; será imprescindible que el ser humano desarrolle sus potencialidades para afrontar y transformar los requerimientos de la vida, descubrir sus propios recursos, hacer realidad sus necesidades y deseos, y experimentar su devenir cotidiano como “pleno de sentido”.

Por ello es que, en el sustancioso marco de intervenciones que desde diversas perspectivas psicoterapéuticas se proponen para quienes padecen de trastornos depresivos, adquieren preeminencia su articulación sistemática, así como la labor psicoeducativa con el paciente y su familia, en pos de orientarlos hacia “el cambio” y su permanencia. En síntesis, según Roberto Opazo (1992), el trabajo integrativo debe estar al servicio de un objetivo central : AYUDAR A QUE EL PACIENTE SE AYUDE A SÍ MISMO ; se trata de un trabajo tendiente a elicitar las energías del paciente, sus expectativas y motivaciones, y orientarlas hacia efectivas rutas de cambio. (4)

Este paradigma, constituye el espíritu que ha inspirado el presente trabajo.

En función del mismo, se considera pertinente partir de las siguientes

**Hipótesis :**

- En los cuadros depresivos crónicos, el abordaje terapéutico integrativo, favorece el desarrollo de evaluaciones más precisas ; un abordaje estratégico, sistemático y progresivo, que contribuye a una resolución gradual y efectiva, así como a un mejor nivel de funcionamiento general por parte del paciente.

- En el marco de una intervención terapéutica integrativa, adquiere relevancia la orientación psicoeducacional, como estrategia que garantiza su acceso al autoconocimiento, una mejora en el nivel de sus relaciones interpersonales y en la calidad de su respuesta general ante la vida.

La **Metodología** del presente trabajo, responde a características de una investigación no experimental, de diseño descriptivo y correlacional, cuyo sustento se conforma a partir del sondeo bibliográfico, descripción de posturas teóricas, casos testigos y conclusiones aportadas por investigaciones, oportunamente desarrolladas y publicadas por expertos en el tema.

Los ejes que organizarán estos contenidos, y al solo efecto de imprimir claridad a su exposición, estarán identificados en torno a dos variables :

X : (supuestas causas) Manifestaciones Clínicas / Intervenciones Integrativas / Estrategias Psicoeducativas.

Y : (supuestos efectos) Remisión Sintomática / Nivel de Funcionamiento General (entendidos como sustentabilidad en los cambios).

**Definiciones Conceptuales** : A efectos del posterior desarrollo de este trabajo, se entenderá por “Manifestaciones Clínicas”, al conjunto de signos y síntomas que presenta un sujeto ante determinado padecimiento, que se traducen en alteraciones en su funcionamiento y que lo posicionan en el plano de la enfermedad.

Por “Intervenciones Integrativas” : al trabajo desarrollado por el terapeuta, mediante acciones que promuevan la participación del paciente (trabajo terapéutico interpersonal), siguiendo estrategias combinadas que tengan como eje los factores biológico, social, espiritual, cognitivo y conductual.



“Estrategias Psicoeducativas” : como acciones programadas de información, educación y entrenamiento en beneficio del paciente y su familia ; ello implicará la explicación de la naturaleza del trastorno que padece, sus posibilidades en el marco del tratamiento, la reafirmación de los recursos terapéuticos farmacológicos, psicológicos, sociales ; promoviendo adherencia al modelo de trabajo propuesto, así como expectativas terapéuticas positivas y realistas.

“Remisión Sintomática” : hará referencia a períodos en que no hay síntomas, o sólo uno clínicamente significativo.

Por “Nivel de Funcionamiento General (sustentabilidad en los cambios)” : se entenderá el cambio en el modo de funcionar del paciente, hacia un estado progresivamente satisfactorio ; al mejoramiento en la calidad con que el paciente responde en la faz personal, interpersonal actual, en modo de quedar preparado para su desempeño futuro no sólo social, sino también laboral y vocacional.

**Definiciones Operacionales** : En esta instancia, se dispone de las conclusiones aportadas por los diversos marcos teóricos consultados ; los resultados de observaciones e investigaciones realizados acerca del tema ; los aportes provenientes de un Modelo Integrativo de aplicación terapéutica actual, en el país, así como en la República de Chile ; las ponderaciones cualitativas que permiten los casos testigos expuestos ; que, en suma harán posible la comprensión de los conceptos previamente desarrollados.

Siguiendo la metodología propuesta por R. Hernández Sampieri , C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio, quienes refieren que la variable independiente resulta de interés para el investigador por ser la variable que se hipotetiza que será una de las causas que producen el efecto supuesto (5) ; se ha considerado de interés abordar este tópico para describirlo, profundizar el conocimiento sobre su impacto y la calidad de sus resultados ; y donde también se aspira a destacar probables relaciones de causalidad entre variables X e Y ; puesto que, este tipo de diseño , según refieren los autores citados, puede limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o puede pretender analizar relaciones de causalidad. (6) De modo que en el presente esquema, se intenta describir y posteriormente correlacionar.

A este respecto, y siguiendo a los autores, se entiende que los estudios descriptivos pueden ofrecer la posibilidad de predicciones, aunque estas resulten rudimentarias y que además, los estudios correlacionales describen dos o más variables, que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos, donde posteriormente se puede analizar su correlación. (7)

Entre los **antecedentes**, puede hacerse referencia a la frecuencia con que se manifiesta la Depresión (entidad compleja que históricamente ha implicado dificultades en su delimitación conceptual), su impacto en el sector salud, en el orden económico y social del mundo contemporáneo, así como las proyecciones desalentadoras sobre la evolución de este flagelo, que refieren sostenidas tasas de incidencia y prevalencia, han constituido algunos de los aspectos problemáticos que convocaron fuertemente el interés de profesionales y gerencadores de la Salud Mental, en pos de potenciar el campo de la observación, la investigación y de la elaboración de teorías orientadoras.

Ello progresivamente fue incidiendo en el logro de importantes avances en el tema, diagnósticos más precisos, el mejoramiento de las intervenciones y sus técnicas cada vez más efectivas ; no obstante, destacados expertos refieren que aún es mucho lo que resta por conocer e investigar.

Autores de relevancia como Héctor Fernández Alvarez, Herbert J. Chappa, reafirman la necesidad de trabajar sobre un enfoque que permita la articulación de posturas tradicionales en la temática, con las nuevas corrientes del pensamiento psicopatológico ; formalizar un planteo decididamente integrador en su abordaje terapéutico, coordinando procedimientos de observación, evaluación, farmacoterapia, psicoterapia y esencialmente de psicoeducación. Instan al reconocimiento de la importancia y necesidad de implementar tratamientos combinados, dando un especial relieve no sólo a la dimensión biológica (según el modelo tradicional), sino además, a los aspectos interpersonales y sociales en el escenario psicopatológico.

Así también, destacan la realidad actual acerca de la bibliografía en lengua española sobre el tema, que de suyo es muy escasa, situación que habilita espacios para continuar con las investigaciones, avanzar en el conocimiento y contribuir con su difusión.

## **IV-DESARROLLO**

## CAPÍTULO I

### A - CONCEPTOS GENERALES

En principio, será importante hacer referencia a los trastornos del estado de ánimo. Este puede ser normal, elevado o deprimido ; por lo general las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas; sienten que tienen cierto control sobre esta condición. En los trastornos del estado de ánimo, se pierde esta sensación de control abriendo paso a un importante malestar general.

En el caso que particularmente es de interés para el presente trabajo, se hace referencia a los pacientes con estado de ánimo deprimido (depresión), quienes muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito, pensamientos de muerte o suicidio. Acompañado por otros signos y síntomas como los cambios en el nivel de actividad, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, el apetito sexual y otros ritmos biológicos). Cambios que siempre originan un deterioro en el funcionamiento interpersonal, social y laboral. (8)

Resulta bastante difícil hablar en singular toda vez que se hace referencia a la Depresión, ya que se trata de un conjunto de cuadros que incluyen diversidad de factores : psicológicos, biológicos, interpersonales, sociales y espirituales.

Puntualmente, al hablar de Depresiones Crónicas, el diagnóstico suele traer aparejada una suerte de confusión, en razón de la escasa claridad que denota el concepto ; no obstante ello, una prudente clasificación entre subgrupos en el spectrum que las conforman, parece resultar de utilidad desde una perspectiva terapéutica ; sin lugar a dudas, al tratarse de cuadros de evolución extendida en el tiempo, la primera instancia de diferenciación puede establecerse en este

punto ; además de los aportes que en este sentido, traducen los recientes avances en psicofarmacología y la eficacia del abordaje cognitivo – conductual. De este modo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV - 1994) en su capítulo acerca de los trastornos del estado de ánimo, al referirse a la cronicidad de un episodio depresivo mayor (EDM) más reciente, o de éste en un trastorno bipolar I ó II (TB I ó II), el criterio que toma como referencia es el de la superación de 2 (dos) años, con una sostenida persistencia sintomática.

De hecho, la clasificación de las depresiones crónicas no ha dejado de plantear controversias y conforme a ellas, algunos autores proponen alternativas ; así Scott (1988), a partir de una amplia revisión de este problema y de un análisis de aquellos factores que pueden contribuir con una evolución crónica, tales como : ser mujer / tener 3 (tres) o más hijos / pérdida de empleo / dependiente de su familia de origen / carencia de amistades / discordia conyugal / pérdida de uno de los padres antes de los 15 (quince) años ; propone la clasificación que seguidamente se describe :

- **DEPRESIÓN MAYOR CRÓNICA** : de inicio tardío, puede desarrollarse a partir de un EDM no resuelto, puede ser unipolar o bipolar. En personas generalmente sin evidencias de dificultades depresivas preexistentes.
- **DEPRESIÓN MAYOR CRÓNICA SECUNDARIA** : asociada con enfermedades médicas o psiquiátricas.
- **DEPRESIÓN CARACTEROLÓGICA O CRÓNICA LEVE** : conocida como trastorno distímico. Es una condición heterogénea, grupo no bien definido, de comienzo temprano y con síntomas distorsionados o entretajidos con la personalidad.
- **DEPRESIÓN DOBLE** : episodio agudo (EDM) sobre un trastorno neurótico o crónico leve preexistente. Al recuperarse se regresa a la condición depresiva leve anterior. El pronóstico tiende a ser malo por la tendencia a la recurrencia de episodios más severos. (9)

Por su parte McCullough (2000), refiere que en tanto los síntomas persistan sin remisión, durante el lapso de 2 (dos) años o más, el cuadro debe denominarse **DEPRESIÓN MAYOR CRÓNICA** y propone su clasificación :

- **TRASTORNO DISTÍMICO** : leve o moderado de dos o más años de duración, que por lo general comienza en la adolescencia.

- DEPRESIÓN DOBLE : consiste en un EDM o depresión mayor recidivante, sin recuperación interepisódica, superpuesta a un trastorno distímico.
- DEPRESIÓN MAYOR RECIDIVANTE : con una duración de dos años o más, sin recuperación entre los episodios.
- DEPRESIÓN MAYOR CRÓNICA : cumple todos los criterios del EDM en forma continua en los dos últimos años.
- DEPRESIÓN DOBLE CON DEPRESIÓN MAYOR CRÓNICA : cumple con los criterios de ambas al momento de la consulta (Keller y col., 1998), son formas severas de inicio muy precoz y con mayor déficit de funcionamiento global y laboral. (10)

En virtud de estas clasificaciones, H. Chappa (2003) refiere que siempre persistió el cuestionamiento acerca de si las Depresiones Crónicas son verdaderamente cuadros distintos, o variaciones de un mismo trastorno ; no obstante, el auténtico sentido de estas diferenciaciones prevalecerá toda vez que pueda aportar datos en beneficio del trabajo terapéutico.

## B - TEORÍAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN

Según Gilbert (1992), toda teoría que apunte a los factores causales deberá dar cuenta de las complejidades que involucra ; particularmente cuando se trata del abordaje de estos trastornos.

En general, es conocido que a comienzos del siglo XX, el diagnóstico de depresión era adjudicado a todas las expresiones intensas de este sentimiento negativo, caracterizado por un fuerte deterioro del humor que podía conducir a la tristeza, la inhibición, profunda desesperanza y pensamientos suicidas. Desde este punto de vista, se priorizaba un criterio unicista, por el cual, las depresiones podían diferenciarse según grados ; así, el término “melancolía” era aplicable solamente a las depresiones de grado psicótico y para Kraepelin, Freud, se oponía al de tristeza “de ocurrencia normal”.

En este marco de conceptualizaciones, las acciones terapéuticas de la época consistían en el apoyo, aliento, la preservación de la adecuada distancia de las

fuentes generadoras de tensión y la consideración de los factores precipitantes, además del abordaje psicológico profundo propuesto desde la perspectiva psicoanalítica.

Otros autores como Beck (1977), sostienen que las depresiones consisten en un quiebre relativamente transitorio de un proyecto personal, una ruptura en la posibilidad del “hacer”. Hace destacada referencia al sustrato biológico paralelo a una estructura psicológica en las depresiones, con una fuerte vivencia de “imposibilidad” por parte del paciente ; un particular procesamiento de la información, que identificó bajo el término “distorsión cognitiva”.

Así, el autor describe lo que llamó “tríada cognitiva” en estos cuadros : una imagen negativa de si mismo, del mundo y también del futuro. En principio, se da la imagen negativa de sí, con experiencia de minusvalía del sentido personal ; vivencia que se extiende acerca del futuro y finalmente del mundo, con sentimientos nihilistas, donde tiene origen la ideación suicida.

Se ampliará el desarrollo de estos conceptos en Capítulo II – Punto A-2 del presente trabajo, por resultar de particular importancia en estos trastornos.

En la actualidad, se suele emplear un enunciado sincrético de las principales formulaciones y revisiones realizadas por autores como Morel (1857), Kraepelin (1896), Bonhoeffer (1917), Lange (1926), Gillespie (1929), Buzzard (1930) y ots., por lo que es posible encontrar el uso como sinónimos, de la clasificación :

Depresión Endógena vs. Depresión Reactiva o  
Depresión Endógena vs. Depresión Neurótica.

A la Depresión Endógena, se le asignan los atributos de la depresión psicótica (Buzzard, 1930), de mayor gravedad y también los de la autónoma, que se caracteriza por la ausencia de desencadenantes y de reactividad de los síntomas.

En tanto que, a la Depresión Neurótica o Reactiva, se le atribuye un cuadro de menor entidad clínica, con sintomatología leve, desencadenada por la incidencia de algún factor psicológico y / o ambiental, ligada a aspectos personales que responden excesivamente a determinadas condiciones cotidianas del entorno.

Es importante señalar que existen otras formulaciones acerca de la concepción de la enfermedad depresiva, como variantes particulares que parten de aquella base ; así por ejemplo, la clasificación fisiológica vs. psicológica de Pollit (1965), y la clasificación vital vs. personal de van Praag (1965), donde se hace especial énfasis sobre los factores personales previos, para la denominada depresión psicológica o justificada y sobre los factores orgánicos, para la depresión vital o fisiológica.

En suma, fue Eysenck (1970) quien destacó que la discusión no sólo estaba centrada entre aquellos que postulaban la existencia de una o dos enfermedades (monistas y binarios), sino entre dimensionalistas y categorialistas ; esto es, entre quienes planteaban la existencia de una o dos categorías de la enfermedad, y aquellos que aceptaban la existencia de una o dos dimensiones clínicas o sindrómicas siempre presentes en esta entidad, pero con mixturas en diferentes grados.

En este marco de conjeturas López – Ibor (1971) sostuvo una idea que podría ofrecer respuesta afirmativa a la cuestión de, si era posible para un paciente recorrer los extremos de ese continuum, presentando una vez el aspecto neurótico y en otra ocasión, el endógeno ; o viceversa. El autor hablaba del “círculo timopático” o “el espectro de los trastornos del ánimo” y acuñó el término de “reacción cristalizada” para explicar cómo era posible que una depresión precipitada por un acontecimiento externo (lo cual constituye el paradigma de la depresión neurótica), posteriormente podría ser endógena, esto es, vitalizada. A partir de este esquema, explicaba también la ENCRONIZACIÓN de las depresiones endógenas, que era posible que éstas se desvitalizaran perdiendo su fuerza clínica original, para adquirir un perfil más neurótico y permanente. (11)

Como es posible advertir, el concepto acerca de las Depresiones fue evolucionando desde una categoría única, cuyas variaciones cuantitativas eran consideradas expresiones de un mismo proceso reactivo, hacia entidades múltiples con distintos mecanismos etiopatogénicos. Este proceso encuentra explicación, en una progresiva precisión en las descripciones clínicas y los sucesivos estudios de seguimiento, especialmente acerca de la relación o



independencia de factores precipitantes, de la presencia de variables de orden genético y/o familiar, así como del empleo de procedimientos estadísticos. Con posterioridad, se sumaron las diversas respuestas a los tratamientos biológicos, farmacológicos o psicoterapéuticos y los hallazgos realizados acerca de la bioquímica cerebral y el compromiso de algunos neurotransmisores en la patogénesis de esta entidad.

En este sentido, es interesante detenerse en la descripción de marcos teóricos y explicativos acerca de este trastorno como : la posición dimensional, la categorial y la secuencial.

La primera, tiene como principales exponentes a Kendell con un punto de vista unitario – dimensional y Eysenck con una postura binario – dimensional. Kendell sostuvo que los pacientes se distribuían unimodalmente, luego de un análisis factorial realizado en función de los factores endógeno – neurótico y afirmó que era mejor contemplar la enfermedad depresiva como un continuum sencillo extendido entre los tradicionales estereotipos psicótico y neurótico.

Una serie de minuciosos estudios condujeron a Paykel y cols. (1971), coincidiendo con Kendell, a subrayar que esta dicotomía endógeno – neurótica representaba más un continuum con infinitas gradaciones, que un medio para dividir a los pacientes en dos grupos relativamente diferenciables ; ya que la mayoría de los pacientes aparecían en una posición intermedia del continuum y sólo unos pocos en los extremos. (12)

Para Eysenck en cambio, la complejidad sintomatológica de la depresión era mejor explicada mediante un modelo bidimensional, con un eje de coordenadas representados por una dimensión endógena y otra neurótica que hiciera posible la ubicación de los pacientes en cualesquiera de estos puntos ; así el autor predecía que los sujetos deberían acumularse en los extremos de ambos ejes, con muy escaso solapamiento clínico, de modo que habrían muchos casos puros y pocos mixtos.

La posición categorial por su lado, con una importante capitalización de estudios e investigaciones realizadas, focalizó sus observaciones sobre las depresiones endógenas a fin de comprobar si eran desencadenadas por factores precipitantes. Los resultados fueron negativos por lo que la

comparación presencia / ausencia de precipitantes nada aportaban al tipo de depresión que se pretendía describir. Tales conclusiones en principio, favorecieron a la posición unitario-categorial: hipótesis que sostiene que sólo hay una enfermedad que puede presentar un aspecto neurotiforme o endogeniforme, según el momento evolutivo en que se encuentre; según esta teoría entonces, las primeras fases depresivas tienen un aspecto neurotiforme – ansioso y las posteriores otro aspecto endogeniforme – inhibido.

Por su parte, investigadores como Ramos Brieva y Cordero Villafáfila, partidarios de una posición secuencial, conciliadora para las dos precedentes, parten de una idea unitario-categorial de la depresión (una enfermedad, con distintos aspectos acorde a su momento evolutivo) y a la vez, se alían con la hipótesis binario-dimensional en el sentido de admitir que existen dos síndromes clínicos para esta entidad, uno identificable con el tópico neurótico, con predominio de sintomatología ansiosa y una baja conciencia de estar deprimido. El otro, que se identifica con el tópico endógeno, con una clara dominancia de la inhibición y la conciencia de estar deprimido.

En este sentido, la distancia biológica que habría en el mismo sujeto, entre el inicio de su enfermedad y al final de la misma, sería de tal calibre que impresionaría como enfermedades distintas.

Conforme a lo afirmado por estos autores, la hipótesis secuencial se apoya sobre un sólido cuerpo de datos, lo que refuerza su posición. Y permite contemplar la depresión desde una perspectiva diferente, más esclarecedora, lo que supone una mejor conceptualización de la misma. Ramos Brieva y Cordero Villafáfila han aportado documentación suficiente para sostener el conjunto de sub-síndromes que configuran la dimensión endógena (los autores emplean “endógeno” con el significado exclusivo de morbo); según ellos, la presencia de otros factores como las alteraciones de la personalidad y /o el predominio de la ansiedad en la sintomatología, permite percibir en los pacientes un cuadro que se ha aprendido a identificar como depresión neurótica y aseveran que las posiciones tradicionales sobre la clasificación endógeno – neurótica de la depresión, no parece seguir teniendo mayor valor que el puramente histórico. De este modo, los síndromes neurotiforme y endogeniforme, no responden a enfermedades diferentes sino a dos momentos evolutivos distintos de la misma enfermedad. (13)

En función de esta reseña descriptiva, se considera importante graficar la clasificación de las DEPRESIONES, conforme a CRITERIOS DIMENSIONALES, por la claridad con la que se presenta :

Factores Situacionales		
DEPRESIÓN REACTIVA		
(ponerse triste)		
Factores de Personalidad		Factores Biológicos
DEPRESIÓN CARACTERIAL (ser triste)	DISTIMIA (desorden caracterial y sub-afectivo)	DEPRESIÓN MAYOR (estar triste)
Factores Orgánicos		
DEPRESIÓN SOMATÓGENA		
(lesional, origen en el soma)		

Siguiendo a H. Chappa (1977), puede advertirse que también hace referencia a la distinción entre teorías unicistas, dualistas y pluralistas acerca de la Depresión.

El enfoque unicista postulaba que todas las depresiones tenían como aspecto en común, el constituir una misma respuesta del organismo ante el estrés, y que sólo se perfilaban diferencias cuantitativas en cuanto a la gradación, esto es, desde las más leves a las más profundas.

En tanto que el enfoque dualista, considerado clásico en esta materia, proponía una distinción entre las llamadas depresiones reactivas (o neuróticas) y las endógenas (o autónomas) ; siendo estas últimas las que ofrecían mejor respuesta al TEC (tratamiento electroconvulsivo). No obstante, se planteaban serios inconvenientes en los intentos de diferenciarlas en razón de la gran superposición sintomática ; si bien los indicios clínicos podían mostrar una

distribución continua de los síntomas (tal como lo habían comprobado los partidarios de la teoría unicista), ello no implicaba que fuera etiológicamente homogéneo. El autor sostiene con firmeza que, en patología, no toda identidad sintomática necesariamente se corresponde con identidad etiopatogénica. (14)

De este modo, poder diferenciar claramente entre pacientes con depresión endógena o reactiva, se constituyó en una imperiosa necesidad para comprender la naturaleza del sufrimiento, implementar la terapia y formular un pronóstico. En este sentido, fue interesante poner el acento en las características predisponentes de la personalidad de base, a la vez que el peso de las influencias externas para identificar a los pacientes depresivos NO endógenos ; término que resultó intercambiable con el de “reactivo” a fin de destacar la prevalencia de eventos externos desfavorables ; en tanto que la designación de “neurótico” implicaba la complejidad psicológica subyacente propia de la etapa infantil.

En definitiva, todas estas dicotomías resultaron sucesivamente insuficientes a la hora de explicar la importante heterogeneidad de la Depresión ; las que parecían responder más a la defensa de posiciones teóricas en función de los instrumentos estadísticos utilizados, que por los resultados terapéuticos alcanzados, en sí mismos.

Para alcanzar soluciones ante estas diferencias conceptuales, se implementaron estrategias tanto de orden clínico como factoriales, de las que emergieron teorías pluralistas en este sentido, puesto que el fraccionamiento de las depresiones reactivas o neuróticas, dio lugar a subgrupos de alta significación clínica, donde la presencia de tres variables : forma de comienzo, curso y evolución, conformaron para los estudiosos, importantísimos criterios en pos de marcar las diferencias entre pacientes, dentro de este complejo grupo de depresiones neuróticas.

En este marco de consideraciones, es interesante seguir a Kielholz, en su clasificación de las formas psicorreactivas de la Depresión, anticipándose a la descripción hecha por Akiskal y coincidiendo con Paykel y Kiloh (15)

Cita a la **DEPRESIÓN REACTIVA PROPIAMENTE DICHA** : en la que los pacientes referían precipitantes inmediatos de su estado depresivo de naturaleza penosa, generalmente atribuible a pérdidas o situaciones frustrantes. En este cuadro, el paciente tenía capacidad para diferenciar un “antes” y un “después” de cierto acontecimiento reciente, como disparador de vivencias emocionales penosas.

Esta depresión, constituye la expresión grave de reacciones normales de tristeza ; así, la intensidad y la extensión en el tiempo, serían las variables que conformarían esa reacción normal, en una entidad de fuerte expresión clínica. Según Kielholz (1961), estas variables cuantitativas estarían vinculadas con ciertas características de la personalidad de base : propensión al desarrollo de depresión reactiva a partir de la inseguridad, la hiperemotividad, la introversión, fácil tendencia a la irritabilidad y donde impera psicopatológicamente el locus externo (reniegan de su destino, lamentan la injusticia, se sienten incomprendidas, se quejan de estar abrumadas, buscan amparo y comprensión). En este cuadro prevalece sintomáticamente la ansiedad. Generalmente, con el curso del tiempo, la fuerza de los recursos personales y un sostenido apoyo psicosocial, estos pacientes pueden recuperar su equilibrio emocional y responder como anteriormente lo hacían, en los ámbitos laboral y social.

Su duración suele ser variable, y como a la base muestra un característico componente de ansiedad, se trata de un cuadro reactivo con mala respuesta terapéutica a los tratamientos electroconvulsivos y a los antidepresivos tricíclicos.

También describe a las **DEPRESIONES POR ESTRÉS SOSTENIDO O AGOTAMIENTO** : se trata de cuadros en los que también puede identificarse un inicio en el tiempo, aunque no tan puntual ; en general se explica en relación con situaciones de estrés reiteradas o persistentes.

Así Kielholtz (1961) los designa como Depresión por Agotamiento y destaca su carácter fásico, con pródromos que perfilan la irritabilidad e hiperestesia, seguidos por manifestaciones psicósomáticas. Es precisamente en esta depresión donde se observa la fuerte interacción con los desencadenantes psicosociales con ciertos factores de la personalidad. Y no obstante, las diferencias caracterológicas entre hombres y mujeres, se destacan los rasgos de ambición, escrupulosidad, tendencias perfeccionistas y una acentuada imposibilidad de delegar responsabilidades.

Estos cuadros son característicos en sujetos excesivamente entregados a su trabajo, sobrecargados de responsabilidades, alejados de sus contextos familiares, que se movilizan constantemente en escenarios de presión, decisiones apresuradas y de alto riesgo ; por ello se la ha llamado la “forma asténica de la enfermedad de los dirigentes” ; y tal como puede ocurrir con la forma reactiva de la depresión, puede evolucionar en forma tórpida hacia la CRONICIDAD.

Otro cuadro clínico descrito es el de la llamada DEPRESIÓN ATÍPICA, Sargant (1961) ; West y Dally (1959) ya habían referido a la misma. Su nombre se debe precisamente por sus síntomas muy opuestos a los que sobresalen en las depresiones de naturaleza endógena. En la depresión atípica predomina la ansiedad, sobre la inhibición ; la irritabilidad e hiperactividad sobre el desinterés, y la victimización sobre la culpa. Muy a diferencia de los pacientes con depresión endógena, los sujetos muestran reactividad al medio con cambios afectivos coherentes con los acontecimientos ; pueden acompañar diversas manifestaciones de tipo neurótico, fóbicas u obsesivas.

Terapéuticamente, estos cuadros muestran respuesta favorable a los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), no ofreciendo iguales resultados en cuanto a los antidepresivos tricíclicos (ATC).

En este mismo marco, Klein también describió la denominada DISFORIA HISTEROIDE como un cuadro caracterizado por la presentación crónica de episodios súbitos de humor depresivo, como fiel respuesta a sentirse rechazado. Las reacciones de tristeza, desesperanza y pérdida de la autoestima resultan breves y pueden alcanzar su fin tras acontecimientos favorables, donde los sujetos (generalmente mujeres) pueden experimentar que son objeto de atención. El autor describió que estos cuadros pueden tener inicio temprano, en la adolescencia o en la primera juventud, en razón del predominio de vínculos románticos tumultuosos y donde una exacerbada demanda de atención, pueden favorecer su aparición. Es importante añadir, que estos cuadros se muestran acompañados de episodios de hiperfagia (en particular, dulces), hipersomnia, sensaciones de debilidad, desinterés y abandono.

Aquí el problema central lo constituye la vulnerabilidad afectiva (Liebowitz y Klein, 1979). Según lo observado por los autores, las características del comportamiento de estos pacientes, que muestran rasgos que se superponen a las reacciones neuróticas de la histeria y a los criterios de las personalidades

dependientes, inducen a diagnosticarlos y tratarlos como una caracteropatía histérica, narcisista o borderline. Por esta razón se les proponía tratamiento psicoterapéutico, por lo general con escaso éxito. Los estudios de Klein sugirieron, sin embargo, que deben considerarse trastornos del humor. (16).

Cabe considerar la notable respuesta al tratamiento farmacológico (con IMAO), con modificaciones favorables a nivel comportamental ; siendo los ATC (antidepresivos tricíclicos) predictores de mala respuesta o aún de empeoramiento del cuadro.

Klein, en este sentido, explicó las perturbaciones emocionales y conductuales de la disforia histeroide y postuló una alteración en la regulación de la feniletina (FEA), basándose en la respuesta terapéutica a los IMAO y en las semejanzas que existían entre la naturaleza química de éstos con la FEA. Los cambios hacia el polo de la euforia y el desánimo se correlacionan, sostuvo, con cambios en la disponibilidad de la FEA. Estimó que el origen podía ser genético, adquirido o resultante de una interacción entre ambos factores. Años después se pudo comprobar que el estrés mismo puede originar cambios en la disponibilidad de los neurotransmisores. (17)

Así, puede advertirse que la disforia histeroide comparte un importante número de rasgos con las llamadas Depresiones Atípicas, siendo el rasgo distintivo la reactividad exagerada al rechazo en los vínculos románticos y la buena respuesta a situaciones placenteras. Esta hipersensibilidad interpersonal constituiría una variante interesante de las depresiones atípicas.

Sobre este particular debe mencionarse a Davidson (1997), para quien no hay un consenso establecido en la categorización de estos trastornos. Existe mayor disfuncionalidad adaptativa, disforia crónica persistente y su curso es menos favorable que las formas no atípicas de la depresión.

Para Akiskal (1997), estos cuadros muestran estrechos vínculos con los trastornos del espectro bipolar. Así afirma que las depresiones atípicas significan un interesante puente, muy transitado en los últimos años, que vincula las formas exógenas y endógenas de la depresión, con las reactivas y crónicas. (18)

En cuanto a las DEPRESIONES CRÓNICAS (de particular interés para el presente trabajo), Kielholz (1961) refiere que de este gran grupo de las llamadas

Depresiones Reactivas o Neuróticas, se separaban las entidades de comienzo definido, quedando otro cuadro poco frecuente, cuyo inicio no podía especificarse y cuya evolución resultaba prolongada, como "DE TODA LA VIDA". Ofrece una caracterización acerca del mismo, como de un estado anímico depresivo que si bien resultaba variable, era permanente, con predominio de sintomatología subjetiva (sobre la objetiva), en la cual no era fácil distinguir entre la depresión propiamente dicha y el carácter.

Estas personas mostraban tendencias de un carácter blando, distantes, huraños, de baja autoestima y con importantes necesidades de afecto y apoyo ; en cuyas historias, los hechos psicotraumáticos podían remontarse hasta su infancia.

De este modo, la depresión neurótica emergía como un grupo residual, no psicótico, no reactivo, de curso crónico y con perturbaciones psiconeuróticas de la personalidad.

Kielholz refería que no obstante la concepción dominante por entonces, sobre la depresión neurótica, este trastorno se veía condicionado por los factores del medio en interacción con perturbaciones del desarrollo ; y así sugería que no debía perderse de vista los factores heredobiológicos, que era difícil decidir, muchas veces, hasta qué punto intervenía la predisposición o la evolución. (19)

En síntesis, la depresión neurótica, se caracteriza por ser LEVE, esto es, carente de las propiedades de un episodio Depresivo Mayor, de EVOLUCIÓN CRÓNICA y CON PRECIPITANTES que, en general, no se distinguen sustancialmente de las vicisitudes normales de la vida, con sustento en una PERSONALIDAD insoslayablemente enraizada en el CARÁCTER DEPRESIVO.

Estos pacientes muy excepcionalmente requieren de internación por causa de su condición depresiva, y suelen consultar con mayor frecuencia, al clínico que al psiquiatra, esgrimiendo argumentos relacionados con cansancio, pérdida de energía, o una serie de síntomas difusos. Si formulan consulta psiquiátrica, es a instancias del médico clínico, por presión familiar o porque presentan un empeoramiento de su estado depresivo.

A la luz de estas descripciones, este cuadro dista bastante de ser poco frecuente según argumentaba Kielholz (1961), por lo que puede referirse que a la actualidad, conforma un grupo de elevado número de pacientes.



El autor menciona además, el término DISTIMIA para identificarlo, y destaca por cierto, que constituye la mayor franja de pacientes afectados por DEPRESIÓN CRÓNICA.

Sucesivos estudios a partir del seguimiento de pacientes con este diagnóstico, condujeron a la observación de que la evolución prolongada constituía la característica sobresaliente de esta forma neurótica de depresión e impulsaba a su vez, a establecer distinciones respecto de OTRAS FORMAS DE DEPRESIÓN CRÓNICA, a saber (Akiskal, 1979) : aquellas que subyacen a enfermedades médicas crónicas ; las que resultan concomitantes o consecuentes a trastornos mentales (con exclusión de los trastornos del humor) ; las secundarias a trastornos del humor primarios ; aquellas que se presentan como una tendencia caracterológica a la disforia.

Como es posible advertir, resulta amplísima la gama de consideraciones y cuerpos teóricos que se elaboran, a la hora de definir conceptualmente este trastorno tan complejo y de tan alto impacto.

#### C - LA DISTIMIA COMO ENTIDAD DE MAYOR PREVALENCIA ENTRE PACIENTES DEPRESIVOS CRÓNICOS

Es preciso desarrollar en apartado especial, los conceptos que diversos autores han trabajado en torno a esta entidad de alta incidencia dentro del complejo grupo de las Depresiones Crónicas.

Evidentemente, fue muy importante la influencia de los estudios realizados por Akiskal, ya que ello motivó la inclusión de la DISTIMIA al grupo de los Trastornos del Estado del Ánimo en el DSM III (1980) y mantuvo la expresión “ Neurósis Depresiva ” como sinónimo ; en función de ello, se destacaban criterios acerca de la evolución crónica de los síntomas depresivos, sin alcanzar la severidad del Estado Depresivo Mayor, con 2 (dos) o más años de duración y períodos breves de normalidad.

Así, el concepto de DISTIMIA, mediatizado por muchas controversias, era muy extenso e incluía a todas las Depresiones Crónicas de 2 (dos) o más años ;

también a las depresiones crónicas secundarias al Estado Depresivo Mayor. Hasta la ciclotimia fue incorporada a los trastornos afectivos, junto con la distimia bajo la denominación "Otros Trastornos Afectivos Específicos", donde se definía "una alteración del estado de ánimo continua e intermitente, de dos años de duración".(20)

La inclusión de la Distimia en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) demandó más tiempo, pero donde finalmente la considera una depresión crónica del ánimo, que no cumple los requisitos del trastorno depresivo recurrente ; sin embargo, en el pasado pudo haber Estado Depresivo Mayor (EDM). Los episodios alternos de normalidad son variables. Son quejosos, duermen mal, se sienten inadecuados pero se manejan con las demandas diarias de la vida. Se sienten cansados, todo parece un esfuerzo y les cuesta disfrutar algo. Se inicia a edad temprana y, cuando es tardía, suele ser secundaria a duelo, estrés o EDM. (21) .

De este modo, estos criterios contribuyeron a consolidar al concepto de distimia, (todavía al parecer, no completamente libre de controversias), en el que el grado leve de la depresión consiste fundamentalmente en el predominio de los síntomas subjetivos (del ánimo y cognitivos) sobre los síntomas objetivos (psicomotores y vegetativos). (22).

Ya con una delimitación nosológica más concreta, el concepto de distimia no perdió sus vínculos con las perturbaciones de índole neurótica que contribuyeron a caracterizarla históricamente, y ello por el cuadro clínico que le distingue conformado por una depresión leve, con sustento en un temperamento apagado y el tinte melancólico que tiñe toda la vida diaria de la persona distímica. Si bien inicialmente se la consideró un mal menor, al tratarse de una depresión leve, las repercusiones personales y familiares que conlleva, pueden rotularla como patología grave (Markowitz y Kocsis, 1994) en virtud de su asociación con las restricciones que acarrea su padecimiento, tanto en la órbita familiar, como en la social y laboral. Los autores refieren que aún ante emprendimientos menores el distímico sabe que tarde o temprano su entusiasmo decaerá, su energía se debilitará y se precipitará en un pesimismo que lo llevará a abandonar sus proyectos. Las cogniciones negativas frenarán su impulso (" nunca llegaré a nada, soy un inútil ")(23).

También autores americanos como Kaplan, Sadock (2001), desarrollan conceptos acerca de la distimia definiéndola como un trastorno crónico caracterizado por humor deprimido (irritable en niños y adolescentes), con predominio de los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira, aislamiento social, pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad.

Refieren que esencialmente se trata de una enfermedad del humor y que antes de 1980, la mayoría de los pacientes que ahora se agrupan en el marco de este epígrafe, recibían el diagnóstico de Neurósisis Depresiva o Depresión Neurótica (aunque algunos de ellos fueran clasificados como personalidades ciclotímicas).

No obstante estas consideraciones, se advierte que establecen una discrepancia ente DISTIMIA y NEUROSIS DEPRESIVA, cuando refieren que la primera implica una disforia temperamental, una “tendencia innata” a experimentar un estado de ánimo deprimido ; en cambio, la segunda, implica un “patrón de pensamiento y conducta desadaptativo” que en modo repetitivo desemboca en una depresión. A los pacientes de este segundo grupo, se les describe a menudo, sostienen, como personas ansiosas, obsesivas y proclives a la somatización.

Desde sus consideraciones epidemiológicas, citan mayor prevalencia de trastorno distímico entre mujeres menores de 64 (sesenta y cuatro) años que entre los hombres de cualquier edad y que resulta más observable entre personas solteras, jóvenes y con ingresos bajos. Así también, especifican que según los criterios definidos en el DSM IV, estos pacientes manifiestan reducción de la cantidad de sueño movimientos oculares rápidos (REM) y una historia familiar de trastornos del estado del ánimo. A este respecto, agregan que algunos investigadores han proporcionado datos preliminares que indican que la presencia de estas alteraciones del sueño en pacientes con un trastorno distímico, predice una buena respuesta al tratamiento con antidepresivos. (24)

En razón de que los síntomas se inician precozmente, con el tiempo generan la pobreza en el autoconcepto que progresivamente refuerza la baja autoestima. No encuentran valor alguno en su persona, y descreen acerca de que alguien pueda llegar a quererlos tal como son. De este modo, se observa que la imposibilidad de separar el carácter de la enfermedad se torna cada vez más difícil, de modo que las perturbaciones del ánimo se entrelazan indisolublemente con la imagen que tienen de sí y de su personalidad. Acostumbrados a ver el

mundo como una fuente de obstáculos insuperables, no les queda otro camino que abandonar cualquier alternativa de progresar, por lo que se resignan a la mediocridad. (25)

Es evidente que a la luz de esta condición, no es precisamente por su temperamento que estos pacientes acudan a consulta, sino por alguna intercorriencia que los desestabiliza como puede suceder con una pérdida significativa, cierta amenaza a su precario equilibrio afectivo o conflictos en sus relaciones de pareja. Por lo general, el motivo argumentado tendrá prevalencia sobre el trasfondo distímico, lo cual no pocas veces conduce a dificultades para formular el diagnóstico.

Así, un elevado nivel de ansiedad, una conflictiva en el plano laboral o social, o hasta una queja de naturaleza somática (mayormente, disgestiva), o trastornos del sueño, constituirán las máscaras con que se presentará la distimia frente al profesional de salud. Según Yaryura – Tobías y Neziroglu (1994), es posible hablar con propiedad de otra verdadera “epidemia oculta”, como fueran llamados los trastornos obsesivo-compulsivos. (26)

En este sentido, Akiskal (1994) afirma que la distimia surge de la existencia de un amplio espectro de pacientes con depresiones fluctuantes, intermitentes o CRÓNICAS. (27). Para Akiskal reviste importancia clínica extrema adoptar la distimia como categoría subafectiva, ya que ello permitiría reducir el arraigado estereotipo de incluir estos grados leves de depresión, en las alteraciones del carácter, instancia que insoslayablemente conduce al desaliento en la implementación de acciones terapéuticas. Añade que en virtud de la acumulación de evidencias sobre la participación biológica y temperamental en los trastornos de la personalidad, podrá cerrarse el vacío conceptual entre las teorías biológicas y psicológicas sobre la formación de la personalidad. Entonces, la distimia es tanto un desorden subafectivo como una dimensión de la personalidad basada en el temperamento. (28)

Se entiende que esta descripción, será de gran utilidad para comprender en forma acabada, el Tratamiento Integrador de la Distimia, cuyo modelo se sintetiza en el Capítulo IV - Punto A del presente trabajo.

## D - EL IMPACTO BIO SOCIAL DE LAS DEPRESIONES CRÓNICAS

Es posible referir que en momentos actuales, existe una mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades y ello fundamentalmente en razón de que se advierten dificultades y dramatismo a gran escala en el decurso de la vida de estos tiempos ; fuertes factores negativos de índole socio económica que afectan a las franjas más vulnerables, como el desempleo, la subocupación, la inestabilidad en los ingresos, altos índices de inseguridad, corrupción y violencia.

En el caso de los cuadros depresivos, éstos adquirirán su matiz propio, en función de aspectos geográficos también, la historia y nivel de desarrollo alcanzado por cada país o región ; así por ejemplo, en Suecia, la depresión tiene una relación directa con la carencia de fotoestimulación (noches e inviernos largos), además de la relación que prevalece entre la melatonina y los patrones estacionales. En razón de estas condiciones, las intervenciones terapéuticas adquieren un acentuado perfil biológico.

También, según diversas investigaciones realizadas (tal como se describiera precedentemente), se observan cuadros crónicos en las denominadas Depresiones Neuróticas y en la Distimia, con antecedentes de trastornos de personalidad en la historia familiar. Ello promueve a investigar, formular propuestas terapéuticas y desarrollar acciones directas que, en modo integral, puedan acercarse hacia expectativas de sustentabilidad en los cambios esperados en los pacientes y garantizar un rendimiento más óptimo en su calidad de vida.

Además, en un interesante trabajo monográfico publicado por la O.M.S. en 1966, se hace referencia acerca del trastorno depresivo como la cuarta causa de discapacidad y de muerte prematura. Muy probablemente la razón obedezca al desconocimiento relativo de estos trastornos que sufre 1 de cada 5 personas alguna vez en la vida, donde las recaídas son bastante comunes, así como su curso crónico o recurrente.

Será imprescindible entonces, considerar la relevancia de un abordaje integrador, psicoeducativo, que contemple la gran repercusión social de estos

trastornos, que indudablemente suele extenderse a las personas que rodean al paciente.

De hecho, una propuesta integradora estará orientada a unificar los beneficios de las terapias farmacológica, psicológica, bio social, para promover el autoconocimiento y una mayor eficacia interpersonal y social en quien padece de estos trastornos.

## CAPITULO II

### A - CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS ACERCA DEL PACIENTE DEPRESIVO CRÓNICO

Siguiendo a Herbert Chappa (2003), es preciso referir que desde la perspectiva exclusivamente clínica en el abordaje de estos trastornos, se destacan como variables de suficiente peso, como para no ser obviadas en la práctica :

- a) Curso : agudo o crónico ; esto es, con un comienzo de identificación bien delimitado en el tiempo o una evolución prolongada de inicio impreciso (que es la entidad que interesa al presente trabajo).
- b) Presentación : autónoma (endógena) o con precipitantes identificables (reactiva).
- c) Personalidad Previa : desajustes preexistentes que orientan a la predicción de una depresión como una consecuencia razonable del “modo de ser” anterior o, por el contrario, personalidad previa normal, sin desajustes.
- d) Grave o Leve : la primera causando una importante fractura adaptativa ; la forma leve, integrada a un estilo de vida “centrada en el sufrimiento” (según Schneider y sobre la que se orienta la atención en la presente exposición).

En función de estas variables a tener en cuenta para acercar precisiones diagnósticas, es necesario describir otros factores muy específicos que se identifican en el paciente depresivo crónico.

#### A – 1. AUTOCONCEPTO - SISTEMA SELF

Antes deberán formularse las consideraciones que acerca del YO , el SELF y el AUTOCONCEPTO realizan algunos autores, a fin de acceder posteriormente al campo descriptivo de estas nociones, en las condiciones específicas de las depresiones crónicas.

Según refiere Luis Pantoja Vargas, el problema del concepto del yo o self ha sido objeto de arduas discusiones a lo largo de la historia de la filosofía y en psicología, principalmente al tratar de la causación de la conducta, cuestión teórica que tiene importantes consecuencias a la hora de enfrentar el problema de las conductas anormales o inadaptadas, en el campo de la terapia. (29)

Se plantearon interminables debates entre posturas que sostenían la existencia del self como entidad real operativa de la persona y aquellas que la refutaban, refiriéndola como una invención mística, religiosa.

Para Mahoney (1976), el problema deja de existir en tanto el término es definido operacionalmente, esto es, siguiendo el desarrollo que al respecto hacen Thoresen y Wilbur (1976), cuando es especificado como estímulos externos transformados vía atención selectiva, interpretación y categorización ;estímulos que adquieren la mayoría de sus propiedades reforzantes mediante los procesos cognitivos. Ello implicaría entonces que el self, estaría formado por estas dimensiones cognitivas de la persona, que transforman la información procedente del mundo exterior.

Para quienes sostienen una postura humanista, es imprescindible que se reconozca un sujeto que dé sentido a estas variables cognitivas y en función de ello, tenga unidad de acción frente al medio ambiente.

Para quienes defienden una postura conductista – cognitiva en cambio, tales variables no son innatas, sino que se aprenden a través de la influencia cultural, son resultado del aprendizaje social.

En este marco, Mischel (1976) sostiene que el self es equivalente a la persona total y en modo alguno es un agente distintivo interno que esté organizando la acción hacia el exterior. Agrega que el self interactúa recíprocamente con el medio ambiente y ambos producen alteraciones mutuas : el self transforma el medio, y éste a aquel. (30)

Haciendo referencia concreta al problema de la causación de la conducta, tanto la psicología clínica como las teorías de la personalidad, han invocado una causa interna por parte de la persona : siendo esta causa primeramente atribuida al alma, luego a la psique, a los instintos y finalmente a la mente (Kanfer y Karoly, 1972).



Fue a partir de Watson y Skinner, que se afirmó que la causa de la conducta radica en el exterior, con una clara atribución de la misma al medio ambiente y a la historia genética de los individuos.

No obstante, según Mischel (1976), los individuos transforman el medio psicológicamente procesando la información de los hechos externos, de forma selectiva y constructiva a la luz de su propio estado psicológico ; agregando que la conducta de los individuos refleja una interacción constante entre la persona y las condiciones del medio, en modo tal que no existe un flujo unidireccional medio – persona, sino un circuito bidireccional entre ambos.

Tal como puede apreciarse, la cuestión del self constituyó un fuerte motivo histórico de divisiones entre tendencias filosóficas y psicológicas, que terminó por plantearse como razón de límites entre humanismo y conductismo.

El autor concluye que la causa material, formal, eficiente y final de la conducta está en ambos : medio ambiente y persona / persona y medio ambiente ; así como la existencia de dos realidades en la persona : la transformación cognitiva y la interacción yo – medio, que posteriormente diera lugar a lo que se conoce como “variables personales de aprendizaje cognitivo social” que traducen el papel activo que la persona desempeña en su conducta.

Entre las referidas variables, se cuentan las competencias constructivas (habilidades, madurez y competencia social y cognitiva) ; las estrategias de codificación y constructos personales (categorización de hechos y autodescripciones) ; las expectativas de éxito en la conducta y en los estímulos en situaciones particulares ; valores estímulo subjetivos (motivaciones, aversiones) ; sistemas y planes de autorregulación (reglas para la conducta concreta).

También es importante citar a Oñate (1989), para quien el concepto self (sí mismo) es el único atributo propio del ser humano, y es el que establece la diferencia con el reino animal, aún más que el propio lenguaje verbal. En función de ello, se entenderá por Autoconcepto, según C. Rogers (1950), a la “configuración organizada de percepciones de uno que son admisibles para el conocimiento”. Desde el ámbito psicológico, esta variable es harto discutida por diferentes modelos teóricos (tal como se planteara también entre humanistas y conductistas).

Siguiendo a C. Rogers, en su desarrollo acerca del Autoconcepto, él menciona características que reviste el término : es consciente e incluye las experiencias y percepciones simbolizadas en la conciencia ; es una estructura, una configuración organizada, una gestalt ; contiene percepciones, valores e ideales ; es una hipótesis provisional que la persona formula acerca de "su realidad", no siendo para ella toda la realidad.

Conforme a este concepto, es posible ponderar que existe una importante relación entre la imagen de uno mismo y las posibilidades de acomodación y asimilación a la realidad intrapsíquica y psicosocial. En tanto que el sujeto se percibe a sí mismo, y en ello están sus cualidades, habilidades, impulsos, actitudes, vínculos con otros, y acepta esta configuración conceptual, este logro se acompaña de sentimientos de satisfacción y libertad de tensión, lo cual es experimentado como adaptación psicológica. Así, Lafarge, Corona y Gómez del Campo (1978), aseguran que la desadaptación psicológica surge cuando el autoconcepto no asimila percepciones incongruentes con su organización actual. (31)

También R. Ausubel (1952), definió el Autoconcepto aludiendo a que se trata de una combinación de 3 elementos en cada persona : el aspecto físico / las imágenes sensoriales / y los recuerdos personales.

Evidentemente, el conocimiento sobre las propias limitaciones y posibilidades (recursos), constituirá un factor importante para el establecimiento de vínculos sanos en el devenir cotidiano de los seres humanos.

Así, una diversidad de variables intervendrán en la estructuración del autoconcepto, algunas de ellas, tendrán relación con el nivel de aspiraciones, esto es según Garzón (1984), las metas, expectativas y logros de una persona respecto a su satisfacción ante una tarea determinada. Se trata de una relación directa donde todo nivel de aspiración, llevará implícita la existencia de expectativas acerca de los sucesos. Serán juicios anticipatorios y estimaciones subjetivas.

M. Casullo (1990), explica que entre los criterios que definen un nivel de aspiración, se pueden mencionar : - el deseo de hacer (proceso o producto) una cosa difícil / - querer ocupar una posición diferente a la actual en el medio social, laboral o familiar / - querer hacer todo lo mejor posible. (32)

Otra de las variables será la posición del sujeto en la estructura social (su nivel socio económico) y si bien, esta conceptualización es objeto de incontables

debates y reveladora de una imperante falta de consenso, las investigaciones realizadas permiten advertir que la decisión de una persona acerca de concretar determinadas acciones (conductas, comportamientos) depende del grado en que su autoconcepto sea amenazado o potenciado, aspecto que se relaciona en alto grado con el nivel de satisfacción de necesidades ; en este sentido, es que los sociólogos suelen referir a los colectivos sociales con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Casullo refiere entonces que, si se admite que el autoconcepto se configura a partir de las autopercepciones que sobre sí misma tiene una persona en diferentes dimensiones (su cuerpo, su rendimiento intelectual, sus estados afectivos, su grado de aceptación social, su conformidad o no con el logro de metas o proyectos de vida, sus posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas), cabe afirmar que la pertenencia de los sujetos a estratos sociales y culturales diferentes en términos de aprendizajes vitales, determinará que en el proceso diacrónico de la construcción de la percepción de sí mismo, el individuo ponga más énfasis en algunas dimensiones y menos en otras. (33)

En el marco de esta descripción de variables, también se hace referencia al nivel de aspiración del subsistema familiar. El tema estará centrado en las expectativas o aspiraciones que en una persona depositan figuras centrales del núcleo familiar básico.

Así, las respuestas reales de aquellos que integran el grupo primario de pertenencia, son de suma importancia en la determinación de las autopercepciones. En este sentido es que autores como M. Erikson (1976) y G. Allport (1975) refieren que existen diferentes aspectos en el proceso del “darse cuenta de sí mismo” y que el mismo se desarrolla desde la infancia ; destacan aspectos como “el sentido de sí corporal”, “el sentido de confianza básica” y que van conformando en la persona la convicción acerca de “ser lo que espera tener y dar” ; de allí que en estas instancias, los mecanismos de identificación con las figuras parentales tengan tanta preeminencia.

Prosiguiendo con la descripción de variables que intervienen en la estructuración del Autoconcepto, también tiene lugar el efecto de los denominados “Medios Masivos de Comunicación”. Es conocido el alto impacto que generan las imágenes que se promueven desde medios como el cine, la

televisión, revistas ; y el increíble peso que ejercen en la conformación de expectativas, así como en el desarrollo de identidades.

Los medios, y en particular a través de los mensajes publicitarios, “crean” necesidades que no siempre se está en condiciones de satisfacer, a la vez que formalizan la propuesta de modelos, ideales específicos según roles y géneros. En modo cada vez más acentuado, la identidad del hombre de nuestros días, aparece condicionada a explicaciones que remiten al “otro yo” del ideal romántico o a fuerzas poderosas sobre las que parece no tener control, generándole angustia y desorientación, propiciándole una autoimagen que resulta drásticamente muy distinta respecto de la que le ofrecen las revistas, el periódico, el cine o la televisión y ante lo que puede responder bajo las formas de rechazo y rebelión, o, mediante la aceptación sumisa e idealización por vía de la imitación, encontrando entre ambos extremos una amplísima gama de actitudes.

El Autoconcepto supone un complejo sistema de actitudes que sufre modificaciones conforme transcurre cada etapa evolutiva, instancias donde siempre se pone a prueba la capacidad para categorizar fenómenos : la conciencia del propio cuerpo como aspecto básico en el descubrimiento y percepción del YO ; el proceso de interacción con otros ; el rol que se cumple en el propio contexto social (hijo, hermano, nieto, alumno...). Según Grinberg (1976) “Yo soy Yo” es la expresión corrientemente utilizada para referirse al sentimiento de identidad y traduce una experiencia de autoconocimiento.

Ahora bien, Hartmann (1958) establece una distinción entre el Yo, como sistema psíquico, y el Self como concepto referido al Sí – Mismo. Para este autor, la palabra Yo está empleada para hacer referencia al conjunto de procesos psicológicos como pensar, percibir, recordar, sentir, que tienen una función organizativa y reguladora en relación con el Self y son responsables del desarrollo y ejecución de un plan de acción para el logro de satisfacción de los impulsos internos y de las exigencias ambientales. En tanto que Self, señala las formas en que la persona reacciona ante sí mismo, cómo se percibe y valora a sí mismo.

El Self o Si mismo para M. Casullo es entonces, un concepto intermedio entre aquellos referidos a los fenómenos intrapsíquicos y los relacionados con las

experiencias interpersonales. Según Jacobson (1964), la representación del Self dentro del Yo, surge de dos fuentes : 1- por incorporación directa de sensaciones ; 2- por la percepción indirecta del Self tomado como objeto del Yo. (34)

Posiblemente, uno de los autores que más ha trabajado sobre estos conceptos, ha sido Carl Rogers (1951), quien además ha propiciado un marco teórico congruente con el sistema psicoterapéutico propuesto sustentado en la noción acerca del sí mismo o self, como un constructo fenomenológico central en la estructuración de la personalidad.

Precisamente, por ello es que resulta de invaluable interés reconocer cómo impresionan estos constructos en el paciente depresivo crónico.

Conforme a los conceptos trabajados previamente, es posible sostener que el individuo no es un receptor pasivo de los estímulos ambientales, sino que construye activamente su realidad, mediante la percepción, el aprendizaje y el conocimiento ; y es desde este escenario donde el individuo selecciona, procesa e interpreta los estímulos sensoriales y ambientales que le impactan, imprimiéndoles significado.

Consecuentemente, según Beck (1991), esas atribuciones de significado pueden dar lugar a respuestas emocionales y conductuales desadaptadas, como por ejemplo en la depresión, al interpretar las experiencias personales significativas como fracasos. (35)

Así, este contenido cognitivo, procesos y estructuras influyen sobre el comportamiento y las emociones, adquiriendo estos factores cognitivos un rol concomitante de los trastornos psicológicos (no como agentes causales). Así, el modelo cognitivo no postula una relación secuencial en la que la cognición siempre precede a la emoción, sino que asume que la cognición, la emoción y el comportamiento son constructos interactivos y recíprocamente determinados. (36)

La persona deprimida manifiesta desviaciones no sólo en cuanto a la evaluación inicial de los signos y de las señales que observa, sino además, respecto de la interpretación que realiza sobre las respuestas que recibe acerca de su comportamiento. Su sistema de procesamiento cognitivo es

suficientemente disfuncional como para ocasionarle un gran sufrimiento ; probablemente en este punto, es donde se identifica la harta complejidad de este trastorno.

En esta distorsión que connota el estilo de procesamiento del depresivo, intervienen diversos factores concurrentes y a su vez, participan variables de tipo biológico, histórico, ambiental y psicosocial.

En este sentido, A. Beck (1987) hace referencia al contenido negativo en los pensamientos y actitudes como parte esencial de la depresión, tanto como lo son la tristeza y la inhibición. Un profundo pesimismo anida en el núcleo mismo de sus pensamientos, que se traduce en autocríticas, expectativas negativas y una visión oscura de las experiencias vividas.

Se trata de contenidos reiterativos, automáticos, de alta persistencia e incontrolabilidad.

Estas distorsiones cognitivas son determinantes del trastorno del pensamiento, y operan mediante una abstracción selectiva, sobregeneralización, pensamiento dicotómico, personalización, inferencia arbitraria (sobre las que se hará descripción detallada en el punto A – 2 del presente Capítulo).

Este perfil cognitivo tendrá todos sus correlatos y expresiones en el orden de la conducta y de los afectos. Así, la desesperanza puede ser muy intensa y constituye el aspecto básico a tener en consideración ante el riesgo de suicidio. La notable prevalencia de los aspectos negativos, inmoviliza al paciente para mejorar y orientarse a un funcionamiento más eficaz. Las experiencias de pérdida, marcan sus tendencias a deprimirse, se evalúa a si mismo y a sus experiencias en forma oscura, negativa, sobreinterpretando todo en términos de derrota, privación, se autopercibe como deficiente e inadecuado. Y cuando intenta hacer una mirada prospectiva, ya anticipa que las dificultades seguirán persistiendo y que la vida es difícil, una plaga de frustraciones.

De allí que tienda a realizar autoatribuciones en todas las situaciones, considerando que todas las dificultades se deben a sus propios defectos, dando ello lugar a cimentar la autoinculpación y una férrea autocrítica ante sus errores. De este modo, en el devenir de estas experiencias, se activan patrones cognitivos que se organizan en torno al tema de la pérdida.

Siguiendo a H. Chappa, se sostiene que el fenómeno de la depresión, con sus componentes emocionales, motivacionales, conductuales y vegetativos, se retroalimenta persistentemente con autoevaluaciones negativas. (37)

El depresivo se siente responsable de todo lo malo que acontece, llegando a considerarse una persona que en modo alguno merece ser querida y aceptada, formalizando una elaboración de tipo secundario mediante la que sucesivamente se autopercibe en forma muy negativa, instaurando así un interminable círculo vicioso.

No ve salida a sus problemas, no cree que sus esfuerzos puedan ser valiosos, puesto que en modo anticipado espera resultados negativos en todos sus emprendimientos, perdiendo así la estimulación interna necesaria para asumir o comprometerse en labores constructivas.

De este modo, es posible observar que a causa de sus actitudes negativas, el depresivo interpreta su disforia, sentido de pérdida y toda la gama de sus síntomas físicos como DEFECTOS, lo cual refuerza sus expectativas negativas, generando una autoimagen, un SI MISMO pobre y debilitado.

## A – 2. EL ESQUEMA COGNITIVO DOMINANTE.

Para el desarrollo de este tópico, resulta interesante partir de algunas de las preguntas que orientaron el estudio e investigación sobre el fenómeno depresivo, y sustentaron el paradigma de la psicoterapia cognitiva : ¿Por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes? / ¿Qué lo conduce a no reconocer los factores positivos en su vida?.

Se conoce que una persona puede sentir repentinamente una emoción, aunque no tenga relación con ningún evento externo ; y en otras circunstancias se puede sostener que hubo un “evento cognitivo”, un pensamiento, una reminiscencia, una imagen que se hace presente en el devenir de la conciencia y que contribuye a generar una respuesta emocional, tal como el típico ejemplo

de cruzar la calle y ver que se aproxima un vehículo, que da lugar a la ansiedad y produce un pensamiento: “me va a llevar por delante”. Si cambia el significado de la situación, también la reacción emocional cambiará : el conductor frena, o dobla por otra vía...la ansiedad desaparecerá. Es este mismo contenido de pensamientos que aparecen automáticamente en el curso de la conciencia, el que permite comprender los estados emocionales así como sus perturbaciones.

En este estudio, tiene lugar destacado A. Beck (1976) quien comenzó a entrenar a los pacientes en la detección de los pensamientos automáticos y observó que tenían características comunes : eran específicos, emergiendo mediante frases breves, no como resultado de una deliberación, ni de una reflexión acerca de un tema determinado, sino que parecían ser relativamente autónomos, fuera del dominio de la voluntad y el paciente no debía aplicar enormes esfuerzos para detectarlos ; en los casos de mayor perturbación los pacientes afirmaban “no poder quitarlos de su cabeza” : “es una idea que no puedo sacarme de la cabeza”.

Más llamativo aún resultaba el hecho de que para los pacientes, estos pensamientos automáticos eran totalmente plausibles o razonables y consecuentemente, podían aceptarlos como válidos, incuestionables, sin necesidad de someterlos a la prueba de realidad. Sólo mediante una reflexión guiada, era posible que llegaran a la conclusión de su invalidez. También era factible advertir que generalmente giraban en torno a una misma temática (aunque no al modo típico del paciente obsesivo), el autor da un ejemplo, el paciente depresivo puede pensar que su madre lo critica por su comportamiento o por cómo está vestido, que su jefe desaprueba su desempeño en el trabajo, que su esposa no está conforme con la relación que mantienen o que el terapeuta no lo considera inteligente. Estos pensamientos negativos ocurren a pesar de ser contrarios a una evidencia objetiva. (38)

Los pensamientos automáticos logran conformar una verdadera idiosincrasia en la persona, por su poder y repetición ; constituyen señales internas tanto en forma lingüística como visual y cumplen un papel sumamente importante en la conducta, en el modo en que cada persona dialoga consigo misma, se instruye, se prepara, se acepta o se critica ; a todo este componente Beck (1976) lo denominó : “perfil cognitivo”.



El modelo cognitivo postula tres conceptos básicos para explicar los componentes psicológicos de la depresión :

- La tríada cognitiva
- Los esquemas
- Las distorsiones cognitivas (39)

De este modo, Beck y col. (1979) hace referencia al concepto de “tríada cognitiva”, donde condensa los patrones cognitivos centrales y propios del cuadro depresivo, esto es :

**Visión de si mismo**, por el que se percibe como inadecuado, inútil, vacío ; todas sus expectativas personales están teñidas de sentimientos de fracaso, sintiendo su incompetencia, valorando los problemas de la vida cotidiana como muy difíciles de resolver, por lo que desea que otros asuman responsabilidades por él.

Se autopercibe desgraciado, enfermo y torpe, todo lo atribuye a sus propios defectos (psíquicos, morales o físicos). Se autocrítica duramente y piensa que no merece ser feliz.

**Visión del mundo y del entorno** : el mundo se le aparece como un gran demandante, poblado de reclamos irracionales, revestido de penas y frustraciones. Como todo logro se percibe lejano, no encuentra placer ni gratificaciones en el medio que le rodea. El paciente depresivo piensa equivocadamente que será rechazado, tiende a la marginación por ello y este aislamiento no hace más que sumirlo en la desesperanza, y es en este punto (como ya se mencionara en otro apartado) donde se pone fuerte acento como factor de riesgo de suicidio.

**Visión del futuro** : el paciente depresivo está convencido de que todos los problemas persistirán o más aún, que empeorarán ; su percepción pesimista y desesperanzada acerca del futuro, contamina todas sus experiencias y sus posibles expectativas, de allí que cuando logra embarcarse en un proyecto, anticipa que sus dificultades o sufrimiento actuales persistirán indefinidamente.

De este modo, las manifestaciones motivacionales, conductuales y físicas, reflejadas en síntomas como la inhibición, falta de energía, inercia y fatiga, tienen sus raíces en las constelaciones cognitivas depresivas. La falta de voluntad y la inercia se alimentan de expectativas de fracaso, de un

sentimiento de autoeficacia empobrecido y de la percepción de sentirse incapaces de afrontar problemas y solucionarlos. (40)

Al hablar de “los esquemas”, se está haciendo referencia a los patrones cognitivos estables ; estos determinan el modo en el que el individuo estructura distintas experiencias y de esta manera conforman las bases para que reconozca, diferencie y codifique el estímulo al que se enfrenta.

Son modelos internos o aspectos del self y del mundo, a través de los cuales el sujeto percibe, codifica y rememora la información.

Situación → Esquema → Significado

La situación activa un esquema que responde a estas circunstancias particulares ; a su vez, un esquema es poseedor de creencias que se involucran en la interpretación o la atribución de significados que luego operarán en la expresión emocional y en las conductas.

El paciente depresivo pierde en gran parte el control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y no puede apelar a otros esquemas más adecuados. Toda vez que estos esquemas subyacentes se activan, sus actitudes, conductas y emociones pueden conducirlo a autoprofesías que se cumplan : si el paciente cree que será desgraciado sin la aprobación de los demás, probablemente lo será, puesto que él mismo conseguirá que su supuesto se haga realidad, aún cuando los estímulos o circunstancias externos indiquen lo contrario.

Chappa (2003) explica que en los estados psicopatológicos como el de la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de un modo tal, que se ajustan a los esquemas inadecuados predominantes. A continuación, ofrece un ejemplo de los supuestos depresógenos :

“Si no tengo amor, soy una inútil,

XX no me ama” Conclusión : “Soy una inútil”

Supuestos implícitos:

“Es culpa mía que las cosas vayan mal”

“Mi marido me dejó porque yo hice las cosas mal” (41)

En cuanto a las “distorsiones cognitivas”, A. Beck (1976) sostiene que los errores sistemáticos propios del pensamiento de las personas deprimidas, mantienen sus creencias en la validez de sus conceptos negativos, aún cuando existan evidencias contrarias. Estas distorsiones comprenden : **Inferencias Arbitrarias** : se arriba a conclusiones, sin evidencias que las sustenten o aun cuando éstas las contradicen ; o se elaboran sólo en base a suposiciones (ej. “Los otros saben más que yo ; no puedo confiar en mis propias ideas”).

**Abstracción Selectiva** : conclusión que se basa en un aspecto del problema y no en la totalidad. Se extrae un detalle fuera de contexto, pasando por alto otros aspectos sobresalientes de la situación, y se llega a una conclusión a partir de ese detalle. (ej. medirse a uno mismo en función de los errores que comete o sus debilidades, en tanto que se pasan por alto los logros o los éxitos.)

**Sobregeneralización** : a partir de escasos elementos, se llega a una conclusión general, la que posteriormente es aplicada a otras situaciones que no tienen relación. (ej. “Nunca me ha salido nada bien”)

**Maximización y Minimización** : el significado de un evento se pondera como crucial o trivial. (ej. maximizar los defectos, minimizar las virtudes personales).

**Personalización** : todo es tomado como una afrenta personal, aunque el evento no tenga que ver con la persona ; todo es autoreferenciado, los hechos externos son atribuidos a uno mismo, en ausencia de pruebas. (ej. “Mi propuesta no los ha convencido, por lo tanto yo no les agrado”)

**Pensamiento Dicotómico** : toda experiencia es clasificada en polos opuestos extremos : bueno / malo ; competente / incompetente ; siempre / nunca. (ej. “Si no lo hice hasta ahora, jamás podré hacerlo”).

**Pensamiento Catastrófico** : lo peor siempre está presente en los pensamientos ; existe total convicción de que ocurrirá el evento tal como se lo piensa. Se manifiesta como exageración en la predicción de los resultados (hacer una montaña de un grano de arena) ; en ello, es muy común el pensamiento condicional. (ej. “Si hubiera aceptado la propuesta de aquella compañía, ENTONCES hoy sería gerente. Cuando rechacé la oferta, arruiné mi vida”).

Todo este marco ideacional conforma el perfil cognitivo del paciente deprimido, sus características percepciones, procesos evaluativos y creencias. El afecto será el que expresará el sentimiento subjetivo. Las cogniciones y las emociones

están altamente interrelacionadas, de allí que a una evaluación positiva o negativa de las situaciones, le sigan emociones positivas o negativas.

### A – 3. EL PACIENTE DEPRESIVO - SUS INTERACCIONES SOCIALES - SU FAMILIA

Según Constance Hammen (1996), la vulnerabilidad a la depresión resulta de la interacción compleja entre factores biológicos, ambientales e intraindividuales. Así, en muchos depresivos, la vulnerabilidad a la depresión está determinada, principalmente, por factores interpersonales.

En este orden, se entiende que tanto demandar como otorgar cuidados, conforman patrones interdependientes y constituyen un único patrón interpersonal de relación. Gilbert (1992) sostiene que como humanos, se tienen expectativas acerca de disponer de determinado tipo de ambiente que haga posible vivir la vida de un modo seguro, no defensivo ; como parte de esta gama de requerimientos, se cuentan la necesidad de pertenencia, de compartir una identidad social, de contar con el reaseguro y aceptación de los roles sociales, así como con la valoración por parte de quienes rodean a la persona. Es cierto que, hechos vitales desafortunados pueden desencadenar una reacción depresiva. Las catástrofes, las pérdidas de afectos o de otros lazos sociales, las crisis financieras individuales o nacionales, también ejercen suficiente peso en la determinación de una perturbación en el modo de funcionamiento cotidiano. En este marco de factores estresantes, las variables cognitivas revisten gran importancia, ya que tienen la función de “significar” los hechos vividos.

Así, las personas depresivas muestran tendencia a sufrir hechos estresantes, que parcialmente están determinados por su propio comportamiento ; no obstante también estar expuestas a eventos desfavorables que son independientes de las características de su conducta. A este respecto, Hammen (1996) establece una clasificación de las causales estresantes en interpersonales y las no interpersonales, y sostiene que las mujeres depresivas tienden a sufrir más las primeras, particularmente las de naturaleza conflictiva, en una proporción aún mayor comparativamente con las mujeres no depresivas.

Tales causales estarían vinculadas a particularidades de la “forma de ser” de las personas, lo cual conformarían terreno fértil para generar una atmósfera conflictiva en el entorno, conflictos que a su vez resultan precipitantes del estado depresivo.

Se destacan variables de naturaleza social que aumentan la vulnerabilidad a la depresión, tales como las mujeres sin apoyo social ; la carencia de empleo ; tener más de 3 (tres) hijos ; haber perdido a la madre antes de los 11 (once) años.

La mayoría de los pacientes depresivos suele mostrar menos competencia para la resolución de conflictos de relación, en virtud de las características de su estilo de vínculo interpersonal. Indudablemente, la falta de autoestima los torna inseguros frente al otro, por lo que tienden a focalizarse en sus debilidades.

Es esperable que las frecuentes expresiones de pesar y desvalimiento, el tono negativo generalizado, ejerzan un impacto desfavorable sobre el entorno, muy especialmente en la pareja del depresivo. De este modo, tales factores pueden activar el patrón de respuesta depresivo : con autopercepción de inferioridad, bajo status percibido, inhibición interpersonal y social ; y así desencadenar un estado aún más disfuncional.

Como resultado de diversas investigaciones, se conoce que uno de los principales factores precipitantes de la depresión lo constituye la falta de apoyo social ; entendiendo por éste según Hal Arkowitz (1992) como la percepción que tiene el sujeto o la provisión de los instrumentos reales o expresivos del entorno, conformado por la comunidad, los lazos o tejidos sociales y la confianza en los distintos compañeros (familiares, amigos, vecinos, compañeros) ; el autor se ha interesado especialmente por este tema y da cuenta de que las personas deprimidas tienen menos apoyo social en comparación con las del grupo control ; así también, una carencia respecto de relaciones cercanas o íntimas y en general, menor cantidad de relaciones que aporten apoyo a sus vidas.

El apoyo social implica tanto la percepción subjetiva como el acceso real a las relaciones de confianza, con aquellos que pueden disponer de la colaboración y que simultáneamente le otorgan la oportunidad de expresarse socialmente. (Las

personas pueden carecer de apoyo efectivo, o bien sus relaciones cercanas estar perturbadas).

Al analizar desde una perspectiva cognitiva este ítem de la “percepción de apoyo”, se comprueba que éste pasa a un primer plano : así un sujeto puede estar rodeado de relaciones : familiares, amistosas, sociales y no obstante sentirse muy solo o no apoyado. Mientras que otro, puede contar con un solo amigo o con un vecino, o tener confianza exclusivamente en su pareja, y percibir un buen grado de satisfacción en el apoyo social.

Esta experiencia de falta de apoyo social, efectivamente actúa como causa o consecuencia del ánimo depresivo, revistiendo calidad de doble fuente de depresión. Entre los factores involucrados se cuentan : la restricción en el contacto con familiares y amigos ; la existencia de pocos amigos con los que efectivamente se pueda contar ; notable disminución de la satisfacción en los vínculos con parientes y amigos ; escasa confianza en el cónyuge ; evidente insatisfacción en la relación matrimonial, teñida por la falta de comunicación, comunicación negativa, hostilidades y persistentes desacuerdos.

Coyne (1976) ha sugerido que las personas con tendencia a deprimirse suelen alienar a los demás con su estilo de relación interpersonal y con su comportamiento logran un efecto contrario al esperado : reducción del apoyo social (42) El resultado es la instauración de un círculo enviciado, puesto que la falta de apoyo social genera depresión y ésta a su vez, aumenta la ausencia de apoyo.

Es de capital importancia considerar que la depresión es un proceso, una enfermedad en sentido médico, pero que acontece en un medio social ; reduciendo la capacidad del sujeto para su interacción efectiva, alterando su rol social y laboral, agravando aún más su estado de ánimo. Klerman y Weissman (1984), han destacado la relevancia de los factores psicosociales tanto en la precipitación como en el mantenimiento de la depresión.

También Heinz Kohut al hablar de depresión, y a través de su teoría psicológica del self, se basa en el supuesto de que el “sí mismo” tiene necesidades específicas que deben ser atendidas por el entorno, para darle a la persona sentido positivo de autoestima y autocohesión. Refiere como

necesidades básicas la admiración, la validación, la afirmación, la idealización, y que en tanto no se ejercen estas funciones, se genera una pérdida masiva de autoestima que precipita el estado depresivo.

Algunos estudios también hacen alusión a la psicopatología observada en la familia, cuando el paciente depresivo es diagnosticado y sometido a tratamiento, este estado disfuncional tiende a permanecer en el núcleo familiar, lo que puede interferir en la mejoría del sujeto, incidir en sus recaídas o en su adaptación. Por ello, remarcan la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con este contexto.

## CAPITULO III

### A – POSTULADOS DESDE LAS DIVERSAS PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS

En este apartado, se desarrollarán en modo sucinto, contenidos básicos y metas de los enfoques terapéuticos más conocidos (o asiduamente utilizados) en el abordaje de las Depresiones. Para ello, en principio, convendrá revisar el marco conceptual acerca de qué se entiende por Terapia, término que refiere la forma sufija con la significación de tratamiento (43) y Psicoterapia, que según Frank (1982) se explicita como una interacción planificada, cargada emocionalmente y que confía en la interacción entre un sanador cualificado y autorizado socialmente y alguien que sufre. Conforme a la persona, a la naturaleza de su problema, serán las técnicas que se desarrollen. (Cada herida, tiene su unguento –suele decirse-).

#### A – 1. ENFOQUE PSICODINÁMICO

Entre cuyos autores más destacados se encuentran Freud, Abraham, Jacobson, Kohut ; parten de una concepción de esta entidad, atribuyendo causalidad a una regresión del Yo, autoestima dañada y conflicto no resuelto debido a una pérdida objetal desde edades muy tempranas y a una frustración.

Según la descripción que formula Otto Fehichel (1966), en forma leve, la depresión se presenta en casi todas las neurosis (al menos, bajo la forma de sentimientos neuróticos de inferioridad). En su forma más intensa, es el más terrible de los síntomas que caracterizan el angustioso estado psicótico de la melancolía. (44).

Prevalece la misma predisposición de base en la depresión, la adicción y los impulsos patológicos.

Existe en el sujeto una fijación a un estado en que la autoestima es fuertemente regulada por suministros externos ; o bien, donde los sentimientos



de culpa le han provocado su regreso a ese estado y por ende, experimenta una necesidad vital de tales suministros.

Así es que si las necesidades narcisísticas de ese sujeto no encuentran la esperada satisfacción, su autoestima desciende hasta un extremo de alto riesgo. Por un lado, el anclaje en la etapa pregenital se expresa en una tendencia a reaccionar a las frustraciones, mediante la violencia ; por el otro, su dependencia oral, le impulsa a tratar de conseguir lo que necesita mediante la propiciación y la sumisión. Muchas actitudes depresivas son precisamente condensaciones de propiciación y agresividad.

Así, el conflicto entre estas dos formas contradictorias de conducta es característico de las personas que presentan esta predisposición. (45).

La dependencia y el estilo narcisístico en la elección de objeto, resultan características de la personalidad de estos sujetos.

Además, desde esta perspectiva, también se hace alusión a acontecimientos precipitantes de un estado depresivo, los cuales pueden ser representativos de una pérdida de autoestima, o bien de suministros externos que el paciente confiaba que asegurarían e incluso elevarían su autoestima.

Para Freud, los estados depresivos estaban centrados en la pérdida objetal, consciente en algunos casos, como en el duelo y no consciente en otros y sostenía que en el segundo caso, la pérdida no pertenecía al mundo exterior sino al propio (interno - ego - sí mismo).

El empobrecimiento de la imagen de sí mismo, con sus consecuentes reacciones de hostilidad, autorreproche y actitudes negativas hacia sí mismo, se fue tornando prototípico de las hipótesis sobre los psicodinamismos depresivos y, fundamentalmente, de las bases dinámicas del suicidio. (46)

Desde esta perspectiva, los objetivos principales así como las estrategias de cambio, estarán orientados hacia la promoción de un cambio de la personalidad, mediante la comprensión (insight) de los conflictos pasados ; la consecución de "introspección" sobre las defensas, distorsiones del Yo y defectos del Super Yo ; la facilitación de un modelo de rol y de la liberación catártica de la agresividad.

En función de estas metas, la perspectiva psicodinámica propone la empatía expresiva, esto es, un análisis completo o parcial de la transferencia o

resistencia ; la confrontación de las defensas y la clarificación de las distorsiones del Yo y del Super Yo.

De este modo, la relación terapéutica se perfila como intérprete – reflector : establecimiento y exploración de la transferencia ; alianza terapéutica para una positiva dependencia y una comprensión empática ; respecto del rol que desempeñan otros agentes de la red de apoyo social para el paciente, desde la mirada psicodinámica se otorga prevalencia a una plena confidencialidad individual, por lo que se excluyen a otras personas significativas, excepto en situaciones en que la vida del sujeto esté en peligro.

## A – 2. LA PERSPECTIVA COGNOSCITIVA

Propulsada desde Platón, por Adler, Beck, Rush, en las Depresiones impera el pensamiento distorsionado ; la disforia motivada por la visión negativa aprendida de si mismo, los otros y el mundo.

Las estrategias de cambio entonces, procurarán el alivio sintomático mediante la modificación de determinados pensamientos ; identificar cogniciones auto-destructivas ; modificar creencias erróneas específicas ; promover el auto-control frente a los patrones de pensamiento.

Las técnicas y prácticas más destacadas en este contexto, responderán a este perfil cognoscitivo – conductual, por las que el paciente es orientado al registro y control de las cogniciones ; la corrección de los pensamientos distorsionados, mediante pruebas lógicas y basadas en la experimentación ; la proporción de contenidos de pensamiento alternativos y con la asignación de tareas inter-sesión.

En este escenario, el rol terapéutico se identificará al del educador – formador, y en la relación paciente – terapeuta se tenderá a potenciar su calidad, más que a los aspectos transferenciales ; se destaca además, el empirismo colaborador como base de una tarea científica.

Aquí el rol del cónyuge – familia, resulta distinto ya que el cónyuge es requerido como informador objetivo. Desde esta perspectiva, también se

focalizan las terapias de pareja para las cogniciones distorsionadas centradas en la relación matrimonial.

Sin lugar a dudas, el modelo de la psicoterapia cognitiva otorga énfasis al rol que juegan las cogniciones en el procesamiento de la información, particularmente en los trastornos emocionales, por ello, las intervenciones se orientan primariamente hacia estos procesos cognitivos.

Beck (1979) hace referencia sobre la importancia de proporcionarle al paciente el alivio sintomático, y para ello propone como método generador del cambio, la focalización de la atención del paciente en sus pensamientos y creencias, promoviendo que acentúe sobre ellos su observación, en función de ir descubriendo en modo gradual los supuestos subyacentes, puesto que ellos están a la base de su malestar.

Tales cogniciones y supuestos subyacentes son examinados y explorados desde otros puntos de vista, favoreciendo una actitud más positiva hacia los problemas ; el paciente depresivo no sólo tiende su pensamiento negativo en modo generalizado, sino que además, no dispone de capacidad para ponderar los aspectos positivos de su vida.

### A - 3. PERSPECTIVA COGNITIVO -CONDUCTUAL

Esta perspectiva muestra un encuadre terapéutico distinto al de la terapia tradicional. Sobre el conocimiento histórico que impera acerca de la psicoterapia, el paciente puede creer que su rol se identificará con el de evocar hechos significativos de su vida, en particular sobre su infancia y que ello permitirá develar las razones de su obrar y de su modo de ser, interpretados a la luz de los conocimientos que su terapeuta tiene acerca de los aspectos oscuros del ser humano y de sus vínculos.

Por el contrario, el rol del terapeuta cognitivo – conductual es distinto de la posición terapéutica tradicional. Se trata de un rol sumamente activo, centrado en los significados personales del paciente (a quien ayudará a reconocerlos cuando los ignore).

La consideración del terapeuta se erige en torno a que las dificultades del paciente han surgido a partir de un desorden básico del sistema nervioso, en función del cual ha estructurado sus experiencias vitales con una connotación negativa, que concluye en aprendizajes desfavorables y cuya más clara expresión estará conformada por : un repertorio muy pobre de recursos de afrontamiento ; déficit de habilidades sociales ; autoimagen de “perdedor” que siempre le conducirá a desistir de todo emprendimiento ; escasa autoestima ; tener la experiencia de ser alguien por quien no tiene sentido cualquier esfuerzo de ayuda.

En razón de estos aspectos, la tarea fundamental consistirá en organizar experiencias de carácter correctivo, entrenar al paciente en habilidades de afrontamiento, propiciar el autorrefuerzo positivo ; todas ellas, estrategias que contribuyan a los cambios esperados en el autoconcepto y la autoimagen.

Es importante no dejar de señalar que, en este orden Beck sustenta sus propuestas sobre la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, adoptando conceptos como expectativa de refuerzos, autoeficacia y eficacia en los resultados, interacción entre persona – ambiente, modelado y aprendizaje vicario, que resultaron decisivos para la terapia conductual, promoviendo un viraje hacia el dominio cognitivo. Desde entonces, el tradicional paradigma sostenido desde Pavlov hasta Skinner, cede lugar al procesamiento cognitivo abriendo una importante vía de investigación acerca de los trastornos emocionales basados en las cogniciones.

Según A. Bandura (1982), se trata de la explicación de la conducta humana en términos de una interacción recíproca y sostenida entre los determinantes cognitivos, los conductuales y los ambientales ; ello hace posible que las personas influyan en su destino y fija los límites de la autodirección. En este modelo, cognición, afecto y conducta se muestran en íntima correlación.

#### A – 4. ENFOQUE INTERPERSONAL

Desde este enfoque, con exponentes como Meyer, Sullivan, Klerman, Weissman, el punto de partida en la consideración de las Depresiones, se

identifica en el deterioro de las relaciones interpersonales ; vínculos sociales ausentes o insatisfactorios ; por ende, los objetivos principales se centrarán en proporcionar alivio sintomático mediante la resolución de los problemas interpersonales actuales ; reducir el estrés relacionado con la familia o el trabajo ; mejorar las habilidades de comunicación interpersonal.

En esta instancia, el rol del terapeuta será el de un explorador – prescriptor ; donde la relación se sustentará en la transferencia positiva sin interpretación ; el terapeuta estará convocado a mantener un rol activo mediante la influencia y el apoyo directo.

Asimismo, también el cónyuge tendrá un rol integral durante el tratamiento, ello, mediante el examen de su papel en la predisposición del paciente respecto de la depresión y sus efectos sobre el matrimonio.

A este respecto, Markowitz (1999) sostiene que los resultados satisfactorios demostrados por estudios controlados han llevado a que este modelo sea empleado en la distimia ; así también, el alcance de respuestas eficaces en poblaciones de adolescentes según Mufson, Moreau y Weissman (1993) y también en otros trastornos, conforme a los informes aportados por Klerman y Weissman (1993). (47)

Este modelo parte de formulaciones según el modelo médico de la depresión, esto es, la considera una enfermedad y centra el enfoque terapéutico en los hechos reales de la vida ; y si bien se formaliza mediante prescripciones específicas, considera también en su marco de acción, factores inespecíficos como el vínculo y el estímulo orientado al cambio.(48)

El abordaje está focalizado en el presente, en los hechos vitales y sociales que podrían estar incidiendo decididamente en este trastorno ; poniendo acento más sobre lo que ocurre fuera del consultorio que en aquello que el paciente piensa, como ocurre en el modelo cognitivo. (49)

Es posible referir que este modelo otorga preeminencia a la conceptualización psicosocial de este trastorno ; lo observa como un problema multicausal ; el terapeuta alienta al paciente a afrontar las situaciones problemáticas en modo

activo, procurando la modificación de sus patrones de interacción, a la vez que persiguiendo la mejoría clínica.

Este abordaje es desplegado a partir de la exploración de las áreas problemáticas del paciente : el duelo (complicado) ; el conflicto de roles ; la transición de roles y el déficit interpersonal ; para desarrollar posteriormente el trabajo terapéutico focalizado en fases (inicial, media y de terminación), en las que se preserva un constante aliento a la expresión emocional del paciente, así como, a la identificación de motivaciones y deseos comprometidos en cada una de estas áreas de su vida.

#### A – 5. LA PERSPECTIVA FARMACOTERAPÉUTICA

A partir de una mirada biológica del problema, será preciso considerar que si bien las psicoterapias específicas, de duración limitada como las terapias interpersonales, las cognoscitivas, han influido de manera destacada en los sistemas terapéuticos de los trastornos del ánimo, este enfoque no ha tenido menor importancia en su abordaje y poder de influencia.

En modo cada vez más acentuado desde el sector salud, se constatan las ventajas de formalizar planes de acción más abarcativos e integradores sobre la problemática que conllevan estos trastornos, que necesariamente incluyen la dimensión biológica y que instan a complementar acciones terapéuticas combinadas.

Es necesario hacer especial referencia a la multifactorialidad de la depresión con tanto énfasis, como a su heterogeneidad neurobiológica, en razón de que se estima, pueden estar afectados varios neurotransmisores o sistemas neurometabólicos en este estado.

A partir de estos conceptos, es que surgieron varias teorías para explicar la acción de los antidepresivos : las noradrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y gabaérgicas. No obstante ello, no ha surgido aún un modelo indiscutible que de precisiones acerca de la fisiología de la depresión.

Si bien es aceptado que la serotonina y la noradrenalina mantienen compromiso en el mantenimiento de la respuesta depresiva, no es posible una explicación que de cuenta por sí mismos, respecto de los modos de acción de los fármacos. También, durante los últimos años, se investigaron las perturbaciones del eje hipotálamo –hipofiso-suprarrenal y su participación en el estrés y la depresión, centrando gran interés y dando lugar a la generación de nuevos fármacos cuya finalidad sería incidir sobre algunas estructuras de este eje.

También se consideraron otras variables clínicas como factores de incidencia en la acción de los antidepresivos, tales como la relación cronológica, esto es, si primero se presenta un episodio depresivo mayor y le sucede una distimia, donde los resultados son menores que si sucede a la inversa.

Otro punto de interés también han sido, las variables relacionadas con las características individuales del paciente, como su condición social, educacional o de personalidad, que indudablemente constituyen un gran condicionante a la hora de ponderar la respuesta ante la acción farmacológica. Un mismo fármaco puede mostrar efectos secundarios en un sujeto, en tanto que en otro no, instando probablemente al primero a abandonar el tratamiento ; por ello es que en este modelo de tratamientos, generalmente se considere prudente indicar dosis bajas al inicio, y un aumento progresivo posteriormente.

En este desarrollo descriptivo, es importante hacer mención de los psicofármacos antidepresivos actualmente en uso, conforme al grado de eficacia clínicamente conocida. Según H. Chappa, conviene especificar que por eficacia clínica debe entenderse la capacidad que tiene un antidepresivo para controlar los síntomas y modificar positivamente la calidad de vida, pero también debe ser capaz de tener, con la administración continua, un efecto preventivo de las recaídas, sin que genere perturbaciones secundarias en el organismo. (50)

Es preciso insistir en que un antidepresivo debe no sólo contar con propiedades terapéuticas, sino que además debe estar exento de reacciones adversas o al menos si están presentes, que resulten de carácter leve.

Conforme a este criterio, se considera una clasificación que aporta claridad al conocimiento de esta gama de agentes terapéuticos : los antidepresivos de

primera elección / las moléculas tradicionales de eficacia probada / las nuevas moléculas antidepresivas.

En esta instancia se presentarán mediante el siguiente esquema :

### **ANTIDEPRESIVOS DE PRIMERA ELECCIÓN**

El grupo de los ISRS (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) y la TIANEPTINA.

Han demostrado eficacia en el tratamiento de las depresiones crónicas, el trastorno distímico y también en ciertos trastornos de la personalidad.

1- A su vez, el grupo de los ISRS está conformado por los siguientes agentes :

- Fluoxetina
  - Paroxetina
  - Sertralina
  - Citalopran
  - Fluvoxamina
- Los ISRS bloquean la recaptación de serotonina en las neuronas presinápticas. No producen los efectos secundarios habituales en el uso de los Antidepresivos Tricíclicos, por ello, no son cardiotóxicos. Sí en cambio, muestran síntomas secundarios propios del aumento de la disponibilidad de serotonina (boca seca, náuseas, diarrea, insomnio, nerviosismo, disfunción sexual).

En los casos refractarios, suele combinarse ISRS, con ATC (antidepresivos tricíclicos) con ciertas reservas, en razón de la inhibición del citocromo en el hígado que puede inducir.

Acerca de la Fluoxetina : puede señalarse que poseen efecto activador, que la convierten en el agente de elección cuando existe predominio de cansancio crónico, astenia y fatigabilidad.

Según Dunner (1998), su asociación con psicoterapia, resulta efectiva y es decididamente afirmada por diversos estudios e investigaciones. (51)

Se ha demostrado además, su alta eficacia cuando el paciente es portador de una importante obsesividad comórbida, asimismo se ha comprobado su efecto



puntual en este sentido, ponderando la sensible reducción de la ideación obsesiva, con lo que contribuye favorablemente al resultado terapéutico.

También se especifica la necesidad de tener en cuenta, que debe emplearse en un lapso no menor de 6 (seis) meses antes de considerar que el fármaco ha fracasado o que el caso es resistente y requiere potenciadores (52)

Paroxetina : puede tener efectos anticolinérgicos mínimos. Ha demostrado ser el fármaco de elección ante la presencia de trastornos comórbidos como fobia social , ansiedad intensa e insomnio ; crisis de pánico ; trastornos de personalidad (grupo B) ; estrés postraumático ; depresión doble.

Su efecto ansiolítico favorece el control de los síntomas, cuando la ansiedad generalizada es predominante.

Las investigaciones demuestran su eficacia terapéutica, por su doble acción antidepresiva y de control de los complejos mecanismos del pánico. Particularmente es de tener en consideración, que la fobia social puede acompañar solapadamente a una sintomatología depresiva crónica.

Desde el punto de vista práctico, suele resultar muy eficaz, la combinación de paroxetina con terapia cognitiva – conductual.

Sertralina : posee perfil mixto, respecto de las acciones activadoras e inhibitoras (como la paroxetina y el citalopram), por lo que resulta de buen impacto, especialmente en el grupo de las distimias.

En la gama de los ISRS, es el de mayor potencia en su capacidad de inhibición de la dopamina, y con alta afinidad con el receptor sigma, lo que convoca a indagar aún más acerca de su acción sobre síntomas psicóticos.

En estudios más sostenidos en el tiempo, se ha comprobado su eficacia no sólo en cuanto a los síntomas depresivos, sino también en la calidad de vida y el funcionamiento global de los pacientes, con buen grado de tolerancia.

La combinación de este fármaco con psicoterapia interpersonal aparenta ofrecer buena respuesta, con la reserva de controlar sus efectos en casos donde el tratamiento sea más extensivo en el tiempo.

Citalopram : no posee acción sedante y es muy baja su afinidad con los receptores dopaminérgicos (D 1 y D 2), noradrenérgicos y colinérgicos ; condición que lo hace apto para el tratamiento de personas mayores, al tener pocos

efectos colaterales posteriores a su administración (los efectos adversos son bastante comunes a los ISRS).

La respuesta terapéutica puede tener una demora de varias semanas, y se señala que este fármaco (al igual que la fluoxetina y la fluvoxamina), debe ser administrado prudentemente con la carbamazepina.

Fluvoxamina : Su uso fue aprobado únicamente para el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo (TOC), por la entidad competente en esta materia ; posee efectos ansiolíticos de alto alcance y baja acción antidepresiva. No suele utilizarse en depresiones crónicas como la distimia.

## 2- Luego se mencionan los TRICÍCLICOS MODIFICADOS

El único antidepresivo de esta naturaleza disponible en el mercado es la Tianeptina. Reciben esta denominación “modificados”, porque consisten en una molécula que se distingue de los tricíclicos tradicionales, al disponer de un núcleo benzodiazepínico que ejerce acción antidepresiva, a diferencia de los ISRS, y ello incrementa la recaptación de serotonina.

Tianeptina : es entonces, un antidepresivo tricíclico dibenzodiazepínico, que no posee efectos anticolinérgicos, cardiovasculares y neuroendocrinos. Está demostrado que en la administración prolongada, este fármaco ejerce efectos correctores sobre la desregulación hipotálamo –hipofiso-suprarrenal que tiene lugar durante la depresión.

Mediante estudios comparativos, se comprobó la eficacia de la Tianeptina respecto de la acción ejercida por los tricíclicos tradicionales y con la fluoxetina, en el que fueron observados pacientes distímicos con predominio ansioso. Otros estudios, también confirmaron los beneficios de este fármaco así como con la amitriptilina en casos de ansiedad psíquica y somática.

Muestra síntomas secundarios leves, que en su mayoría se asocian a insomnio, cefaleas y algunas perturbaciones digestivas. También ofrece buen margen de tolerancia en personas adultas mayores, hasta con mejoría en su rendimiento cognoscitivo.

Además del efecto antidepresivo, la Tianeptina dispone de propiedades ansiolíticas que hacen innecesaria su administración con benzodiazepinas u otros ansiolíticos (Guelfi, 1992 ; Canabe, Ferreri y col, 1993). Por ello, resulta el

antidepresivo de primera elección en el tratamiento de las distimias y otras depresiones ansiosas.

Muchos estudios orientados a develar el rol de los fármacos antidepresivos, han confirmado una baja tasa de recaídas con la Tianeptina respecto de otros agentes ; en tanto que se mantiene al mismo nivel en cuanto a la tasa de recidivas.

## **ANTIDEPRESIVOS TRADICIONALES**

Históricamente, los antidepresivos tradicionales fueron los únicos en disponibilidad, a la par con los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa) para el abordaje de la depresión.

En el marco de este grupo, se describen TRICÍCLICOS TÍPICOS y los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa).

1-En cuanto a TRICÍCLICOS TÍPICOS :

Incluye los siguientes agentes : - Desipramina  
- Imipramina  
- Amitriptilina

Los ATC (Antidepresivos Tricíclicos) ejercen su acción inhibidora sobre la recaptación de noradrenalina (NA) en las neuronas presinápticas, con reducidos efectos sobre la recaptación de serotonina (a excepción de la clomipramina, que también posee actividad serotoninérgica). Es posible describir el efecto sobre la NA, por las respuestas de activación y ansiedad que se advierten al inicio.

Tiene aparejados ciertos efectos secundarios como sequedad de la boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia ; en virtud de su acción antagonista de los receptores colinérgicos muscarínicos. Los denominados tricíclicos “secundarios” , como la desipramina, nortriptilina, muestran estos efectos en menor grado. Algunos estudios refieren alta efectividad de esta última en depresiones con predominio somático y en otras formas clínicas enmascaradas.

Se ha observado muy buena respuesta ante los ATC, en cuadros depresivos severos, depresiones dobles, particularmente en aquellos casos refractarios.

En cuanto al agente Desipramina : tiene eficacia demostrada en el tratamiento de la depresión y distimia en los casos de “formas puras” (Kocsis, 1994) ; y

luego de dos años de control sostenido, también se comprobó su capacidad en la prevención de recaídas. Otros estudios también aportaron información acerca del funcionamiento social de los pacientes, refiriendo mantenimiento de un nivel eutímico.

Imipramina: muestra un nivel de eficacia relativa. En un estudio de seguimiento realizado, un importante número de pacientes con este fármaco, debió suspender el tratamiento a causa de síntomas secundarios. Se afirma que se trata de un agente a tener en cuenta en casos de depresión doble y particularmente, en las de naturaleza resistente.

Amitriptilina : posee acción ansiolítica y sedante, por lo que demuestra eficacia en trastornos como la distimia, con predominio ansioso. Se han demostrado sus múltiples efectos además del antidepresivo, tal como la reducción de la hipertensión arterial y las extrasístoles, superación de las molestias gastrointestinales y en la dermatitis puriginosa.

Por otra parte, se señala que resulta de demostrada eficacia en las formas enmascaradas de la depresión, acompañadas de trastornos digestivos, cardiocirculatorios de importante predominio.

## 2 – INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA:

A partir de numerosos estudios y seguimiento de observaciones, se produjeron hallazgos de relevancia, que originó el desarrollo de 3 (tres) IMAO :

- Fenelzina
- Isocarboxinida
- Tranilcipromina

Siendo sólo esta última la que se encuentra disponible en el mercado. Muestra eficacia en la terapéutica de las depresiones atípicas, caracterizadas por hipersomnia e hiperfagia. Estos agentes pueden consistir en una alternativa altamente valiosa en pacientes refractarios, donde predominan esencialmente los síntomas neuróticos.

No obstante, según Chappa, es conveniente aclarar que la necesidad de usar dosis múltiples y las restricciones dietéticas (alimentos con alto contenido en

tiramina como los quesos duros, el chocolate, el vino chianti, las habas, las levaduras, etc.) junto con la hipotensión ortostática, los mareos, el insomnio y otros síntomas secundarios, ha llevado a que se limite su uso. (53). En encuestas realizadas, se apuntó que muchos profesionales de la salud mental no habrían hecho uso de este fármaco en sus indicaciones, en razón de sus efectos secundarios en interacción con otros medicamentos, así como por sus restricciones dietéticas.

Algunos estudios estipulan que cuando se hace uso de la tranilcipromina, es sugerible indicar dosis progresivas (10 mg. al inicio, hasta alcanzar los 30 mg./día).

Los IMAO reversibles (IRMA), responden a un perfil con efectos secundarios menos desfavorables y no tienen la condición de ser restrictivos en el orden de la alimentación.

## **NUEVOS PSICOFÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS**

En este grupo, se detallan los siguientes agentes :

- Venlafaxina
- Duloxetina
- Bupropión
- Mirtazapina
- Nefazodona
- Reboxetina

Venlafaxina : es considerada un ATC sin efectos anticolinérgicos, antiadrenérgicos ni antihistamínicos. Puede ser indicada en forma simultánea a los ATC, en razón de su falta de inhibición del citocromo P -450 ; y muestra los efectos propios de la inhibición de recaptación de serotonina, tales como náuseas, cefaleas, disfunción sexual) y de los bloqueadores NE (hipertensión, taquicardia, sudación), que pueden reducirse con el uso de dosis iniciales menores.

Muestra eficacia en la depresión severa, tanto como en casos refractarios ; también está sujeta a prescripción ante cuadros depresivos dobles, en que los antidepresivos tradicionales hayan fracasado.

En cuanto a sintomatología secundaria, son frecuentemente mencionados las cefaleas y la somnolencia, como producto de sus efectos anticolinérgicos ; a los que también se añaden, los efectos propios de la inhibición de recaptación de serotonina, tales como las alteraciones gastrointestinales y las de orden sexual ; además del riesgo de hipertensión que conlleva su administración en dosis elevadas.

Duloxetina : se trata de un antidepresivo dual que posee potente acción inhibitoria in vitro, tanto sobre el NET (transportador de noradrenalina) como sobre el SET (transportador de serotonina).

Muestra importante capacidad de efectos inmediatos, especialmente en la reducción de la ansiedad asociada a la depresión. Sus efectos secundarios son similares a los de los ISRS.

Otros estudios recientes, aportan información acerca de su efectividad en los estados depresivos crónicos, por su acción positiva respecto de la ansiedad, el alivio del dolor dorsolumbar y buen grado de tolerancia.

Bupropión : consiste en una aminocetona con acciones leves en la recaptación de serotonina y noradrenalina. Se hace referencia a su disponibilidad en el mercado en forma de liberación lenta, a efectos de compensar su vida media corta y su tendencia a producir crisis convulsivas.

Posee ventajas tales como las de no producir hipotensión postural, efecto anticolinérgico ni disfunción sexual (en ciertos casos, se ha observado incremento de la libido).

Algunos estudios han permitido observar que los pacientes tienden a perder peso en lugar de aumentarlo ; también tiende a reducir la necesidad de sueño o hasta producir insomnio (al menos en una etapa inicial), lo que puede encontrar explicación en su estructura química muy cercana a la de los estimulantes.

Bodkin y col. (1997) proponen la combinación con ISRS en los casos en los que cualquiera de los otros tipos de fármacos sólo produzcan una respuesta parcial. Sin embargo, la asociación con fluoxetina (de acción activadora) debe evitarse. (54)

Mirtazapina : es un tetracíclico muy reciente en el mercado, cuyo efecto consiste en producir aumento de serotonina y noradrenalina, por lo que se lo

conoce como antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico. Sus ventajas se identifican respecto de otros antidepresivos, en razón de que se administran en dosis única, no ocasiona disfunción sexual y logra corregir el insomnio. Contrariamente, puede provocar somnolencia diurna, vértigo e incremento del apetito.

Hasta el presente, su eficacia es poco conocida en trastornos como la distimia.

Nefazodona : se trata de un potente inhibidor del citocromo P-450, por lo que está terminantemente contraindicado su uso conjunto al aztemizol o terfenadina, que son dos antihistamínicos de administración frecuente.

Este fármaco debe ser utilizado prudentemente con alprazolam, triazolam y midazolam ; y en modo alguno debe asociarse con carbamazepina.

Según estudios específicos (Feighner y col., 1995), se observó una mejoría significativa en pacientes con distimia.

Reboxetina : consiste en un inhibidor de la recaptación de noradrenalina, que tiene acción desinhibidora y carece de acción ansiolítica.

Dubini y col. (1997), realizaron estudios según los que observaron que favorece la adaptación y el nivel de integración social en los pacientes.

## **BENZODIAZEPINAS**

En esta categoría se hace referencia al agente ALPRAZOLAM y si bien no se trata de un antidepresivo, se estima que tendría efectos sobre los sistemas aminérgicos centrales. Santagostino y col. (1998), lo estudiaron con pacientes distímicos observando cambios muy correlacionados con el nivel de adaptación e integración social.

## **NEUROLÉPTICOS DE ACCIÓN ANTIDEPRESIVA**

Grupo en el que se hace referencia al AMISULPRIDA, que no obstante no tener lugar en el mercado del medio, tiene perfil de alto interés en razón de su efecto dual, como antidepresivo en dosis bajas y antipsicótico en dosis altas. Tiene carácter de antipsicótico de segunda generación, ya que actúa sobre la sintomatología negativa y positiva de la esquizofrenia, además de existir hasta el presente, (Geen, 2002) promisorios estudios acerca de su impacto antidepresivo en la distimia.

Según estudios encausados por Penskens y col. (2002), se ha comprobado sus efectos antidepresivos en la esquizofrenia, así como en la depresión mayor.

Siguiendo a H. Chappa y como cierre de la presente descripción, puede argumentarse que el comportamiento de un fármaco en un plazo extendido, resulta de gran importancia en trastornos como la distimia (grupo relevante dentro de las depresiones crónicas), que requieren de continuidad en el tratamiento y que en algunos casos, si no es permanente, puede implicar un tiempo muy prolongado; la impronta de las recaídas también es un indicador muy significativo en este orden, de allí la necesidad de garantizar un control y evaluación sostenidos.

Como puede observarse, la propuesta formulada en modo reiterado y preeminente por este autor, se traduce en que las medidas farmacológicas deben complementarse con estrategias dirigidas en forma específica a la rehabilitación social y laboral del paciente.

#### A – 6. LA PERSPECTIVA SISTÉMICA

Desde esta perspectiva, se intenta dar otra explicación a los fenómenos psicológicos, opuesta al enfoque reduccionista - mecanicista de estímulo – respuesta, en el que el estímulo es tomado como causa y la respuesta como el efecto.

Von Bertalanffy (1945), instó a tomar en cuenta de modo privilegiado, los fenómenos que hacen a la organización de determinados aspectos de una totalidad. Los principios teóricos resultantes de esta perspectiva constituyeron una verdadera revolución en el campo de las conceptualizaciones científicas.

Las nociones claves de esta nueva epistemología como totalidad, interacción dinámica y organización, instalaron una nueva perspectiva en este sentido. Si un sistema es definido como un conjunto de elementos que están relacionados entre sí de un modo específico, resulta clara la importancia que adquiere en esta conceptualización, la idea de “organización de las relaciones” entre dichos elementos.



En general, se trata de un enfoque interaccional, que acentúa lo interpersonal más que lo intrapersonal como foco de atención de la acción psicoterapéutica, instalando así una modalidad diagnóstica centrada en el tipo de vínculos que mantienen entre sí los miembros de un grupo familiar.

Ello impone también, otro modo de recolección de datos y las estrategias a implementar para producir “cambios”. A la luz de esta teoría, ya no se habla de “enfermo mental”, en este caso, “paciente depresivo”, sino de “paciente identificado”, concepto que abarca las relaciones disfuncionales, de la que el paciente es un exponente.

Aquí, la observación se centra sobre las secuencias interactivas, los efectos de las conductas y los síntomas son considerados respuestas adaptativas al contexto familiar, instando ello a dar especial énfasis a la detección de conductas del resto de los miembros, que mantienen esta conducta sintomática como tal.

Como estrategias básicas, se promueve la incidencia en el tipo de coaliciones presentes en el sistema, a efectos de desbalancearlo, de alterar su equilibrio y de lograr reestructuraciones en términos de las posiciones relativas ocupadas por cada uno de los miembros del grupo.

La idea del mantenimiento de las jerarquías y de los límites entre los subsistemas (parental, conyugal, filial) es fundamental desde el punto de vista interaccional, cuando la unidad de trabajo es el grupo familiar.

Existen diversos modelos de intervención en Terapia Familiar, cada uno de ellos orientados en función de técnicas y objetivos específicos, (en este apartado, sólo se mencionan algunos de ellos) :

El modelo ESTRUCTURAL (Minuchin, Montalvo, entre los más destacados), cuyos objetivos centrales serán reorganizar la estructura familiar, trasladando las posiciones relativas de los miembros para interrumpir el patrón disfuncional y fortificar la jerarquía parental, movilizándolo hacia patrones alternativos más adaptativos.

El modelo ESTRATÉGICO (Haley, Equipo de Milán, Grupo de Palo Alto), que tenderán a resolver el problema presentado, con objetivos específicos, definidos conductualmente, con miras a romper el ciclo rígido de retroalimentación (cambio de secuencia que mantiene el síntoma). De esta manera, y con el

propósito de cuestionar los modos limitadores en que ciertos sistemas familiares cristalizados dictan determinada visión de la realidad a los miembros de la familia, Haley y Madanes proponen a los pacientes hacer como si las cosas fueran de otro modo. Un marido deprimido tendrá que hacer como si se sintiera deprimido, mientras que su mujer recibirá el encargo de apreciar si hace bien ese papel. Así, el control que el marido ejercía sobre su mujer con su depresión y por el hecho de no mejorar, al tiempo de mantenerse en una posición de inferioridad se convertirá en un juego en que los cónyuges escenifican ordenamientos de poder diferentes. (55)

Se hace referencia a otro caso en que un niño produjo síntomas de angustia, al tiempo que su angustiada madre se volvía competente : protegía al hijo de su síntoma, cuando en verdad era el niño quien la protegía del suyo. El terapeuta pidió a la madre que fingiera tener miedo a los ladrones, y que el menor hiciera como si la estuviera protegiendo. De este modo el problema de la protección se transformó ; reordenando la jerarquía madre – hijo (puesto que sólo en el juego puede el niño proteger a su madre).

Otro interesante modelo es el de INTERCAMBIO SOCIO – CONDUCTUAL (Lieberman, Paterson, entre otros), que fija objetivos de conducta concretos, observables, el cambio de las contingencias de refuerzo social y recompensa de la conducta adaptativa (refuerzos positivos).

Desde esta perspectiva, el paciente depresivo (identificado) es considerado como el exponente de un sistema de relaciones disfuncionales, en el que sus síntomas conforman claras respuestas adaptativas, su modo de comunicar y de estar “en sintonía” con el sistema al que pertenece, el que a su vez interacciona dinámicamente manteniendo tales síntomas.

#### A – 7. TERAPIA HUMANÍSTICO – EXISTENCIAL

Desde este marco terapéutico, se hará referencia a los enfoques más destacados, y los postulados que plantean respecto del estado depresivo.

## LA MIRADA CENTRADA EN EL CLIENTE :

Conforme a este enfoque, “el cliente” (en lugar de paciente, según Carl Rogers) es quien debe determinar el contenido y la dirección del tratamiento. Afirma que el individuo tiene en su interior, amplios recursos para la autocomprensión., para modificar el autoconcepto, actitudes básicas y su conducta autodirigida, y estos medios pueden utilizarse si es posible proporcionar un ambiente definible de disposiciones psicológicas facilitadoras (56), precisamente de este postulado, deriva el nombre de este modelo psicoterapéutico.

Desde esta perspectiva, las personas con problemas descuidan sus propias experiencias y se alejan de sus YO reales. Estos patrones comienzan durante la niñez, cuando los padres rechazan aspectos de la personalidad del niño ; quizás la sexualidad y la espontaneidad no son aceptables.

Al intentar el logro del afecto, el niño niega las necesidades e impulsos ofensivos. Sin embargo, la negación de la identidad conduce a la actitud defensiva. Los individuos con estos antecedentes se cierran a las vivencias nuevas y su desarrollo psicológico se detiene.

Luego, los sujetos negativos, defensivos y cerrados, tienen un concepto muy pobre de ellos mismos y abandonan las relaciones íntimas. Cuando juegan o trabajan son incapaces de usar sus recursos de manera total y creativa, conformando el auténtico perfil de la persona depresiva.

En cuanto a las metas y procedimientos de este modelo terapéutico, es importante señalar que su objetivo básico es ayudar al cliente a crecer en sus propias direcciones autodefinidas, actualizar sus potenciales y contribuir al crecimiento de su autoestima. Afirma que los clientes deben escoger su ruta particular de desarrollo. Existe confianza en que elegirán metas positivas y constructivas, si se les brinda calor y aceptación.

El tratamiento se asienta en las relaciones y las emociones. Lo que en realidad importa a los teóricos centrados en el cliente es : el ENCUENTRO AQUÍ Y AHORA entre quien sufre y quien cura. Si este vínculo se caracteriza por su autenticidad, aceptación, comprensión momento a momento, debe ocurrir el cambio terapéutico.

De este modo, conforme el cliente se perciba más escuchado, aceptado y comprendido, se tornará más capaz de prestarse atención a sí mismo y a sus experiencias.

Este modelo postula además, que hay un relajamiento general que hace que tarde o temprano la rigidez, la inmadurez, egocentrismo y actitud defensiva desaparezcan, disponiendo al cliente a mejores relaciones consigo mismo y con los demás.

Desde la PSICOTERAPIA GESTALT :

Fue F. Perls, un psiquiatra con adiestramiento psicoanalítico quien introdujo este modelo psicoterapéutico a principios de 1950. Gestalt quiere decir forma, patrón, o estructura.

Desde esta perspectiva, se priorizan las experiencias subjetivas, sobre todo la percepción ; se entiende que el todo es diferente y más que la simple suma de las partes. Su abordaje sigue los mismos lineamientos que la Terapia Centrada en el Cliente : sostienen que las personas pierden muchas energías rechazando aspectos de ellas mismas, no reconociendo sus necesidades reales, adoptando características ajenas a las suyas.

La meta final de este modelo terapéutico se orienta a restaurar las capacidades innatas para el crecimiento. En este marco, los terapeutas gestalt se fijan varias tareas : deben destruir bloqueos, fachadas, juegos, pretensiones y defensas del cliente y propiciar la autoconciencia.

Sobre todo, procuran ayudar al cliente a integrar todas las facetas del YO en forma armónica : a completar la gestalt, ser lo que en realidad es y vivir en el "ahora".

Para alcanzar estas metas, hay una serie de prácticas distintivas : al contrario de los terapeutas centrados en el cliente, que evitan las evaluaciones intelectuales, los de la gestalt observan y analizan de cerca al paciente. Hacen un escrutinio del habla, los tonos vocales, los gestos, el lenguaje corporal, para descubrir lo que el paciente evita y el modo en que se engaña a sí mismo.

Muy frecuentemente se utilizan ejercicios de grupo para poner a las personas en contacto con sus cuerpos, para fomentar la espontaneidad y la apertura acerca de sentimientos individuales y experiencias, ofrecer información con

respecto a las relaciones sociales, (como tema de alto impacto en un paciente depresivo) ; así por ejemplo, en una rutina las personas se percatan de sus sensaciones cuando son tocados y acarician a un desconocido.

Otro elemento clave de este modelo, es la creación de escenas realistas cuyo propósito es hacer que los problemas sean más entendibles y que motiven la transformación del comportamiento.

En suma, el objetivo es que las personas sean conscientes de sí mismas, rompiendo sus defensas y ayudándolas a sentir y expresar sus sentimientos momento a momento. Su postulado es que toda terapia que deba llevarse a cabo, sólo puede llevarse a cabo en el ahora. “No existe nada, excepto el ahora”.

Como se entenderá, los terapeutas gestalt también sacan partido de la fuerza de las acciones para afectar a los pensamientos y sentimientos.

La interesante perspectiva EXISTENCIALISTA :

Tiene por sustento filosófico que los individuos son arquitectos de sus propias vidas, agentes libres que escogen lo que quieren hacer. Adhieren a las teorías fenomenológicas de la personalidad que se centran en el YO. Lo que le sucede a los individuos depende en gran parte de sus ideas referentes a ellos mismos y a sus vidas: percepciones, conceptos, propósitos, valores, capacidades de desarrollo. La buena vida requiere de conciencia del yo y autorrealización ; la angustia psicológica se manifiesta cuando algo interfiere con estas necesidades.

Esta línea argumenta que se requiere de una relación cálida, abierta y humana para el cambio constructivo. Incluye la PRÁCTICA LOGOTERAPÉUTICA (Logos : sentido, propósito, significado) propulsada por Viktor E. Frankl que en términos generales puede ser expuesta como auténtica antropología aplicada y que funciona como terapia.

Su método más importante es la propia personalidad del terapeuta. La Intención Paradojal, la Derreflexión, el Diálogo Socrático y el Denominador Común, constituyen valiosas herramientas con que cuenta el Logoterapeuta.

En la primera, se toma como punto de partida, la condición que suele darse en algunos pacientes neuróticos denominada “angustia anticipatoria”, es precisamente el temor angustiante el que produce el miedo que experimenta el sujeto ante situaciones fóbicas ; a partir de esta técnica, se promueven estrategias de afrontamiento.

En la Derreflexión, se ejercita el autodistanciamiento, una nueva “puesta de actitud” frente a lo que le pasa, promueve en verdad, una conversión personal frente al síntoma.

En cuanto al Diálogo Socrático, se parte de la concepción de que el encuentro terapéutico se centra en una discusión de tipo espiritual, de persona a persona, está puntualmente orientada hacia la autotrascendencia (la más auténtica profundidad humana).

Acerca del Común Denominador, se trata de una técnica cuya naturaleza es mostrar al entrevistado, especialmente en casos de consulta por “toma de decisiones” frente a situaciones que tienen relevancia en su vida y que le producen ansiedad ; “se le promueve a la objetivación, se le plantea que siempre debe tomar una opción y que forzosamente deberá desechar otras posibilidades.” (57)

A través del análisis existencial, el terapeuta comprende cuáles son los VALORES que el entrevistado pone en práctica en su propia vida. Constituyendo precisamente estos valores el Denominador Común de todo su accionar. Aquí se tratará de la revisión de su escala axiológica.

Posiblemente la creatividad ocupe en la Logoterapia, el aspecto central que hace de ella un arte. El arte de adaptar la psicoterapia al paciente y a su problemática, apuntando a su desarrollo espiritual ; el ser humano que busca ayuda en la terapia, desde ese momento también inicia la práctica de ese arte (por ello, la sabiduría popular acuñó la frase que afirma : “cada uno es artífice de su propio destino”). El terapeuta es invitado, en Logoterapia, a ayudar en la práctica de este arte y una de las formas de hacerlo, es teniendo en cuenta precisamente el tiempo espiritual.

Acerca de los estados depresivos, desde el modelo se destaca la tendencia a los autoreproches, como dinámica central de la desvalorización personal y la falta de autoestima en el paciente. Se hace referencia a la “tríada del fallo”, esto es, las tres insuficiencias por las que la persona tiene que padecer como padece : por su incapacidad de trabajo / su incapacidad de goce / su incapacidad de apasionarse.

Desde esta perspectiva, se destaca la noción de terapia “sustentativa”, como recurso para enfrentar lo que Frankl llama la “tríada trágica”: el dolor – sufrimiento / la culpa y la muerte, que impregnan penosamente la existencialidad del depresivo.

Se considera que no debe incurrir psicoterapéuticamente en la exhortación a que el paciente se autodomine, ni insinuar que con su actitud pretende tiranizar su medio familiar, sino se debe legitimar su estado como una verdadera enfermedad, que no se puede modificar por la sola voluntad.

Es posible advertir que esta teoría pone fuerte acento en los valores, como instancias objetivas y absolutas de validez incondicional y trascendentes a toda relatividad y contingencia, que son captados intencionalmente por el espíritu.

En esta gama, el existencialismo destaca a los Valores Creativos, Vivenciales y los Actitudinales.

Posiblemente el ANÁLISIS EXISTENCIAL PERSONAL, sea uno de sus máximos exponentes en cuanto a métodos de aplicación en psicoterapia humanística se refiera. Ha demostrado alta efectividad en trastornos del desarrollo de la personalidad, neurósis noógenas y trastornos en las relaciones interpersonales.

El mismo se desarrolla desde un marco dialogal, que implica cuatro instancias:

- Entrar en Contacto : hacia una descripción realista de los hechos por parte del paciente.
- Auto-aceptación : la localización de las impresiones originales y las sensaciones en el campo de los hechos (análisis fenomenológico).
- Auto-distanciamiento : la incorporación a la comprensión terapeuta – paciente y luego una consecuente toma de postura : juicio, toma de postura interior del paciente.
- Auto-trascendencia : ejecución, toma de postura exterior, instancia de acción.

En síntesis, la Psicoterapia Analítico – Existencial, pretende llevar al hombre a una actualización efectiva de sus potencialidades, en su mundo y su sistema de relaciones. Cuando el ser humano logra este objetivo, experimenta salud, ya que en estos actos encuentra el sentido, realiza su destino.

## A – 8. ESTILOS DE TERAPIAS NO CONVENCIONALES

También se juzga importante hacer mención de otras perspectivas orientadas a trabajar en función de quien sufre, mediante una sucinta descripción de sus marcos teóricos y propuestas prácticas.

Así es que, en el amplio campo del desarrollo de nuevos paradigmas acerca del análisis de los dilemas humanos, a partir de sucesivas investigaciones y nuevas miradas, como las aportadas por G. Bateson ; la Teoría General de los Sistemas ; los invaluable conceptos de la Teoría de la Comunicación ; la revolución en el campo terapéutico ocasionada al introducirse la pauta de la Orientación Familiar ; tiene lugar el nombre de Milton Erickson como aquel con experiencia específica en el desarrollo de Terapias de Corto Plazo, en las que frecuentemente solía incluir la técnica de hipnosis.

M. Erickson (1953), observó a menudo que la conducta y el pensamiento de las personas están pautados con rigidez, conduciéndolos a la desesperanza, al desánimo, pero, en lugar de extraer la conclusión de que como consecuencia de esta rigidez el cambio es imposible, él pensaba que las pautas son modificables. Sus hipnosis y sus terapias presentaban tres concepciones principales para intervenir en las pautas :

- Utilización de las pautas corrientes al servicio del cambio : que constituyó una de las piedras angulares. Se trata de aceptar y utilizar las pautas de conducta y experiencias del paciente, así como sus pautas de interacción social y familiar. En este sentido, subrayó la importancia de utilizar el lenguaje del



paciente, sus intereses y motivaciones, sus creencias y marcos referenciales, su conducta, su síntoma y su resistencia.

- La alteración u obstrucción de las pautas corrientes : para ello, se sirvió de bases de cambio en cuanto a la frecuencia o velocidad del síntoma, su duración, su ubicación, intensidad ; cambios sobre la secuencia de acontecimientos que rodean al síntoma ; buscó la creación de corto circuito en la secuencia, su interrupción y otras intervenciones análogas en torno a la pauta.

- El establecimiento de pautas nuevas : mediante el empleo de técnicas específicas como la Tendencia al SI, la Tendencia al NO, la Tendencia INVERTIDA, como estrategias para establecer hábitos o tendencias al acuerdo en sus pacientes, para hacerlos más receptivos a las ideas y a la cooperación.

En este marco de intervenciones breves y prioritariamente focalizadas en los recursos de las personas más que en sus déficits, en sus fuerzas, más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones, también formula sus propuestas Hudson O' Hanlon en un nuevo enfoque psicoterapéutico (cuyos lineamientos de base ya los aportara M. Erickson).

Las técnicas propuestas desde esta perspectiva, obedecen a una "ORIENTACIÓN CENTRADA EN SOLUCIONES", como megatendencia hacia las fuerzas y capacidades de los clientes, y que supera la posición del "aquí y ahora", dirigiéndose también al futuro. Aquí la ocupación no es sobre cómo surgieron los problemas (los conflictos, angustias, desesperación), ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán.

Fundamentalmente toma conceptos de Jay Haley (1976) y Thomas Szasz (1961), acerca de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando las personas son tratadas como gente normal, tienden a actuar de modo más normal. Además, la importancia de reorientar a la persona o familia a fijarse en los aspectos buenos de su situación y detenerse en la observación de lo que marcha bien, como mínimo propulsor que habilita a producir más cosas positivas. Todos ellos, esquemas teóricos que nacieron desde el mismo núcleo formativo del Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC).

Este modelo parte de interesantes premisas como que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas ; que el cambio es constante ; que el cometido del terapeuta debe ser identificar y ampliar el cambio. Los clientes mismos definen sus objetivos y en función de su alcance respecto de cambios pequeños, pueden generar cambios en otras partes del sistema.

Así también, preserva estrategias como la de Co-Creación de Problemas Resolubles y de Co-Creación de Realidades, siempre a partir de orientar las preguntas a fin de que generen información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los pacientes.

Profundiza el acento en el seguimiento de prescripciones para el cambio, como lo proponen otras perspectivas terapéuticas. En este orden las acciones están focalizadas en la Alteración de la “Forma de Actuar” y la “Forma de Ver” el problema, siempre hacia la meta final de Evocar Recursos, Soluciones y Capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática. Ello también permite la Co-Creación de un lugar para la esperanza.

#### A – 9. LAS PERSPECTIVAS CONSTRUCTIVISTAS

En este marco descriptivo, se formalizará un breve desarrollo de algunos de los modelos terapéuticos más destacados, sus bases teóricas y sus técnicas. El Modelo Narrativo y el Integrativo.

El Modelo Integrativo será desarrollado en apartado especial, en razón de que aporta interesante sustento paradigmático a los objetivos propuestos en el presente trabajo.

Las psicoterapias constructivistas se definen en general, como Relaciones Cliente – Terapeuta, que tienen como finalidad, la Revisión de Construcciones del cliente sobre su experiencia a fin de facilitarle otras más útiles o viables. En este orden el terapeuta se ocupa de la interfaz : experiencia / construcción del sujeto. No se trata de una visión exclusivamente cognitiva del ser humano

(sus construcciones), ya que destaca la relevancia del afecto (la experiencia como forma de conocimiento).

La formación de los significados subjetivos y sus disfunciones en el interfaz : experiencia / explicación, se constituye en el objetivo de este modelo de terapia. A nivel filosófico, la inspiración de estas psicoterapias, se basa en las concepciones historicistas, contextualistas y constructivistas del conocimiento humano. A nivel psicológico, se destaca el papel de construcción de la experiencia que tienen los significados, ello conforme a conceptos desarrollados por Piaget, Barlett, Kelly.

Desde este modelo, se considera que mediante el Lenguaje, es posible configurar múltiples realidades: Los seres humanos no pueden acceder a la realidad inmediata más allá del lenguaje, definido ampliamente como el repertorio de expresiones y acciones simbólicas que nos proporciona la cultura. Ahora bien, cuando el encaje de las construcciones (cómo nos explicamos las cosas) y las experiencias del sujeto (lo que nos pasa) es INADECUADO, aparece el SÍNTOMA (como ocurre en la depresión). El síntoma es un mensaje a elaborar, una posibilidad experiencial inadecuadamente construida (explicada) o pobremente percatada.

Uno de los teóricos del Movimiento NARRATIVO en Psicología, es el psicólogo Jerome Bruner (1991), quien propone que hay dos modalidades de pensamiento en el sistema cognoscitivo. Cada una de ellas, conforman diferentes maneras de construir la realidad. Por un lado, está el modo de pensamiento paradigmático, por el otro, el modo narrativo.

La modalidad paradigmática (o lógico científica), tiene relación con las capacidades humanas de razonamiento, explicación y análisis lógico – empírico o científico. La metáfora para representar este estilo, es la computadora que procesa información. En este orden, la finalidad será la resolución de problemas prácticos de la vida diaria. Se trata de un sistema relacionado con aspectos universales o generales del conocimiento.

La modalidad narrativa es menos conocida ; pese a ello, es la modalidad más antigua del pensamiento humano, que consta de narrar historias a otras

personas y a nosotros mismos. En este procedimiento, se van construyendo los significados en que las experiencias van adquiriendo sentido. De este modo, surge el SIGNIFICADO ; es desde la narración que se mantiene como actividad constante en la vida. La modalidad de abstracción que aquí se produce, se relaciona con aspectos particulares, se ocupa de las intenciones de las acciones humanas en su acontecer histórico.

La historia suele surgir de aquello que es particular, de lo inesperado y sorprendente. Este pensamiento narrativo no sigue una lógica lineal y de razonamiento verbal o matemático, sino que se fundamenta en imágenes, es analógico.

Funciona por analogía : las imágenes se combinan y juntan en la trama narrativa por la semejanza de sus contenidos y por las similitudes de las tonalidades emotivas que despiertan (así, los sueños, constituyen un tipo de narrativa).

La terapia cognitiva narrativa formaliza la concepción del SINTOMA y el TRASTORNO PSICOLÓGICO, como el resultado de una incapacidad para dar cuenta de la diversidad de experiencias vivenciadas por el sujeto.

Cuando el sujeto se encierra en una manera de significar absoluta sus vivencias, aparece el síntoma

La terapia tendrá por objetivo, hacer conscientes estas narrativas prototípicas y producir narrativas alternativas, de modo que el sujeto pueda atender a nuevos matices de sus experiencias y construir una realidad de múltiples significados.

En este marco general, no es posible dejar de mencionar a Héctor Fernández Álvarez, y los conceptos que vierte acerca del Enfoque Constructivista Relacional, (quien además cita a Botella, Herrero, Pacheco y Corbella, 2004) ; el autor refiere que este encuadre psicoterapéutico ofrece una excelente visión desde la perspectiva narrativa. Se trata más que nada de un fenómeno conversacional, cuya tarea básica es la de procesar significados que permitan al paciente la reconstrucción de su identidad.

Los principios del cambio terapéutico están centrados en el alcance de logros graduales y progresivos ; el terapeuta debe ser necesariamente flexible, tener disposición para sostener relaciones emocionales intensas y prolongadas en el tiempo ; desempeñar un rol activo durante el proceso que le permita aplicar

variantes en el diseño y establecer objetivos precisos. Smith, Barret, Benjamín y Barber (2006) afirman que los resultados terapéuticos mejoran cuando los terapeutas realizan interpretaciones relacionales precisas que están enfocadas sobre cuestiones interpersonales nucleares del paciente. (58)

Entiende que la tarea debe estar orientada efectivamente a promover en el paciente, la capacidad para desarrollar mejores formas de organización en su cotidianidad y pueda mejorar sus habilidades sociales en general. Para lo que el terapeuta podrá apelar a diversos recursos tanto específicos como inespecíficos, no obstante, si el plan terapéutico pretende un avance hacia zonas más nucleares del sistema de creencias, el que sostiene la organización disfuncional de la experiencia del paciente, tales procedimientos pueden resultar necesarios, pero no suficientes. Así, el paciente podrá experimentar una mejoría en su calidad de vida cotidiana, pero continuará portando un balance negativo de su vida ; salvo que pueda efectuar una transformación que le habilite a encontrar alternativas para los rígidos patrones que se le proyectan existencialmente y de un modo constante.

En los últimos tiempos, diversos estudios y presentaciones han estado haciendo fuerte hincapié en esta orientación al cambio, desde la perspectiva de un proceso narrativo, en cuyo desarrollo, es posible accionar las potencialidades del paciente a fin de que acceda a la elaboración de “un relato diferente” y más satisfactorio de su historia personal. Constructivistas como Gonçalves, Henriques & Machado, (2004) sostienen que este proceso de creación narrativa tiene como objetivo primordial promover el ejercicio para la reelaboración del relato de la propia vida del paciente, que le permita abrirse a una construcción de su propia experiencia más proactiva y expresada en una multiplicidad de voces. (59)

El propósito del autor, se identifica con dejar por sentado que las intervenciones retóricas pueden tener un valor agregado y que los terapeutas deberían considerar su utilización, particularmente, cuando se trata del abordaje de pacientes en que el objetivo terapéutico apunta al modo de ser, y por ende, a la historia personal, y a sus relaciones interpersonales.

Destaca que, en toda estructura narrativa se encuentran diversos niveles de discurso. Históricamente, en psicoterapia ha tenido prevalencia el modo verbal

como intercambio entre paciente y terapeuta, el que ha incluido los aspectos textuales del diálogo terapéutico.

Posteriormente otros niveles se han ido incorporando, como el gestual, el dramático y el corporal. Así también la escritura, que comenzó a empleársela más tarde ; que de suyo significa un procedimiento bastante efectivo. Las ventajas de la escritura se apoyan en el carácter documental que tiene ese medio de expresión así como el hecho de ser un elemento que facilita el emprendimiento de tareas intersesión. En cada nivel de discurso se puede encontrar al menos, dos canales de expresión : uno textual, centrado en los contenidos y en lo que se dice y otro retórico, centrado en las formas y en el modo en que se dice. (60) A su vez, dentro de ellos se tejen los significados personales y sociales que sostienen la personalidad.

Fernández Alvarez (2002), expresa que para diseñar las jerarquías de un plan terapéutico basado en la exposición, y en consecuencia poner en funcionamiento un programa de habilidades sociales, que ayuden al paciente a desarrollar ciertas competencias y / o proveerle de estrategias en pos de que supere su aislamiento o su inhibición, el texto de la declaración del paciente es lo prioritario al momento de seleccionar estas pautas e instrucciones ; el análisis textual del discurso del paciente, cobra relevancia permitiendo que el terapeuta apoye su tarea en la exploración de estos aspectos de contenido, en el marco del intercambio terapéutico.

Finalmente, destaca que el terapeuta está llamado a facilitarle al paciente la posibilidad de aportar un nuevo perfil para “los personajes de su historia”, cooperando de este modo a imaginar un nuevo destino para su vida. Y además, que para trabajar con el guión personal se necesita algo que va más allá de ciertas prescripciones. Es necesario que en la terapia se introduzca un componente estético en la intervención.

Se trata entonces, desde esta visión, que el paciente no sólo progrese porque advierte que puede hacer algo distinto, sino porque siente que lo que vive cotidianamente no lo asedia y que puede empoderarse en modo creativo acerca de su futuro.

## CAPÍTULO IV

### A - HACIA LAS PROPUESTAS DE INTERVENCIONES COMBINADAS (MODELO DE TRATAMIENTO INTEGRADOR DE LA DISTIMIA)

Constan antecedentes acerca de los resultados de alta efectividad que alcanza el tratamiento integrador de las depresiones crónicas. Para P. Gilbert (1984) aunque la depresión es frecuente y potencialmente muy seria, es un trastorno tratable, por ello, para progresar en su conocimiento se deben desarrollar nuevas teorías psicobiológicas y multidisciplinarias. (61)

En este sentido, y como valioso exponente, cabe hacer referencia al PLAN ESTRATÉGICO GLOBAL desarrollado por investigadores del CETEM - Instituto de Terapias Cognitivas e Integrativas de La Plata, Argentina -, que para el presente trabajo, se mostrará como ejemplo.

Este Plan Terapéutico consiste esencialmente en la articulación gradual, flexible y personalizada de cada fase terapéutica, la que a su vez consta de estrategias promotoras para el cambio y sus correspondientes evaluaciones. En modo alguno se trata de una indiscriminada sucesión de terapias, sino precisamente de la articulación sistemática de estrategias organizadas en función de un eje integrador bio-socio-cognitivo-conductual.

Plantea una propuesta de trabajo cooperativo con el paciente, desde la jerarquización de las problemáticas que le aquejan, diferenciando entre las más preeminentes y aquellas que pueden resultar secundarias, hasta su abordaje progresivo y la facilitación para su resolución efectiva.

Para comprender su desarrollo, el Plan se implementa en Fases que dan lugar al trabajo con el paciente, mediante diversas estrategias así: las estrategias psicoeducacionales; las de evaluación; las farmacológicas; las estrategias cognitivo – conductuales y finalmente, las interpersonales y sociales.

Es interesante advertir que a su vez, cada una de estas fases plantea objetivos terapéuticos, estrategias de intervención, su propia instrumentación de acciones así como, la evaluación de los progresos alcanzados.

Se trata de una propuesta que de inicio, sostiene la necesidad de incluir objetivos de largo plazo pero en el marco de un programa de esfuerzo sostenido, y en ello mucho ha tenido que ver el trabajo de la reconceptualización de la “depresión neurótica”, como un trastorno del humor con reales expectativas de recuperación de los pacientes que la padecen. Así, Akiskal y Cassano (1997) reforzando este punto, confirman al respecto el impacto revolucionario del modo en que estos trastornos se manejan clínicamente, en particular con abordajes psicofarmacológicos innovadores que son empleados creativamente en la distimia y en muchas otras condiciones depresivas crónicas previamente mantenidas alejadas de la biología. (62).

En verdad, la propuesta se orienta a la sustentabilidad de un abordaje que, en modo efectivo, integre las diversas dimensiones de este trastorno de harta complejidad.

El referido Plan Estratégico, amerita que se describan sus aspectos más relevantes.

Así en la **FASE I**, que propone Acciones Psicoeducacionales, se sostiene, siguiendo a Ramírez Basco y Rush (1996) que si bien muy pocos clínicos no estarían de acuerdo con la importancia de educar a la gente, quienes padecen enfermedades psiquiátricas no siempre reciben suficiente información sobre su trastorno o sobre el tratamiento (63).

La naturaleza afectiva de la distimia y su respuesta favorable a la intervención farmacológica, no implica que no sea accesible a la psicoterapia; si bien es muy probable que no se beneficie de una psicoterapia retrospectiva, o basada en las representaciones mnésicas del lóbulo temporal (64); sí puede hacerlo a partir de una psicoterapia sistemática orientada a modificar los factores de mantenimiento, tales como: las tendencias reactivas estereotipadas; los hábitos de pensamiento cristalizados en favor del proceso anímico imperante; el autoconcepto desfavorable; las convicciones negativas que sustentan su baja autoestima.



Indudablemente, se trata de la fase más importante puesto que de ella, dependerá la continuidad, aceptación y la consecuente adherencia del paciente en pos de sus progresos. Uno de los principios generales será mantener al paciente informado, especialmente acerca de la naturaleza de su trastorno y las etapas del tratamiento, instancia que debe instrumentarse en el primer encuentro y en el que no solo se informará, sino que además, se procurará el establecimiento claro de responsabilidades compartidas que promueve el propio escenario terapéutico. De este modo, queda abierto el proceso para que a medida que el tratamiento cognitivo conductual se apoya en una relación cooperativa, se va involucrando al paciente como un participante activo.

En este marco de acciones, el paciente no sólo accede a información, sino que tanto él como sus familiares pueden requerir todo esclarecimiento que en lo sucesivo resulte necesario, sea respecto de la medicación o de las intervenciones psicoterapéuticas y especialmente acerca de los síntomas secundarios que puede experimentar con la medicación. Ello resultará de particular importancia, ya que si el paciente no tiene la posibilidad de informarse en este sentido, puede atribuirle al tratamiento farmacológico algunas manifestaciones que, en modo alguno están relacionadas con él y en ciertos casos puede hasta decidir su interrupción. Por otra parte, dado que la sintomatología puede ser fluctuante, todo recrudescimiento temporal, le hará pensar en el fracaso del tratamiento y experimentará desesperanza.

Esencialmente, se pretende garantizar este vínculo de libre expresión, el que contribuirá con la adherencia terapéutica y con el control del plan farmacológico.

En el desarrollo teórico de esta fase, se exalta el “empirismo cooperativo” aportado por Beck (1983), término que utiliza para especificar la esencia del acuerdo sobre el que sentará sus bases el trabajo terapéutico de la tradicional alianza terapéutica, de la que pretende diferenciarse más allá del cambio de designación, puesto que en este empirismo cooperativo, paciente y terapeuta trabajan estableciendo orden y programación acerca de las experiencias que harán posible corroborar las alternativas de pensamiento y acción propuestas en cada encuentro, ejercitando una prueba de realidad afianzadora del cambio. Desde esta perspectiva, se sostiene que el paciente necesita algo más que creer en su terapeuta y que a su vez, éste debe hacer algo más que mantener su actitud de escucha.

La información sobre el trastorno debe insertar esperanzas en el cambio básico de la forma de ser del paciente (lo que considera inmodificable), de lo contrario, es muy probable que éste abandone el tratamiento una vez superado el episodio clínico o psiquiátrico que lo motivó a la consulta ; de allí que el terapeuta deberá estar atento a la necesidad de introducir modificaciones estratégicas conforme a las alternativas que vaya experimentando el paciente. De allí que se haga referencia a la plasticidad terapéutica, toda vez que el terapeuta puede instrumentar diferentes estrategias, en distintos momentos evolutivos del cuadro y el curso del tratamiento ; por ejemplo : una recurrencia depresiva, que generalmente adquiere una presentación estacional, puede instar como medida insoslayable apelar a psicofármacos antidepresivos. Si el paciente los había tomado con anterioridad, muy probablemente pudo haber generado la expectativa de prescindir de ellos el resto de su vida, y experimentar un gran desaliento ante la nueva prescripción, o considerar que “cada día está peor”, o vivenciarlo como una confirmación de su sistema de creencias : “nunca más me voy a curar”.

También la misma reactividad emocional ante diversos hechos vitales (propia de los rasgos más neuróticos), o las tendencias cíclicas a las fluctuaciones (esperables en los trastornos del humor), de hecho contribuyen a una alta variabilidad sintomática. Por ello, a la par que infundir esperanza, el terapeuta debe prevenir al paciente acerca de estos eventos en el curso de su afección.

Posiblemente, una de las particularidades más importantes del perfil del terapeuta que aborda el tratamiento desde este contexto, sea el de promover la participación activa de su paciente, que puede ejercitarse mediante el requerimiento de sus opiniones acerca del tratamiento, su receptividad respecto de ciertos procedimientos, en definitiva, dejándole en claro la posibilidad de hacer uso de sus derechos.

En esta primer fase, tiene lugar además la estrategia de redefinición del problema, la que debe ser suficientemente explícita asignándole al paciente el “rol de enfermo”. En este sentido, Markowitz (1998) propone desde una perspectiva cognitiva, una “redefinición de sí mismo, en términos clínicos”, sostiene por ejemplo, en sus abordajes que el problema, es que el paciente cree que es de esa manera, pero realmente sufre una enfermedad tratable. La

distimia es una forma crónica de depresión que en muchos casos mejora con medicación, psicoterapia focal o una combinación de ambas. Lo que propone en modo conjunto al paciente, es que puedan diferenciar en las próximas semanas cómo es deprimido y cómo es cuando está libre de la depresión. Con tales intervenciones, el autor introduce lo que llama una “transición de roles”. Es decir, una forma nueva de verse a sí mismo y a su trayectoria de vida. En términos cognitivos, se redefine la problemática del paciente, se le cambia el problema, conforme a la propuesta de Haley (1976) en busca de generar una percepción diferente de sí mismo. (65)

Guidano (1994) refiere en este sentido, que el terapeuta viene actuar como un perturbador al instalar en el paciente un estado oscilante entre su imagen, su modo habitual de percibirse y la nueva imagen que le presenta su terapeuta. El agente perturbador pretende restablecer esperanzas, generar expectativas positivas de cambio. Tal empresa no está exenta de dificultades, puesto que estos pacientes se vivencian depresivos “desde siempre”; los sucesivos fracasos, sus tendencias a recordar selectivamente los aspectos negativos de su vida, conforman una fuerte barrera que se opone incesantemente a la nueva propuesta, por lo que es imperativo encontrar la forma de neutralizarla.

A este respecto, suelen emplearse técnicas cognitivas como el cuestionamiento de estos recuerdos, el que se apoyará estratégicamente en las contradicciones que puedan surgir de la revisión de experiencias recientes del paciente. El terapeuta deberá trabajar en pos de que el sujeto registre experiencias positivas, que por lo general, tienden a ser pasadas por alto. Al realizar la historia clínica se explorarán los islotes eutímicos y se detectarán los momentos de relativa felicidad que pasaron inadvertidos para el paciente. (66).

Se entiende de este modo, que la estrategia descripta precedentemente, tiende a demostrarle al paciente “su capacidad para la eutimia”, todas las connotaciones positivas de acontecimientos sociales, afectivos, íntimos ; la asertividad de tales episodios y sus posibilidades actuales para afrontar dificultades. Según Markowitz (1998) todas las energías del paciente parecen destinadas a mantener una máscara cotidiana de mediocridad para ocultar la depresión subyacente, con lo que así se bloquea el desarrollo de autoconfianza y habilidades sociales. (67).

Parece esencial en este sentido, resaltar algunas competencias específicas del paciente, tales como las que demuestra en áreas donde suele estar libre de problemas, aquellas que no requieran de interacción social o cuando ésta es muy reducida; generalmente se trata de áreas como la laboral u ocupacional, donde suelen ser trabajadores fuertes. Ello, da lugar a la reconstrucción de la autoestima.

Continuando el desarrollo de la primer fase de tratamiento, también se menciona la importancia de no descuidar el aspecto de la multifactorialidad ; esto es, la interacción de los factores biológicos con los de índole psicosocial, unidas a la historia del sujeto que terminan por generar esta condición enferma. Esta información permitirá advertir al paciente que, aún cuando muestre cierta mejoría con el tratamiento farmacológico, será necesario dar cumplimiento al requisito psicoterapéutico. Este aspecto también hará posible la instrucción clara y precisa del paciente, a fin de que pueda detectar precozmente una descompensación (forma extrema : un estado depresivo mayor). Según Altamira y Mauri (1985) ; Ramírez Basco y Rush, (1996) son numerosos los estudios que muestran que la información apropiada favorece el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico y la continuidad con la psicoterapia (68).

Indudablemente, en este marco no se descuida el contexto social inmediato del paciente ; por ello es esencial hacer extensiva esta fase de información a los familiares inmediatos, en modo de que puedan cooperar en la detección precoz de descompensaciones depresivas y permitan la formulación de una consulta rápida, ya que por lo general, el paciente tiende a dilatarla especulando con una remisión espontánea.

Los cambios de actitud paralelos de aquellos que guardan contacto cotidiano con el paciente, aportarán invaluable beneficios a la aceptación y el cumplimiento de las prescripciones dadas por el terapeuta.

Resulta imperioso mencionar que la información y educación del paciente acerca de todo aquello que guarde relación con su padecimiento, causalidad, naturaleza y posibilidades terapéuticas, favorecerá la construcción de expectativas realistas y en consecuencia, mayores probabilidades en la consecución de los objetivos de recuperación.

El abordaje que se propone implica que el paciente deberá involucrarse en una terapia activa, de acción programada, que supone lograr el cambio a través del cambio mismo. La propuesta será : ‘ si puedo hacer las cosas de un modo diferente, si soy capaz de sentir en una forma distinta, entonces el cambio puede lograrse ‘. Así, según Markowitz (1998), el tratamiento del trastorno afectivo crónico influye mucho en la identidad y la actitud hacia el futuro, al facilitar la reestructuración de las conductas y de la percepción de sí mismo, posibilitar la interacción social y mejorar la autoimagen y la autoestima (69).

En la **FASE II** de este Plan Estratégico Global, tienen lugar las Estrategias de Evaluación. Conforme lo refieren Bobes García y col. (1998), a la hora de evaluar este trastorno mental, que fundamentalmente se presenta en forma comórbida, es bastante difícil determinar con qué instrumentos puede realizarse la evaluación. (70).

La labor orientada al diagnóstico de este trastorno (con su frecuente presentación comórbida) desde la perspectiva psiquiátrica y psicológica, convoca a la búsqueda de instrumentos auxiliares de fácil aplicación, como los cuestionarios e inventarios. Entre los objetivos básicos de esta fase, se contarán : realizar el diagnóstico efectivo ; evaluar la gravedad del cuadro depresivo ; diagnosticar la depresión doble ; tener una estimación acerca de la discapacidad actual prevalente ; diagnosticar comorbilidad.

En primer término, desde esta propuesta integral, para formular el diagnóstico efectivo de este trastorno se adhiere a los criterios adicionales referidos en el DSM IV, de predominante sesgo cognitivo. Así también, se hace referencia a la necesidad de estimar la gravedad del cuadro y si este cumple los criterios de un episodio depresivo mayor (de ser así, se configura el diagnóstico de la denominada Depresión Doble). En este sentido, se alude a una diferente actitud terapéutica, ya que priorizará la resolución del episodio y muy en particular si existe la sospecha de riesgo suicida, a efectos de adoptar las medidas de protección oportunas.

En cuanto a la evaluación de comorbilidad, se formaliza la aplicación de una gama de instrumentos que en modo más directo, han demostrado su utilidad a la hora de establecer pronóstico así como estrategias psicoterapéuticas y

farmacológicas específicas. Igualmente, para evaluar el nivel de discapacidad, además de disponer de estimaciones genéricas del mismo sistema multiaxial del DSM IV, se utilizan cuestionarios específicos.

EN CUANTO A LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN APLICADOS EN ESTA FASE, CITADOS POR CETEM -Instituto de Terapias Cognitivas e Integrativas / La Plata – Argentina, LOS MISMOS SON NOMBRADOS EN ANEXO I del presente trabajo (donde además, se formaliza la presentación de una de estas Escalas)

Seguidamente, en el marco de esta segunda fase, se formaliza el procedimiento de evaluación clínica cognitiva, la que comprende en su inicio, un pormenorizado conocimiento acerca de cómo es que define el paciente su problemática : sea, padeciendo por su carácter depresivo permanente ; o sintiéndose víctima de las circunstancias y la incomprensión de quienes lo rodean ; o bien, presentando diversos síntomas somáticos o cansancio crónico ; o con un agravamiento depresivo.

De hecho, siempre se considera que una oportuna redefinición de la queja del paciente, constituirá la primera estrategia terapéutica, y ya desde esta instancia se está operando evaluativamente, puesto que, al decir de Guidano (1989), evaluación y tratamiento difícilmente puedan separarse. Obviamente, será esencial ponderar el grado de severidad que presenta el paciente, ya que ésta puede revelar la necesidad de un abordaje alternativo o de una internación ; además, porque de ella dependerán las estrategias iniciales y el foco sintomático que se seleccione, tal como ocurre en las denominadas Depresiones Dobles.

En tal caso, el objetivo será tener conocimiento acerca de la intensidad y el alcance del humor depresivo, cómo reacciona el paciente ante eventos externos, cuáles son sus inhibiciones conductuales y el grado de perturbación en su funcionamiento general.

Reviste particular interés, considerar las evidencias que conforman la tríada cognitiva, esto es, la particular visión de sí mismo que tiene el sujeto, su visión del mundo y del entorno, así como del futuro, otorgando especial atención a la desesperanza y a las expectativas negativas respecto del

tratamiento. Particularmente, porque se trata de aspectos muy ligados a la salida suicida.

En este esquema de evaluación, no se deja de lado la consideración acerca del nivel de disposición que tiene el paciente para aceptar las razones del tratamiento, ya que siempre tienen mejor pronóstico quienes adhieren abiertamente al mismo. Además, de ello también dependerá su capacidad para formar una relación cooperativa e igualitaria con el terapeuta. Se explicita que si al paciente le resulta difícil funcionar cooperativamente, le será más arduo aceptar la terapia cognitiva, pero no imposible ; por ejemplo, en los casos en que el paciente tiene miedo de revelar sus pensamientos y sentimientos o insiste en manejarse solo o tiene la creencia de que el terapeuta debería hacer todo el trabajo (dependiente). Es necesario trabajar explícitamente en construir la relación desde un principio, antes de aplicar otras técnicas (71)

Otra de las consideraciones a mantener, será la evaluación de las dificultades actuales del paciente, las que en general abarcarán : síntomas ; problemas existenciales ; pensamientos negativos asociados ; el surgimiento, desarrollo y el contexto mismo de la depresión ; el grado de desesperanza y la ideación suicida. Tales aspectos son de preeminencia desde una perspectiva interactiva, tales como la vivencia de problemas prácticos, condiciones de desempleo, cohabitación en un ambiente hogareño disfuncional ; dificultades afectivas, fallas para consolidar relaciones íntimas y confiables ; problemas interpersonales, falta de autoconfianza y autoestima, como connotaciones que anteceden al surgimiento de síntomas depresivos.

En este sentido, el Plan Estratégico sugiere la confección de una lista consensual de problemas, ello otorgará al paciente la experiencia inmediata de la terapia como una tarea compartida. H. Chappa asegura que la lista de problemas ayuda a poner orden en el caos, al transformar la maraña de experiencias desagradables en una cantidad de dificultades relativamente específicas. Este proceso de especificación del problema es crucial para ordenar el trabajo terapéutico y al mismo tiempo estimular la esperanza, ya que permite identificar áreas circunscritas de abordaje al convertir una lista aparentemente infinita de problemas en un grupo operativo, con comunes

denominadores, es decir, su reducción a diferentes aspectos de un mismo problema. (72).

A continuación, la **FASE III** propone la implementación de Estrategias Psicofarmacológicas, acciones orientadas a regular el sustrato neuroquímico que subyace a la distimia como trastorno crónico del humor con psicofármacos antidepresivos ; seleccionar el antidepresivo más aconsejable en función de las variables que influyen en la respuesta terapéutica y favorecer la aceptación y el mantenimiento de la prescripción (73)

Acerca de esta especialísima fase, se realiza una introducción que refiere que dos tercios de los pacientes ambulatorios que presentan depresión crónica, son distímicos, aportando además una clasificación en el marco de este trastorno. Así, la concepción de Akiskal (1997) incluye dos tipos de distimia, el trastorno subafectivo (con el test de supresión a la dexametasona positivo y latencia al REM acortada) y el trastorno de espectro caracterológico. Este último tendría antecedentes familiares de trastorno de la personalidad. El trastorno subafectivo tiene las características de la depresión mayor, pero expresadas a nivel subsindrómico (subafectivo), frecuente historia familiar de depresión y responde bien a los antidepresivos. (74)

Se especifica que para este tipo de distimia mencionado en último término (TAS), también conocida como distimia "pura", se postula un sustrato biológico, y que la misma puede presentar dos variantes : aquella de comienzo precoz (antes de los 21 años) y la de comienzo tardío. En tanto que el trastorno de espectro caracterológico (TEC), estaría conformado por pacientes con síntomas depresivos asociados a trastornos de personalidad. Así, muy frecuentemente se hallan historias familiares donde imperan los trastornos de personalidad junto con abuso de sustancias o alcohol y con elevado monto ansiógeno. Especialmente este subtipo de distimia, parece tener respuesta poco satisfactoria a la terapia farmacológica.

Es necesaria la delimitación precisa del diagnóstico diferencial en estos tipos de trastornos, así como su especificación sindrómica, ya que de ellas dependerá la efectividad terapéutica. A este respecto, se refiere que merece especial atención el caso de la depresión mayor, en que sus fronteras no siempre resultan



clínicamente delimitables ; por otro lado, la posibilidad de un cuadro de depresión doble, hace más compleja aún la tarea por ofrecer mayor resistencia a la farmacoterapia comparativamente con las distimias.

Según estudios realizados por Ravindran en 1994, se observó un nivel de respuesta al tratamiento farmacológico en sujetos que presentaban trastorno subafectivo de inicio precoz, equivalente a un 70,4 % ; en tanto que, aquellos que presentaban el trastorno de espectro caracterológico, lo hicieron en un 16,7 %. Las anormalidades en el eje tiroideo serían algo similares a los de la depresión mayor. Posiblemente los hallazgos mencionados, a los que debe sumarse una actividad MAO plaquetaria más baja en aquellos que respondieron al tratamiento, reafirman la dicotomía : distimia biológica / distimia caracterológica y puede sugerir que los síntomas neurovegetativos de la distimia están asociados con las variaciones específicas en los marcadores serotoninérgicos. Se encontró además, una correlación negativa entre resultados y la intensidad de la depresión y la ansiedad. (75)

Siguiendo a Fernando Linares, esta baja respuesta al tratamiento farmacológico ofrecida por parte del grupo de sujetos con trastorno del espectro caracterológico, puede explicarse por su asociación con personalidad premórbida -pasivo / dependiente ; evitativa ; histriónica ; borderline- potenciada por dificultades en las relaciones interpersonales. Encontrando por el contrario que, sujetos distímicos con un nivel de vida estable, o con un matrimonio armónico, pueden tener mejor pronóstico que quienes son viudos, solteros o divorciados. Particularmente, señala que entre estos pacientes de respuesta negativa, es frecuente hallar familiares con severos trastornos de personalidad o dependencia de sustancias como el alcohol, tal como ya lo describiera Akiskal en 1997.

Explica el mejor nivel de respuesta a la farmacoterapia aportada por pacientes con trastorno subafectivo, en razón de sus demostradas bases biológicas, aunque aclara que es preciso profundizar las investigaciones ya que en los casos de inicio precoz, registra antecedentes familiares de trastornos afectivos con evolución hacia episodios de depresión mayor e incluso, combinados con abuso de sustancias que terminan por oscurecer el pronóstico.

Así también, detalla que en el caso del trastorno de espectro caracterológico, comórbido con trastornos de personalidad del Grupo C, en que el monto de ansiedad resulta muy significativo y con un marco psicoterapéutico eficaz que lo contenga, el pronóstico no es tan reservado, como en el caso en que la comorbilidad sea con trastornos de personalidad del Grupo B.

Según Wilde (1995, 1998), mucho se ha insistido en que el componente ansioso dificulta el tratamiento y esto tiene su importancia en la elección del antidepresivo. Pero aquí tiene un papel importante (al menos en la experiencia) la combinación de farmacoterapia con terapia cognitivo-conductual. La tianeptina y la paroxetina tienen la virtud de ser eficaces en ambos grupos de síntomas, el ansioso y el depresivo. (76)

En suma, la antinomia trastorno subafectivo con mejor respuesta al tratamiento farmacológico - trastorno de espectro caracterológico con baja respuesta al mismo, se muestra ligada a variables bastante complejas.

Se destaca que, en el abordaje de las distimias, no sólo es importante delimitar la mejoría sintomatológica, sino esencialmente la calidad de vida del paciente. Según F. Linares, en razón de su cronicidad, el trastorno tiene repercusiones psicosociales y socioeconómicas que lo empeoran y que deben contemplarse al programar el tratamiento para ser abordadas en forma directa. Aun en esos casos, la perspectiva integradora del tratamiento no debe perderse. Hay fármacos que, elegidos selectivamente, pueden mejorar afectos disfóricos que perturban la interacción social del paciente. (77)

Al tratarse de síntomas de menor intensidad, pero crónicos, promueve alto impacto en la calidad de vida de estos sujetos y a su vez, genera una particular actitud hacia el problema, ya que es entendido como parte de su carácter.

En este sentido, es indudable afianzar la relación terapéutica y alcanzar una preparación adecuada del sujeto para el tratamiento farmacológico, fundamentalmente a partir de una minuciosa indagación de sus actitudes, sistema de creencias, para favorecer su adhesión al mismo.

Se afirma que es precisamente su duración junto con la personalidad de base del paciente, lo que facilita el agregado de otros trastornos psiquiátricos comórbidos. Esta superposición psicopatológica, que afecta más la calidad de

vida del paciente, favorece, sin embargo, la consulta psiquiátrica. Pero no es infrecuente que, por las razones anotadas, una vez que el paciente mejora su comorbilidad intercurrente no esté motivado para tratar su `problema de toda la vida`. (78). De allí la importancia entonces, de trabajar en pos de cambios sustentables mediante estrategias psicoeducativas que procuren este objetivo.

En virtud de la harta complejidad de las manifestaciones y formas clínicas de estos trastornos, la labor de seleccionar la farmacoterapia más apropiada también está teñida de complejidad. Por lo general, son los síntomas adversos los que ejercen mayor peso en esta selección, que la eficacia misma.

Psicofármacos con pocos efectos secundarios, como la tianeptina se toleran mejor. Los inhibidores de la recaptación de serotonina también son eficaces. Arias y col. (1999) realizaron un estudio comparativo entre ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y citalopram) y venlafaxina en 194 pacientes con trastornos del humor (que incluyeron las distimias). No encontraron diferencias significativas entre ellos en cuanto a la eficacia antidepressiva, pero sí presentaron diferente tolerancia y efectos secundarios. La fluoxetina fue la que presentó menos síntomas secundarios, mientras que algunos de éstos se asociaron con determinados fármacos : malestares gastrointestinales (fluvoxamina) ; temblor (sertralina) y efectos anticolinérgicos (venlafaxina). La paroxetina mostró muy buena tolerancia. (79)

En esta tercera fase en descripción, se reconoce que la aparición de los inhibidores selectivos para la recaptación de serotonina (ISRS), provocó todo un cambio en el tratamiento de las distimias. A este respecto, se alude a un estudio realizado consistente en el seguimiento de pacientes distímicos primarios desde 1998, con la utilización de este grupo de fármacos, mediante los que fue posible comprobar remisiones sostenidas, durante al menos un lapso de 5 años. No obstante estos datos, la frecuente comorbilidad psiquiátrica y su incidencia en la calidad de la respuesta terapéutica, son aspectos muy importantes a tener en consideración a la hora de realizar la selección farmacoterapéutica ; así, se señala como ejemplo a la luz de la experiencia obtenida, que la comorbilidad con un episodio depresivo mayor puede obligar a prescribir los tricíclicos tradicionales, cuando los antidepressivos de última generación sólo han aportado respuestas parciales, y asegurar de este modo una respuesta más eficaz.

El Plan Estratégico proporciona una guía de criterios a tener en cuenta para la selección del fármaco eficaz conforme al caso clínico sujeto a tratamiento. Ello implica cuestionarse si se está ante la presencia de un trastorno distímico puro ; si se trata de una depresión doble ; o de una distimia con el antecedente de una depresión mayor ; esto es, su fenomenología clínica y las ponderaciones señaladas en la fase II del presente Plan.

En este apartado se remarca que es preciso considerar las denominadas depresiones enmascaradas, que pueden presentarse con un trastorno somatomorfo, así como los cuadros depresivos subsindrómicos. Evidentemente el factor esencial en este aspecto, es el tiempo, ya que sólo mediante él será posible la implementación de un proceso longitudinal sustentado en la observación clínica sintomática, el curso y respuesta ante el tratamiento.

El autor especifica que a la inversa, en los pacientes de la tercera edad, deben explorarse las distintas patologías médicas que pueden acompañar a la depresión y descartar la comorbilidad con fenómenos involutivos (80).

Tal como se sostuvo precedentemente, una diversidad de variables intervendrán a efectos de establecer la selección de psicofármacos ; la condición clínica ponderada, la edad del paciente, la gama de efectos secundarios que se pretenden evitar y esencialmente la comorbilidad existente.

El plan terapéutico desde esta perspectiva, persigue como meta inmediata la remisión de los síntomas a la vez que mejorar el funcionamiento psicosocial en un lapso de entre 6 a 12 semanas. También es preeminente la mirada preventiva, ya que pretende evitar recaídas, para lo cual se establecen encuentros regulares para el oportuno control farmacológico, ello, durante un período que oscila entre 9 a 12 meses, para dar paso a un régimen más espaciado durante al menos 5 años (salvo que se requiera que éste sea permanente).

Otro criterio a tener en cuenta, se relaciona con la verificación de la presencia de otro fármaco que disminuya la eficacia de los antidepresivos ; se refieren como ejemplos : carbamazepina, fenobarbital, fenitoína. También la posibilidad de que el paciente ya esté tomando medicamentos que puedan inducir

depresión (neurolepticos, anabólicos esteroides, propranolol, glucocorticoides) ; además de ciertas condiciones médicas que promueven la depresión como el hipotiroidismo o niveles bajos de ácido fólico ; las situaciones comórbidas por adicción al alcohol u otras sustancias psicoactivas que requerirán de un particular abordaje.

En cuanto a las instancias de recaídas del paciente distímico, es muy importante el marco preventivo a establecer, ello, en razón de la presencia de estresores ambientales, dicho marco indudablemente debe consistir en una psicoterapia orientada a fortalecer estrategias de afrontamiento en el sujeto.

F. Linares remarca en este sentido que, en estas circunstancias se han utilizado con éxito la combinación de trifluorperacina asociada con tianeptina o bien la tianeptina asociada con amineptin y que no cabe duda de que la terapia cognitivo-conductual, previene con particular eficacia la caída a niveles hipoérgicos si está asociada con una buena medicación. (81)

Otro apartado especial hace referencia a la evolución y resistencia al tratamiento. Se conoce que la distimia es una forma de depresión crónica cuyo abordaje terapéutico, no sólo conservará relación con el diagnóstico, sino también con las características de la personalidad de base, el peso de los estresores situacionales, el nivel de apoyo social del que disponga. Se establece que bajo la designación “depresión resistente”, se reconoce al fracaso de un antidepresivo, habiéndolo usado el tiempo necesario, en dosis adecuada y con la verificación de que el paciente efectivamente toma la medicación. Según Perry (1997), con el empleo de antidepresivos tricíclicos, las depresiones moderadas a severas responden en el 60 a 70 %, mientras que en el 30 a 40 % mejoran con placebos. (82).

En lo relativo a la constatación del inicio de los efectos pretendidos, se hace referencia a que el 52% de los pacientes tratados con tricíclicos responde a las 4 a 6 semanas ; por supuesto que este período tiene que ver con las dosis. Para dosis altas pueden ser suficientes esperar semanas. En términos generales, tanto para los tricíclicos como para los IMAO, es suficiente un período de espera de 6 semanas. (83).

En este apartado, se especifica además, que entre los pacientes ambulatorios es más frecuente la distimia “pura”, en tanto que los que requieren de internación padecerán depresiones dobles. Es muy probable que algunos de estos subtipos evolucionen hacia formas bipolares II, lo cual implica todo un desafío en su tratamiento. En este sentido F. Linares refiere que si el episodio es maníaco o hipomaníaco, el tratamiento puede iniciarse con zuclopentixol acufase y se indica lo antes posible el tratamiento con sales de litio. Si la respuesta es positiva, se pueden reducir los antipsicóticos y mantener el litio. En aquellos casos en que el paciente continua sin responder se puede iniciar el tratamiento con antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina) asociados con la carbamazepina 600 a 1.000 mg/día o ácido valproico 500 a 1.500 mg/día. Si todo ello fuera insuficiente, queda el recurso de la terapia electroconvulsiva TEC luego de suspender los anticonvulsivantes. Se han abierto nuevas perspectivas con la gabapentina, un fármaco bien tolerado y seguro (dosis entre los 900 y 1.800 mg/día). (84).

En un avance integrador, se destaca la preeminencia del abordaje combinado psicoterapia – psicofármacos, que ha dado lugar a usos más efectivos y precisos de estos últimos, y que por cierto, aporta garantías acerca de que han posibilitado la “disección farmacológica” de las depresiones.

En la **FASE IV** del Plan Estratégico, se plantean como objetivos básicos la detección así como la modificación de pensamientos automáticos depresógenos que acompañan al humor depresivo ; el aporte de cambios en la conducta que posibiliten la ejecución de actividades positivamente reforzantes ; la contribución en favor de cambios de actitudes y creencias disfuncionales que en modo sucesivo van deteriorando la autoimagen, generan desaliento e interfieren en las relaciones interpersonales del paciente ; todo ello, mediante la oportuna selección e instrumentación de Estrategias Cognitivo-Conductuales.

En verdad, se trata de un recorrido que parte desde las modificaciones cognitivas a las conductuales y afectivas, desde la visión propia del paciente respecto de sí mismo, de sus relaciones interpersonales y con el ambiente. La mirada está puesta en el aprendizaje que el sujeto debe realizar acerca de su

propia experiencia terapéutica, y en modo simultáneo, en la construcción de un marco preventivo.

Beck (1976), sostiene que las personas que padecen depresión tienen cogniciones que están centradas en pensamientos y actitudes negativas, tanto hacia sí mismas, como al entorno y el futuro, y el tema central está organizado tanto alrededor de la pérdida, ya sea ésta de personas u objetos, como de su propia autoestima o de la imagen de sí mismo. (85)

En el propio inicio de esta fase tiene lugar la identificación de las metas terapéuticas, para una intervención inmediata, así como la asignación de tareas intersesión, puesto que, en la medida en que el paciente se involucre en pequeñas actividades, se sentirá mejor y reforzará la idea acerca de que el cambio es posible.

También hay lugar para la focalización de los problemas, donde la colaboración del paciente resultará fundamental ; para ello, algunas indicaciones pueden ser : el monitoreo de pensamientos negativos ; que el paciente lea “COMO AFRONTAR LA DEPRESIÓN” (Beck y Greenberg, 1974 – traducción al castellano de S. Franchi, 1991), cuadernillo en el que se describen los síntomas de la depresión y las características del abordaje en detalle (86). Ello, como una labor psicoeducativa que haga posible el acceso al conocimiento de la naturaleza del trastorno ; el monitoreo de pensamientos negativos que influyen en el mantenimiento del estado depresivo. Esta indicación permitirá explorar la peculiar construcción de la realidad que hace el paciente, y mediante la autoobservación de estos contenidos, motivarle aún más para que se centre en los acontecimientos reales y en los significados que le atribuye y en función de ello, contribuir a que descubra su posibilidad de adjudicar significados nuevos a sus experiencias ; el monitoreo de sus actividades y el humor. Con esta alternativa, el paciente será ayudado a descentrarse del círculo vicioso en el que está atrapado, y que no hace más que confirmar su insatisfacción y reducir su autoestima.

En modo dialéctico, paciente y terapeuta realizan la evaluación acerca del devenir de los cambios experimentados, aunque éstos resulten muy pequeños. El sujeto así, va descubriendo sus pensamientos automáticos a la vez que incorpora respuestas más acordes y va modificando su sistema de creencias (intermedias y nucleares). En ello juega un papel fundamental el aprendizaje de

habilidades sociales, ya que se trata de una instancia que le ayuda a reinterpretar los acontecimientos y simultáneamente a implementar respuestas más apropiadas.

Como es de esperar, si el paciente encuentra ciertas dificultades en el desarrollo de su autoobservación, o en la ejecución de nuevos afrontamientos, estas mismas circunstancias pueden ser potenciadas en favor de una reestructuración cognitiva que le permitan realizar ajustes en el “aquí y ahora”.

La depresión suele tornarse crónica y pueden presentarse recidivas. Estas últimas habitualmente están relacionadas con problemas que requieren sucesivas comprensiones y ensayos o cierta maduración para que se resuelvan con éxito. En tal caso, se acuerda con el paciente la continuidad de la psicoterapia con metas más extensas o de largo alcance. (87).

Muy importante será asegurar el constante monitoreo sobre las respuestas del paciente ante las propuestas o preguntas socráticas formuladas ; ya que el sujeto deprimido, tiende a desvalorizarse, es inseguro, altamente susceptible a las evaluaciones del terapeuta, por ello el proceso debe sustentarse en la garantía de que se sienta comprendido y respetado en sus apreciaciones, por distorsionadas que ellas resulten.

El marco de trabajo propuesto en esta fase, consiste en la implementación de estrategias cognitivas, conductuales y su combinación.

Desde el punto de vista cognitivo, no sólo deberá considerarse la patología del paciente, sino especialmente, su particular modo de integrar y utilizar la información acerca de sí mismo, ya que según Beck (1995) , cada paciente aprende de distintos modos, de manera que los métodos eficaces en un momento y con un paciente determinado pueden ser ineficaces en otro momento y con otro paciente. (88)

Como se describiera previamente, los principales objetivos de estas estrategias estarán dirigidos a que el paciente aprenda a identificar y modificar los pensamientos erróneos y las conductas inadecuadas concomitantes ; a que tenga capacidad para reconocer y cambiar los patrones cognitivos que son causa de tales ideas y conductas desadaptativas.



Estas estrategias de sondeo cognitivo, son especialmente útiles al inicio del tratamiento, antes de que el paciente adquiera habilidades para manejar los pensamientos negativos automáticos y encontrar nuevas alternativas ; y si bien pueden no producir cambios cognitivos fundamentales, sí pueden minimizar la frecuencia de tales pensamientos depresivos y hasta elevar el humor.

A efectos de contribuir con la identificación y posterior modificación que debe lograr el paciente, acerca de sus pensamientos automáticos y sus consecuentes conductas erróneas, el primer paso a implementar es la autoobservación. Se ha sostenido que quienes padecen trastornos emocionales no son auténticamente “dueñas” de sus emociones, y por lo general las adjudican a otras personas o a eventos externos (estilo de atribución externo). Se le enseña al paciente a reemplazar las preguntas del POR QUÉ por las preguntas del CÓMO. Cuando se pregunta POR QUÉ, el paciente termina pensando más de lo mismo y obtiene menos conocimiento de lo que le sucede. En cambio, al focalizar en CÓMO es el malestar para él, sale del YO que piensa indiscriminadamente y pasa a un YO más autoobservador (89). Ello implica la promoción de un rol más activo en la vida por parte de quien cuestiona (el paciente), entrenándolo para que focalice su observación sobre cuándo surgen ciertos pensamientos y hacia dónde se dirigen y ayudándolo a encontrar correlatos emocionales y conductuales (contradicciones, otras direcciones).

Es común que se instruya al paciente a llevar un registro de pensamientos automáticos y de las emociones concomitantes (libreta en la que va anotando tales situaciones). Además, y en el marco de esta técnica de registro, se le solicita al paciente que consigne de qué emociones se trata (tristeza, rabia, culpa, etc.) y que la califique de una escala de 0 a 100, conforme a la intensidad de la emoción ; este ítem permitirá tener un conocimiento más concreto acerca de los cambios que se vayan sucediendo.

El desarrollo de la habilidad para detectar los pensamientos automáticos forma el núcleo de la terapia cognitivo – conductual. La contribución mayor desde la perspectiva integradora que aquí se presenta reside en la exploración de los supuestos subyacentes, los que al ser detectados podrán reformularse con una nueva luz. En la depresión, estos supuestos rondan alrededor de lo que Beck (1979), denominara “tríada cognitiva”, es decir la visión negativa que tiene el

paciente de su mundo, su persona y el futuro. Sus ideas y creencias negativas no sólo le parecen razonables y plausibles, sino que también cree que es un fracasado o un inútil por sentirse cansado todo el tiempo o bien cree que carece de cualidades que lo hagan una persona aceptable, lo cual va en detrimento de su autoestima. (90)

Estos pensamientos automáticos guardan relación con el espectro completo de la sintomatología depresiva, son habituales, involuntarios y difíciles de controlar, aparecen en respuesta ante una amplia gama de estímulos (incluso ante la misma terapia); se enmarcan en esta "tríada cognitiva"; consecuentemente, las manifestaciones afectivas resultan estrechamente relacionadas con tales cogniciones. Una constante rumiación de los problemas actuales, puede enmarañar la capacidad de concentración, la memoria y generar tensiones adicionales, también abriendo paso a los síntomas somáticos.

Esencialmente, la meta consiste en promover la toma de distancia entre el sujeto y sus pensamientos y que pueda experimentar cierta sensación de dominio sobre ellos; de este modo, se aproximará al reconocimiento de su cualidad automática, en lugar de aceptarlos como un fiel reflejo de la realidad externa.

En cuanto a las estrategias conductuales, éstas tendrán como objetivos básicos, el monitoreo y estructuración de actividades, mediante la graduación de tareas asignadas; potenciar el compromiso del paciente y mejorar su humor.

Se conoce que tanto el paciente, como las personas significativas con que se relaciona, tienen la convicción de que carece de capacidades para realizar las funciones que se esperan de él, sean cuales fueren éstas (como trabajador, como estudiante, ama de casa, esposa, padre, etc.). Progresivamente, todo se torna dificultoso, las funciones intelectuales, caminar, levantarse de la cama, induciendo insatisfacción y carencias en la autoestima. Por ello, estas técnicas deben acordarse con el sujeto en modo no coercitivo, mucho menos, manipulativo, sino con fina sensibilidad.

Algunas de estas alternativas es conocida como "monitoreo de actividades", propuesta por Beck y col. (1979) donde se le pide al paciente que realice un registro diario de lo que hace (y si es posible consignando hora tras hora), también debe asignar puntaje a cada actividad conforme al monto de

satisfacción que le produce (5 puntos para el máximo placer experimentado) ; con la letra P identifica el placer y con la D, el dominio en la realización. Esta instancia ayuda a identificar dónde y cuándo surgen las dificultades y en definitiva, demuestra la relación entre el humor y la actividad a la vez que permite ponderar la evolución del humor del paciente.

La adjudicación gradual de tareas, guardará estrecha relación con esta optimización en las probabilidades de que el paciente logre los objetivos, actuando como factores de refuerzo. Por ello, se entiende que esta técnica confronta la desesperanza al estimular al paciente a reducir sus actividades a proporciones “manejables” e incrementar la frecuencia de sus gratificaciones.

Es importante advertir que, puede acontecer que no obstante modificar el paciente su set cognitivo, no tenga capacidad para modificar su conducta ; también pueden ocurrir las modificaciones conductuales, pero no así en el esquema de cogniciones (“hago todo lo que tengo que hacer, pero no le encuentro sentido...hago las cosas por obligación o para que no piensen mal de mí...”) para lo cual es altamente recomendable emplear ambas técnicas en modo combinado y no aislado, para asegurar una mutua incidencia.

Siempre estas estrategias constituirán un medio y no un fin en el tratamiento, ello implica que deberá prevalecer la mirada sobre los progresos de cada paciente y sobre “sus tiempos” que a veces, pueden no coincidir con las expectativas del terapeuta.

En su mayoría, el paciente con trastornos emocionales, posee imaginaria asociada al peligro lo que a su vez, le genera incertidumbre, autodesvalorización y este contenido también se traslada a sus cogniciones verbales, por lo que “se anticipa” a traumas físicos o psicosociales. Por ello, y según lo explica Beck (1995), el uso de la imaginación puede contribuir a tomar distancia o perspectiva del problema, y ensayar distintas formas de enfrentar las imágenes perturbadoras a través del ensayo cognitivo. (91)

También aprende a reducir la gama de sentimientos displacenteros, mediante la corrección de aquellas cogniciones distorsionadas.

De allí que se sostenga que la estrategia más abarcadora consiste en generar feedback en el paciente, hacer posible su amplitud de conciencia y propiciar al surgimiento de nuevas ideas en aquellos que se sienten “en la oscuridad” respecto de sus vidas, o acerca de quienes les rodean.

Después de todo, la psicoterapia es esencialmente un arte con sólidas bases científicas ; en ella, es posible desplegar el humor, las metáforas, las anécdotas, al modo como se utilizan las técnicas cognitivas y conductuales estándares.

Finalmente, la **FASE V**, propone el desarrollo de Estrategias Interpersonales y Sociales. Según Jeremy Safran (1992), la paradoja mayor del hombre es que nace solo y muere solo, pero para ser él mismo necesita del otro (92). Sus objetivos consistirán en la identificación de las dificultades interpersonales del paciente, a partir de sus referencias directas ; de la información que aporten su pareja, familiares, las personas de su entorno cotidiano ; de la exploración que en modo directo realice el terapeuta acerca de sus roles interpersonales y sociales (grupos de referencia, desempeño, evitación sociales, etc.) ; de los patrones de interacción que exponga el paciente en las sesiones ; del análisis cognitivo de las inferencias en cadena. Así también, procurarán el esclarecimiento de los objetivos biosociales ; en relación con sus disfunciones de apego ; del área de la competencia y de la cooperación.

El desarrollo de esta quinta fase del Plan, se orienta al reordenamiento, reenfoque y la reformulación del contexto interpersonal del paciente. Ello, en virtud del concepto multifactorial del trastorno distímico, estrechamente ligado al contexto social, ya que quien la sufre ve reducida su capacidad de interacción social efectiva, alterados sus roles social y laboral y cuyas consecuencias agravan aun más el estado de ánimo, (93)

La tarea mediante estas estrategias, persiguen la movilización del paciente en función de objetivos cuyo logro lo refuercen positivamente.

El paradigma central de este marco terapéutico es que el paciente depresivo, se caracteriza por mantener un proceso cognitivo, donde sus ideas, creencias y esquemas traducen los hechos en representaciones de significado. Las reacciones emocionales están relacionadas con estos significados y no con los hechos en sí (94). Se trata de una verdadera cadena de procesamiento cognitivo, donde las ideas automáticas constituyen el componente que accede a la conciencia, y es acerca de estos elementos periféricos donde la terapia cognitiva marca su acento para el cambio.

Esta exploración cognitiva tendrá en consideración los significados subyacentes, las implicancias interpersonales y sociales, tales como los “contenidos recurrentes” (repetición de contenidos en las ideas automáticas), en este sentido, Guidano y Lliotti (1983) refieren que ellos nos brindan información acerca de las creencias de los pacientes.

Otra de las convicciones firmes del paciente distímico tienen relación con “ser víctima de las circunstancias” (locus de control externo); todo lo desagradable que acontece conforma la causa de sus infortunios, lo que refuerza su “certeza” de que carece de control sobre todo lo que sucede, entre lo que cuenta su propia desdicha; luego: “haga lo que haga me sentiré mal”; o cuando las oscilaciones de atribución causal se orienten en forma interna y estable, reforzará la autoacusación y el autodesprecio.

Según Gilbert (1992), las inferencias en cadena, es una de las formas del descubrimiento guiado más eficaces para detectar las creencias profundas; exploran las relaciones entre las ideas automáticas, las reglas y los supuestos subyacentes y los esquemas del self y los esquemas yo-otros. Mediante preguntas del terapeuta, el objetivo es que el paciente asocie sus respuestas con las consecuencias imaginadas de su comportamiento. Así, en sus anticipaciones introducirá las expectativas que tiene respecto de las consecuencias probables de sus actos y así podrá acceder a las motivaciones ocultas de su accionar. Por este camino puede aprender que, si introduce cambios en su comportamiento, obtendrá consecuencias distintas, contra la creencia arraigada (del depresivo crónico) en cuanto a que “nada de lo que haga cambiará las cosas” o “mi ánimo será siempre el mismo”. El paciente debe descubrir por sí mismo y no ser inducido por el terapeuta en sus respuestas. (95)

Se trata de un procedimiento de preguntas encadenadas que en modo alguno deben sugerir respuestas, aquí no se trata de interpretación, sino de que el mismo paciente realice el autodescubrimiento, Gilbert (1992) suministra algunos ejemplos: “Qué cree que pensaron los demás?” / “Qué piensa que pasó por la cabeza de...?” / “Qué cree que pensaron de Usted?” / “Cómo llega a esa conclusión?”.

En cuanto a las metas biosociales, es importante seguir las consideraciones que al respecto formula Gilbert (1992): la necesidad de cuidados, brindar

protección, colaborar y de competir, como las más importantes en relación con el proceso depresivo.

El temor a la soledad es muy pronunciado en los pacientes distímicos y, en algunos de ellos, el tema de lograr protección se torna prevaleciente en sus vidas, al punto de aceptar vínculos humillantes, si con ello evitan la amenaza de la soledad. Ciertas características de su forma de ser, paradójicamente los tornan proclives a ser segregados. Tienden a comportarse de forma distante, cuando no huraña, lo cual determina que no resulten buscados por otros para compartir momentos de distensión. (96)

Suele dominar un patrón en los intercambios interpersonales, generalmente puesto de manifiesto al modo de búsqueda de directivas por parte de los demás, ya que son sujetos sumisos y dependientes ; este rol pasivo y las dificultades que tiene para establecer relaciones cooperativas, pueden impacientar al terapeuta y provocar que finalmente éste termine impartiendo directivas, lo cual puede servir de fiel “marcador” de este particular comportamiento del paciente, automático y habitual, de valencia negativa, capaz de activar en su entorno los mismos sentimientos y constituirse en patrones interpersonales disfuncionales. (97)

En esta gama de interacciones sociales, otra función en juego es la de competencia. En el paciente depresivo, el sentimiento de autonomía, individualidad y su capacidad competitiva, se muestran empobrecidos ; de allí que los resultados de su autopercepción se tiñan de humillación, vergüenza, y hasta resentimiento. Experimentan el fracaso en forma anticipada, por lo que resignan todo intento de lucha.

Así también, en el paciente depresivo la cooperación subyace, motivacionalmente, a sus expresiones sumisas. Gilbert (1992) afirma que la vulnerabilidad a la cooperación se expresa en la sensibilidad de no ser valorados y en la facilidad con que generan culpa cuando piensan que han cometido alguna transgresión. De este modo evitan las discusiones, no son asertivos y tratan de no obstruir. (98)

En cuanto a las técnicas de trabajo, Safran y Segal (1994) proponen estrategias básicas que identifican como : Descentralización / Desmentido Experiencial / Acceso a las disposiciones a la acción.

La primera de estas estrategias parte del postulado de que, para promover un cambio, es necesario conocer en primera instancia, el modo en que la conducta interpersonal disfuncional es mantenida. Centra atención en los patrones de acción y reacción que toman parte en este campo interpersonal y procura que el paciente pueda tomar distancia, verse a sí mismo en perspectiva. Los autores destacan que la descentralización es muy importante en los distímicos, ya que no tienden a cuestionar la validez de sus percepciones y vivencias problemáticas, por haberlas incorporado como inherentes a su sí mismo. Están inmersos en ellas. (99).

Para promover esta descentralización, es preciso emprender un verdadero cuestionamiento cognitivo : “Cómo sabe que es así?” / “Qué pruebas tiene?” / “En qué se basa para afirmarlo?” ; siempre la meta será que el paciente explore, autoobserve el estilo disfuncional (evidencias opuestas a sus creencias).

En cuanto al Desmentido Experiencial : se orienta a la búsqueda de contradicciones, mediante la utilización de procedimientos conocidos como “prueba de la realidad” y de este modo, cuestionar las creencias disfuncionales. Por ello, se trabajará en función de que el paciente se mantenga atento a la emergencia de sus patrones disfuncionales entre las sesiones, mediante el registro y el cuestionamiento “por sí mismo”.

Acerca de Acceder a las Disposiciones a la Acción : tendrá un papel preponderante, la exploración de las motivaciones y las actitudes especialmente orientadas a la experiencia interior. Greenberg y Safran (1987) ; Safran y Greenberg (1988), refieren a partir de sus observaciones que se profundizará de este modo, en las actitudes que gobiernan la expresión emocional, con frecuencia obstruida en los distímicos, en tanto que la emoción provee información sobre el sí mismo en interacción con el entorno. (100). Progresivamente el paciente descubre el impacto interpersonal de sus comunicaciones verbales y no verbales, de las que no siempre es consciente y de este modo, puede asumir la responsabilidad del control sobre la acción y del proceso de cambio.

Esencialmente, desde esta perspectiva terapéutica se repara en la importancia de dos variables que tienen alta incidencia en el déficit que estos pacientes

manifiestan acerca de sus habilidades sociales, ellas son : sus defectos de aprendizaje y la carencia de oportunidades ; precisamente dos factores que mucho tienen que ver con el trabajo orientado al logro de un cambio estable en estos sujetos.

Sostsky y col. (1991), expresan que cuando predominan las dificultades en esta área, los distímicos encuentran trabas para desarrollar vínculos y van hacia el aislamiento. Es muy importante el estudio de la comorbilidad (obsesividad, esquizotipia) para evitar un fracaso prematuro. Se trata en general, de pacientes que requieren una labor terapéutica más prolongada, ya que es el área de mayores dificultades, menos desarrollada y menos exitosa para cualquier orientación psicoterapéutica (101)

Indudablemente, las necesidades de reafirmación y aprobación son factores muy importantes en la vulnerabilidad de la depresión. Desde el punto de vista psicobiológico evolutivo Gilbert (1992) sostiene que podrían estar relacionadas tanto con las necesidades de protección como con las de poder (102) ; y particularmente acerca de ellas, se describe que en los depresivos crónicos, por lo general, se restringen a las primeras. Siendo muy manifiestas en las relaciones afectivas e íntimas y esperablemente traducidas mediante demandas de atención, afecto, quejas. Ello, según Guidano (1994), en razón del sentimiento central de inseguridad que les domina y que contribuye a reforzar una imagen de sí mismo negativa.

Cognitivamente, esta falta de reconocimiento y de valorización, denotan la vulnerabilidad del sujeto, como producto de una imperiosa necesidad de protección, comúnmente expresada como “inseguridad”, tratándose de un verdadero patrón de comportamiento en sus relaciones.

En cuanto al abordaje específico propuesto en esta Fase, el mismo está centrado en trabajar sobre este patrón, así Gilbert (1992) propone orientar la tarea en “el significado y en el análisis del significado” y un modo de llevarlo a cabo, consiste en apuntar a las autoevaluaciones y cuestionarlas : “Por qué uno DEBE ser amado o valorado?.

Se trata de ayudar al paciente a evitar el autorreproche cuando, la falta de reconocimientos hace que éste desvalore sus sentimientos o su accionar. Según este autor, si es posible detener el autorreproche, en modo de mantener



una relación relativamente estable consigo mismo, la depresión probablemente pueda prevenirse.

Otro tema central dentro de la problemática de las depresiones crónicas, tiene relación con la Asertividad. Su falta también es generadora de autorreproches, una suerte de resentimientos hacia la persona con la que se interactúa e inevitablemente, la consecuente culpa ante tales sentimientos negativos ; acarreado idénticas desventajas para el sujeto, como las que provoca la falta de autoafirmación.

Así, la pobreza asertiva puede originarse en un déficit de aprendizaje social y, en este caso, ser modificable con entrenamiento asertivo. (103).

No obstante, la mayoría de estos pacientes evitan ser asertivos, por temor al rechazo, la desaprobación y al abandono ; este fenómeno, ha dado lugar a la consideración de que la falta de asertividad puede valorarse como una cualidad positiva en estos pacientes, al juzgar agresivas a las personas asertivas. Especialmente, si se tiene en cuenta de que no se trata de una cualidad unidimensional, así Arrindel y col. (1988), describen cuatro componentes en la misma : la persona asertiva puede, expresar un sentimiento negativo, defender una posición y generar un conflicto / manejar las propias limitaciones y estar dispuesto a admitir falencias o errores / puede dar a conocer las opiniones propias y disentir con los demás / puede elogiar y aceptar elogios.

A partir de estas dimensiones y para encausar el abordaje terapéutico, será preciso determinar aquellas que estén comprometidas, así como explorar qué factores mantienen esta conducta no asertiva. Tales factores pueden tener relación con el temor a la reacción y a la incapacidad para responder (a ser objeto de ridículo) ; con perder el control al expresarse asertivamente, activando así la ansiedad, mayor descontrol y la vergüenza (ausencia de asertividad por inhibición) ; con el temor al abandono que le puede traer aparejado si es asertivo ; con la falta de determinación en cuanto a sus derechos personales, incurriendo en el resentimiento hacia los demás ; con evitar los autorreproches, como estrategia que le permita reducir los deseos de revancha y reproches hacia otros (que trae aparejada mayor depresión, `aun las mujeres víctimas de violencia, suelen culparse`); con la falta de competitividad, ya que puede sentir desagrado hacia las personas asertivas y considerarlas egoístas, luego, se siente satisfecho por no serlo.

En función de estos aspectos, el trabajo terapéutico se empeñará en entrenar al paciente para que no sólo esté en condiciones de defender su posición, sino también de tomar iniciativas en su interacción social ; Gilbert sostiene que la iniciativa, es una habilidad social importante y que el flujo de la interacción en este orden depende básicamente de ella ; el autor la llama “entusiasmo”.

Además, procurará explorar sus temores hacia la asertividad y ayudar al paciente a que reconozca los resentimientos que le genera su carencia en este sentido ; revisar sus cogniciones negativas acerca de cuando actúa asertivamente ; instar a su entrenamiento mediante la terapia grupal (rol playing).

El autor asevera que en su mayoría, los depresivos no son divertidos, no es común pasarla bien con ellos ; y en parte se debe a que no inician interacciones positivas, probablemente por vergüenza, por temor al rechazo, para no ser el centro de atención o hasta por resentimiento.

Como reflexiones finales acerca de la descripción de este Modelo, puede sostenerse que, finalmente lo que emerge (del spectrum), según H.S. Akiskal (1997) es la heterogeneidad de este gran terreno de la sintomatología depresiva de grado leve ; y destaca el valor heurístico de considerarlas variantes de los trastornos afectivos, más allá de su gran superposición. (104).

Los autores coinciden en que se ha experimentado un cambio sustancial en la conceptualización de la distimia y de las depresiones crónicas en general ; ello merced a la convergencia de los sucesivos conocimientos sobre los que se han ido generando espacios, tales como el regreso a conceptos unicistas en la consideración de las depresiones crónicas, revalorizando en este orden las ideas de Kraepelin acerca de la enfermedad depresiva ; abordajes psicoterapéuticos activos, con capacidad para ir más allá de límites introspectivos, e integrar las variables psicosociales entre las estrategias de abordaje ; la disponibilidad de nuevos fármacos de resultados más eficaces y seguros para la terapéutica de los trastornos del humor ; la progresiva inclusión de alternativas orientadas a mantener el cambio logrado en el paciente, así como prevenir sus recaídas y recurrencias en modo activo.

En modo sucesivo, el concepto de "spectrum" de este trastorno, va consolidando su espacio tanto en la literatura como en el proceder clínico. Según lo afirman Casano, Musetti y ots. (1993), la depresión puede considerarse crónica no sólo por su sintomatología continua o recurrente, sino también por un proceso psicopatológico subyacente, constante, que alcanza distintos niveles de manifestación clínica durante la vida del enfermo.

Por ello, se afirma que esta unificación se debe no sólo a la persistencia del humor depresivo, sino además, por la tendencia a las recurrencias que, al disiparse, instauran un trasfondo de desregulación temperamental con su consecuente impacto en la esfera social del paciente y que reviste cierta continuidad.

H. Chappa refiere que posiblemente, la delimitación entre la distimia y otros trastornos crónicos del humor, resulta muy tenue, puesto que algunos estudios destinados a establecer si los subtipos de depresión crónica son diferentes desde el punto de vista clínico o por la historia familiar no brindan datos suficientes como para separarlos. Según Yang y Dunner (2001), la diferencia entre distimia pura, depresión crónica mayor y depresión crónica no mayor, radicaría en una menor intensidad sintomatológica depresiva y en un funcionamiento social de más baja efectividad.

Así, el espectro de las depresiones crónicas, es descrito con las siguientes formas clínicas : - distimia ; - episodio depresivo mayor crónico o residual ; - personalidad depresiva ; - depresión crónica residual ; - depresión breve recurrente ; - depresión atípica ; - disforia histeroide ; - depresión secundaria crónica a enfermedades médicas : - depresión secundaria crónica a trastornos psiquiátricos ; - síndrome depresivo ansioso (mixto) crónico ; - neurastenia o síndrome de cansancio crónico.

Para estos cuadros también resultan aplicables y efectivos, los principios y estrategias detalladas precedentemente acerca del Plan Estratégico de abordaje integral.. Ello es posible, ya que los procesos cognitivos preservan identidad continua entre los diferentes cuadros, desde una perspectiva fenomenológica como terapéutica. Además, las variables farmacológicas tampoco son ajenas a esta integración, ya que los psicofármacos como factores que modifican el comportamiento, no sólo se limitan a incidir sobre las bases biológicas, sino que también se extienden a la promoción de cambios cognitivos. Según

sostiene Dunner (2002), psicoterapia y fármacos, actúan en modo sinérgico y coadyuvan al control sintomático, además de facilitar el cambio psicosocial progresivo. El impacto de la discapacidad psicosocial y la severidad de los síntomas depresivos puede atenuarse significativamente con este enfoque combinado. (105)

En suma, sea entonces que se trate de distimia, personalidad depresiva u otras formas crónicas de depresión, se insiste aquí en la indisoluble unidad interactiva fármaco-psicoterapéutica para el logro de la rehabilitación del paciente, entendiendo como tal una razonable calidad de vida.

Finalmente, y al tratarse de un abordaje integral, el mismo también incluye estrategias de prevención, en función de ello, Paykel (1994), considera que se deben tener en cuenta al menos 3 objetivos en todo tratamiento de la depresión : 1- Modificar la sintomatología depresiva ; 2- Prevenir las recaídas y las recurrencias ; 3- Favorecer el ajuste social. (106)

En este sentido, Brodaty y col. (2001) consideran que si el seguimiento es de largo plazo, los casos crónicos pueden ofrecer muestras de mejoría ; así ante situaciones de recaídas o recurrencias es posible el control mediante el uso de psicofármacos de plazos extensos. Además, según Evans, Hollon, de Rubeis y col. (1992) ; Hollon y col. (1996), la terapia cognitiva ha dado muestras de sus efectos preventivos respecto de las recaídas, tanto en forma exclusiva como asociada a tratamiento farmacológico. Modificando las creencias básicas que dan significado a la autoimagen y a la imagen de la realidad, se cambian las actitudes hacia los hechos, mientras que actuando sobre las expectativas se inyecta esperanza y se promueve el cambio conductual. De este modo se previene la activación del patrón evolucionario biosocial de respuestas depresivas que da forma clínica a la depresión doble. (107).

Esta mirada preventiva también deberá extenderse hacia la órbita social en que interactúa el paciente y por ello, la repercusión que su padecimiento ejerce sobre la misma. Las restricciones sociales no necesariamente son consecuencia única de un proceso de inhibición social, producido por la depresión, que suele ser disipado si la respuesta terapéutica es eficaz ; también se reconoce que muchos pacientes no cuentan con las habilidades necesarias y deben incorporarlas. Particularmente por ello, se sugieren las terapias grupales, toda

vez que el paciente haya dado muestras de recuperación en cuanto a sus síntomas (por lo que debe mantenerse asociación con el tratamiento farmacológico).

Así, la propuesta integradora, que aúna los beneficios de la psicofarmacología con las propuestas cognitivo – biosociales, sostiene que el autoconocimiento logrado con la terapia cognitiva beneficia la asimilación de las estrategias que apuntan a la mayor eficacia interpersonal y social.(108)

En esta fase del Plan de abordaje integrador propuesto, también se describen técnicas orientadas a la modificación de la imaginería, puesto que un alto número de pacientes que padecen trastornos emocionales, tienen imágenes visuales asociadas al peligro, a la incertidumbre, a la desvalorización, que están correlacionadas con el contenido de sus cogniciones verbales. (109).

En función de promover cambios en este sentido, se utilizan técnicas específicas tales como : Repetición (que consiste en repetir la imagen o el recuerdo una y otra vez, hasta extinguir su aparición) ; Proyección en el Futuro (imaginar la misma o nuevas situaciones en el futuro y tiene su fundamento en promover la búsqueda de alternativas) ; Imágenes Simbólicas (imaginar a otra persona con el mismo problema, tal vez a alguien a quien se admira, o contrariamente, a alguien aún más vulnerable) ; Facilitación del cambio en Imágenes Inducidas (donde el terapeuta funciona como guía para ayudar al paciente a encontrar el cambio deseado y posible ; muy utilizada en pacientes de alta inhibición o muy pasivos).

Es posible observar que inicialmente el abordaje cognitivo es trabajado en sesión, para dar paso en modo progresivo al propio trabajo del paciente fuera de ella, mediante práctica y experiencia ; la meta será entrenar al sujeto a través de un variado abanico de técnicas, que le permitan afrontar directamente su estado afectivo y así, aliviar sus síntomas.

Se repara en la importancia de trabajar el nivel de aceptación del paciente acerca de sus sentimientos y emociones displacenteras. Por ello Beck y Emery (1985) insisten en que se debe tener en cuenta que aceptar no significa resignarse ni bajar los brazos. (110)

Se trata de puntualizar la aceptación de la realidad como un proceso activo (el paciente puede elegir aceptar lo que siente), a fin de poder manejarse

efectivamente con ella, sin realizar juicios o colocarle etiquetas. El paciente depresivo tiende a construir juicios negativos y estas evaluaciones no hacen más que reforzar su malestar.

A la vez, se procura la despatologización del nivel de sus síntomas, al ayudar al paciente a verse menos autoabsorbido por los mismos, como un aspecto psicoeducativo central que promueve el autoconocimiento y mayor tolerancia a la frustración.

Beck y col (1979) observan que el terapeuta que trabaja con el encuadre cognitivo formula su abordaje terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas del paciente en ese momento particular de su vida. El terapeuta puede implementar la terapia cognitiva aunque en algunas ocasiones predominen las técnicas conductuales o bien aquellas que promuevan el reconocimiento, el contacto y la regulación de las emociones.

## B - ESENCIA DEL MODELO INTEGRATIVO SU EFECTIVIDAD

Al tratar el presente trabajo, sobre la modalidad de abordaje integral de las depresiones, su importancia y alcances, se ofrece en este apartado una descripción más detenida acerca del marco terapéutico propuesto por Roberto Opazo Castro (1992). El autor destaca la necesidad de formalizar una propuesta integrativa que trascienda fronteras y potencie al verdadero cambio ; la misma responde a bases epistemológicas moderadamente constructivistas ; desde su metodología promueve la capacidad de predicción y el “cambio” como referentes validantes, y en el orden paradigmático, propone una forma de integración de paradigmas : el biológico, el ambiental, el cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico.

Roberto Opazo describe al Modelo Integrativo como el plano abstracto en el que se sustentan los postulados básicos como referentes específicos que a su vez, orientan hacia las estrategias clínicas como instancias aún más específicas.

Los nuevos tiempos exigen que se diversifiquen y amplíen las miradas acerca del acontecer humano, situación que promueve terminar con la sujeción en paradigmas parciales, y contrariamente, a seleccionar e integrar los mejores aportes del paradigma biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, y que necesariamente potenciará el accionar psicoterapéutico.

El marco de la psicoterapia integrativa, da lugar al empleo de diversas técnicas y a su combinación creativa, en función de los objetivos terapéuticos y en el contexto ordenador de su paradigma. A su vez, el psicoterapeuta integrativo, deberá estar atento para ir evaluando los efectos en su paciente, así como para ir contextualizando las aplicaciones técnicas desde una perspectiva global. De este modo, el buen uso de las técnicas mantiene comprometido el aporte heurístico del modelo, ya que éste en forma conjunta a los objetivos, aportarán una estructura orientadora.

En modo general, la psicoterapia integrativa consiste en un proceso en el que se espera que el cambio se produzca paso a paso, con avances y retrocesos. Al decir de Tallman y Bohart (1999), el cambio mismo es, en la mayoría de los casos, un esfuerzo paso a paso, hacia adelante y hacia atrás, intentando nuevas opciones y así sucesivamente. La persona debe involucrarse en el proceso de tomar nuevas decisiones, plantearse nuevas metas, desarrollar nuevas estrategias para luego aplicarlas. (111)

Se trata de una experiencia donde “devenir” y “sustancia” van imponiendo sucesivamente sus fuerzas, en una dinámica constante de acción y reacción ; donde se plantea la lucha entre fuerzas movilizadas de cambios (como la tendencia al crecimiento, estímulos terapéuticamente significativos, principios de influencia, etc.) y las fuerzas que oponen resistencia a los cambios (estructuras biológicas, cognitivas, afectivas, inconscientes, dinamismos que procuran mantener el equilibrio homeostático, la propia auto-organización del Self y sus mecanismos de defensa, etc.).

Cada intervención terapéutica tiende a la desorganización del sistema Self, para activar a su vez, un proceso de recuperación ; se entiende que este devenir de desorganización y auto-organización adquiere un perfil diferente en cada paciente, dando lugar a efectos diferentes también.

Así, el insight (“mirar adentro”) y el awareness (“darse cuenta”) activados por la experiencia terapéutica, al combinarse pueden potenciar su influencia, logrando en el paciente cambios significativos ; en tanto que en otros casos, pueden llevar a cambios que además, requieran de otras acciones terapéuticas adicionales (principios de influencia, conceptos movilizadores, aportes técnicos específicos, etc.).

Este proceso integrativo es altamente personalizado, conforme a que cada paciente aporta un universo parcialmente diferente, condición que promueve la creatividad en la aplicación de este modelo idiosincrásicamente adecuado a cada paciente ; de allí que se designe al terapeuta integrativo como arquitecto de cada proceso.

En esta instancia, paciente y terapeuta van configurando su propio y único estilo de relación interpersonal, fortaleciendo la alianza terapéutica y co-construyendo lo que en este modelo terapéutico es considerado el eje central : los ESTÍMULOS EFECTIVOS, puesto que, es poco probable que una influencia terapéutica resulte positiva, si no es introyectada, significada como tal por el propio paciente. Desde esta mirada entonces, el modo de significar del paciente se erigirá como el foco de atención para el terapeuta.

Tales significaciones son cognoscibles para el terapeuta, mediante el relato que el paciente refiere sobre su historia, a través de sus reacciones, de sus verbalizaciones espontáneas, de sus respuestas ante las preguntas directas, a través de las narrativas sobre sus experiencias fuera de sesión ; todo conforma un contenido al cual acceder, donde la verdadera “llave maestra” será el diálogo socrático.

Este modelo toma como estrategias de inicio, las aportadas por la terapia Centrada en el Cliente, procurando acoger al paciente, diagnosticar integralmente, y precisando objetivos con él, fundamentalmente ir generando una positiva alianza terapéutica ; ello conformará la plataforma básica para el trabajo clínico y en ella se involucrarán sus creencias, motivaciones y expectativas.

En un segundo momento, pasan al primer plano las capacidades del terapeuta como auténtico agente motivador con todos los recursos de la terapia integrativa.



Ambos momentos (el de acoger y el de movilizar cambios) cumplen con secuencias que flexiblemente se pueden alternar, superponer, a fin de que puedan adaptarse a los requerimientos de cada paciente.

También es importante señalar, que el proceso podrá ser interrumpido, toda vez que la relación costo – beneficio se vaya tornando sistemáticamente adversa ; así también, el terapeuta podrá formular las necesarias interconsultas que el caso requiera, ya que esencialmente este modelo aporta un marco conceptual altamente favorecedor para el trabajo en equipo.

R. Opazo especifica que el objetivo central del proceso de Psicoterapia Integrativa es la modificación y/o re-administración de aquellos síntomas, áreas deficitarias o rasgos de personalidad que el paciente “desea cambiar”, donde la opción del desarrollo personal siempre está presente y, en ocasiones, hasta puede constituir el objetivo principal del proceso. (112)

Evidentemente, se trata de un proceso gradual en que el “working through” (trabajando en la elaboración) tiene un rol permanente ; y donde el terapeuta aportará medios, estrategias y técnicas complementarias para ayudar al paciente en sus opciones de cambio.

Por ello, el terapeuta integrativo, explorará la teoría del paciente acerca de sus problemas y acerca de sus posibles soluciones. No parte de la base de que el paciente tiene fuertes teorías al respecto, más bien, explora si las tiene o no y si resulta preeminente su pronta elaboración.

En este marco, la historia del paciente puede aportar una valiosa fuente de información etiológica, los nutrientes de su autoimagen y autoestima ; aspectos que han coadyuvado a la construcción de su propia identidad. No obstante ello, en Psicoterapia Integrativa fundamentalmente se apunta a la experiencia en tiempo presente, con un marcado énfasis en el “aquí y ahora”.

Desde este paradigma, la propia relación paciente – terapeuta en el aquí y ahora, propicia una invaluable oportunidad de entrenamiento “in vivo” en habilidades interpersonales.

Imperan amplísimos espacios de libertad para que el terapeuta pueda moverse de un estilo relacional a otro. Ello implica que en ocasiones podrá ser más activo, en otras más pasivo, podrá ejercer mayor dirección y en otros

momentos menor conducción, dando preeminencia a los aspectos racionales o a los afectivos, según sean las circunstancias clínicas.

Estas fluctuaciones condicionan a que el terapeuta disponga de un amplio repertorio conductual que le permita formalizar una activación selectiva, oportuna y en la forma que cada instancia requiera.

En este sentido, es menester apuntar que en general, los contenidos de cada sesión son determinados preferentemente por el paciente. El autor repara que aunque el terapeuta puede guiar, activar, desactivar temáticas, e incluso proponer contenidos, lo importante es que la sesión cuente en todo momento con un paciente interesado y motivado con lo que esté ocurriendo. (113)

Así, en términos generales, el escenario amplio y flexible en el que se desempeña el terapeuta integrativo para ir adaptándose a cada paciente, favorece una potenciación interaccional, que a la vez resulta altamente predictiva de resultados terapéuticos positivos.

Roberto Opazo propone en el marco de este modelo, una Ficha de Evaluación Clínica Integral (F.E.C.I.) la cual es administrada al paciente al inicio del proceso. En ella se recaba un importante caudal de datos, así como las percepciones del paciente ; conforma un punto de apoyo e hito referencial a lo largo de todo el proceso. La misma le es posteriormente entregada a fin de propiciar una retroalimentación acerca de sus respuestas, simboliza una muestra de respeto también.

Si bien un adecuado diagnóstico hace posible un adecuado proceso terapéutico, más que la búsqueda de una “etiqueta global” que posicione al paciente en una determinada categoría nosológica, lo que se pretende es conocer realmente al paciente en sus aspectos más relevantes para el proceso de cambio ; evaluar sus fortalezas y debilidades ; ensanchar el “awareness” (el darse cuenta) ; introducir la oportuna fase didáctica , lo que a su vez motiva la participación activa del paciente y facilita la identificación de focos prioritarios de intervención por parte del terapeuta.

Desde sus inicios, el proceso está orientado al conocimiento del paciente en su plenitud, con sus múltiples y específicas características relevantes, mediante un desglose paradigmático, propiciador y potenciador hacia la ruta del cambio ; por

ello sostiene que el diagnóstico integral es funcional para el operar y no para el contemplar.

Luego, en el natural devenir del proceso, se procurará el avance sobre una mayor integración del sistema Self del paciente, accionando en los paradigmas biológico, ambiental / conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico.

## B – 1. POSTULADOS BÁSICOS DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Conviene efectuar una descripción de aquellos pilares que resultan esenciales y especificadores de este modelo terapéutico, a los que Roberto Opazo (1992) denominó “Postulados Básicos de una Psicoterapia Integrativa”, los que van tendiendo puentes entre el modelo paradigmático sustentador y sus derivaciones clínicas :

- 1- La Psicoterapia Integrativa es consistente con el Modelo Integrativo Supraparadigmático : es el modelo el que orienta y enmarca el desarrollo clínico a partir de esta perspectiva.
- 2- Es un Proceso Interpersonal : la calidad de la relación paciente - terapeuta, el rol de la alianza terapéutica, es plenamente enfatizado en este modelo. Así, cuando la relación paciente – terapeuta es de buena calidad, potenciará las estrategias clínicas desplegadas.
- 3- El Diagnóstico Integral es considerado crucial, en términos de predicción y evolución clínica y en términos de selección de estrategias clínicas : en un sentido descriptivo, espera descubrir las fortalezas y debilidades de los pacientes y su sistema Self ; en términos etiológicos, se tratará de establecer la génesis del motivo de consulta y en términos terapéuticos, se procurará recoger las fuerzas de cambio, desde los distintos paradigmas.
- 4- Los objetivos terapéuticos son esclarecidos y acordados con el paciente : ello favorece la motivación, facilitando que el paciente colabore activamente en el proceso terapéutico.

- 5- El cambio clínico será diferente en función de la parte específica del sistema que sea influenciada : cada parte tiene sus características diferenciales, aporta más fortaleza o menos y ello influye etiológicamente ; el abordaje específico influirá en el cambio e incidirá en el sistema total.
- 6- Cualquier cambio específico de una parte del sistema, tiende a irradiarse hacia el sistema total : así, un daño en una parte del sistema tiende a empobrecer todo el sistema y un beneficio en una parte, tiende a beneficiar al todo.
- 7- Cualquier cambio en el sistema total, también afectará a cada parte del sistema psicológico : pues éste tiende al equilibrio homeostático y es internamente interactivo, el cambio de las partes cambia el todo y el cambio del todo incide en las partes, a modo de una dinámica general del sistema.
- 8- Las variables inespecíficas van adquiriendo especificidad en el marco de la Psicoterapia Integrativa : variables del paciente, del terapeuta así como de la relación terapéutica, que conforman un triple desafío para establecer la significación de su aporte para el cambio.
- 9- Los principios de influencia aportan especificidad a la Psicoterapia Integrativa : los que constituyen verdaderas fuerzas de cambio específicas y que pueden ser incorporadas intencionalmente al proceso terapéutico.
- 10- El eje de la Psicoterapia Integrativa es la traducción de la experiencia realizada por el paciente a través de su sistema Self : puesto que el desafío central es ir contribuyendo a generar en el paciente, los mejores estímulos efectivos posibles en su circunstancia clínica y con los elementos de que dispone.
- 11- El desarrollo de cada sub-sistema tiene efectos preventivos : ya que adquirirá repercusión preventiva al hacer más difícil la génesis de futuros desajustes, generará mayor resiliencia y opondrá una mayor resistencia comparativa para caer en desajustes.
- 12- La Psicoterapia Integrativa es un proceso creativo sobre bases científicas : es un proceso que se desarrolla en función de un marco teórico y mediante estrategias validadas ; para cada paciente se va configurando la intervención, que depende de la habilidad clínica del terapeuta y de su creatividad en pos de lograr un proceso humanizado.

Se trata de un proceso personalizado, humanizado y creativo de principios científicamente fundamentados.

## B - 2. PRINCIPIOS DE INFLUENCIA

Como es posible advertir, para el modelo integrativo toda puesta en acción estará orientada hacia lo que considera como eje central: el sistema Self del paciente. Este sistema es el que expresa la coherencia y el equilibrio homeostático del sistema psicológico y articula los diferentes paradigmas, integrando a su vez en plenitud, a la persona. Constituye una suerte de procesador central de la experiencia humana; y a partir de cada una de estas experiencias, construye estímulos efectivos (estímulos procesados) que finalmente son los que movilizan la dinámica psicológica.

Según el autor, el Supraparadigma Integrativo integra lo nomotético y lo ideográfico, dado que los principios generales (nomotéticos) se organizan y configuran de un modo particular (ideográfico) en cada persona. Es preciso entonces, conocer los principios y las personas. (114)

Surge así el concepto de Principios de Influencia, como un modo de "humanizar" el principio de causalidad, haciendo posible el acceso a principios regulatorios que acompañan al enmarañado psiquismo humano.

Se conoce que el principio de causalidad desde el terreno psicológico, se desperfila en la complejidad de las variables involucradas, luego: el efecto no es precisable, éste puede diluirse, se presenta en forma encubierta o demorada, o no se presenta.

De este modo, el sistema Self de la persona, con sus valores, creencias, significados, incorpora adicionalmente importantes "rupturas predictivas" que dificultan predecir con seguridad cuáles serán los efectos.

Se concluye entonces, que en el escenario psicológico el efecto ocasionalmente es seguro, o probable; ello dependerá de qué estímulos son procesados por el sistema Self y de su modalidad al hacerlo.

Es así que el principio de influencia asume el rol de lo probabilístico, haciendo referencia a una relación entre un hecho específico (precedente) y un hecho específico (consecuente). La presencia del primero, aumenta la probabilidad de que se produzca el segundo.

El autor refiere dimensiones que caracterizan al principio de influencia, tales son la dirección de la influencia (hacia qué efecto específico); el grado de probabilidad del efecto y el grado de dependencia de la cultura.

En casos muy excepcionales la probabilidad del efecto llega a ser 1, en cuyo caso la influencia, pasa a ser una ley determinista (115) A este respecto, grafica un ejemplo para dejar por sentada la diferencia entre una ley necesaria y una influencia reguladora :

LEY	PRINCIPIO DE INFLUENCIA
$A \rightarrow B$	$A \rightarrow > Pr B$
Si A entonces B (ocurrirá)	Si A entonces B (es altamente Probable)
Ej. Desorden en el cromosoma 21 produce Síndrome de Down	Ej. Auto-instrucciones auto-derrotantes aumentan la probabilidad del afecto depresivo.

Es preciso reconocer principios reguladores de la dinámica psicológica, que hagan posible anticiparse a la probabilidad de un efecto.

En este marco terapéutico se considera que un principio de influencia no es una influencia al azar, sino que se trata de una influencia direccional; así por ejemplo: "la presencia de un afecto positivo, aumenta la probabilidad de fortalecer una auto-imagen positiva", muestran una dirección y sentido.

Un principio de influencia entonces, podrá ser utilizado con toda intención a fin de alcanzar los objetivos acordados con el paciente. De este modo, principios de influencia provenientes de diferentes paradigmas y que apunten hacia el mismo efecto, pueden potenciar la psicoterapia, al utilizar fuerzas de cambio específicas que aunen influencias en la misma dirección. (116)

En función del diagnóstico integral, el terapeuta irá administrando principios de influencia, conforme a los objetivos, la motivación del paciente y de la calidad de su relación.

Además, mediante el empleo clínico de los principios de influencia, terapeuta y paciente van construyendo progresivamente efectos que se traducen en el alcance de los objetivos oportunamente trazados. Se trata de una frontera dialéctica en la que interactúan constantemente el sistema Self del paciente, los estímulos y los principios de influencia aportados por el terapeuta.

Así, y conforme a la temática central del presente trabajo, pueden observarse algunos ejemplos de principios de influencia en la modificación del afecto depresivo que suministra el autor : El despliegue conductual activo, influye aumentando la probabilidad de reducción del afecto depresivo / Un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción de las necesidades de la persona, con el consiguiente bienestar psicológico / La motivación al cambio por parte del paciente influye aumentando la probabilidad de que alcance los objetivos que se ha planteado en su psicoterapia. (117)

Opazo advierte que el enunciado de un principio de influencia puede impresionar como muy simple, no obstante tras cada uno de ellos, impera todo un desarrollo conceptual ; no es suficiente creer en el enunciado, sino que es preciso demostrarlo, saber consignarlo y aprender a aplicarlo.

Es necesario además, considerar que la influencia del terapeuta en el paciente, fundamentalmente dependerá de la acción traductora del sistema Self de éste.

Finalmente, la investigación muestra que los psicoterapeutas logran algún efecto sobre la base casi exclusiva de variables inespecíficas ; aquí el psicoterapeuta integrativo dispone de un amplio arsenal de fuerzas específicas que, ligadas a cada principio de influencia, constituyen una estrategia central para la Psicoterapia Integrativa.

Es así como en este interesante Modelo Integrativo : ensayos conductuales podrán cooperar a enriquecer el repertorio conductual en el paciente ; un diálogo socrático podrá incrementar el “darse cuenta” así como la capacidad de empatía ; un auto-diálogo positivo, creído y oportuno podrá ayudar a romper una cadena automática de respuestas agresivas y podrá aportar en una dirección antidepresiva ; la búsqueda de opinión de un “significant other” (otro

significativo) esto es, la opinión de alguien significativo para el paciente, podrán generar tendencias hacia respuestas más deseables.

De este modo, en los dominios de cada paradigma es factible identificar opciones de cambio que pueden impactar en un efecto terapéutico y preventivo.

### C - LA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA COMO ASPECTO RELEVANTE EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL

Entre los propósitos del presente trabajo, se mencionó la relevancia que adquieren las intervenciones psicoeducacionales en un abordaje terapéutico integral, particularmente en los estados depresivos.

Conforme a los contenidos que anteceden, no resultará difícil advertir que sea mediante estrategias, técnicas, procedimientos, intervenciones de las más variadas y marcos teóricos provenientes de distintas perspectivas terapéuticas, el objetivo final siempre es el mismo: “el cambio y su permanencia”. Ello ante cualquier daño, sufrimiento o trastorno que aqueje a quien acude al auxilio de alguien especializado; en este caso, ante un estado depresivo que ha hechado raíces en el tiempo, pasando a conformar “un modo de ser” en el paciente y mediante el que tiende a procesar “al mundo” desde un sistema oscuro y vacío de esperanzas.

Así también, es muy reiterado el concepto de que sin aceptación y adherencia terapéutica, es imposible la continuidad de cualquier proceso que se emprenda y en consecuencia, la posibilidad de hacer un viraje hacia un modo de vida más saludable, se diluye.

Principios básicos de toda estrategia psicoeducativa, como la de preservar un sistema de información al paciente acerca de la consistencia de aquello que le ocurre o “tiene”, aporta ya desde el inicio, un primer acercamiento entre él y su acontecer disfuncional; acción que también tiene efecto preventivo respecto del posible abandono en que pueda incurrir, particularmente si se trata de un sujeto largamente desalentado ante experiencias previas en que pudo haber sido objeto de miradas e intervenciones parciales, y haber carecido del



conocimiento oportuno acerca de otros factores que estaban asociados a su mal.

Además, al hacer referencia a una intervención de naturaleza educativa, necesariamente se revela un plano de interacción entre alguien que da y otro que recibe, y circularmente éste es quien aporta lo procesado, imprimiendo a este circuito todo un dinamismo en el que lo recibido (si es que fue aprehendido) debe ser transferido o aplicado. Ello, ni más ni menos, hace alusión a un empirismo de carácter cooperativo en función de algo que se espera lograr : en este caso el objetivo del cambio.

Por otra parte, también al quitar el velo de la ignorancia acerca de su trastorno, inspira en el paciente la visión de una ruta de esperanzas, que a la vez lo motiva y compromete en su propio proceso.

Es muy importante descubrir que desde los distintos paradigmas, es posible apelar a estrategias o técnicas, como valiosos contenidos a trabajar en el marco psicoeducativo, así desde el paradigma ambiental / conductual, mediante intervenciones que instan a la autorregulación y autocontrol, que según Kanfer y Grimm (1976) es posible a partir de la información que recibe una persona acerca de su conducta en el medio ; consecuentemente seguirá un proceso guiado por la retroalimentación (feed back) procedente de su experiencia anterior y de las consecuencias de su conducta en el medio. La persona entonces, autorregula sus respuestas, modifica lo que a su parecer es incorrecto y continua así su proceso vital. Ello le aporta la posibilidad de conducirse a si misma.

Desde el paradigma cognitivo / afectivo, mediante técnicas de autoobservación, autorregistro, promoviendo la focalización en los aspectos positivos, en “lo que funciona” al decir de H. O’Hanlon. Así también mediante el cuestionamiento y la búsqueda de desconfirmación de sus esquemas de pensamiento ; una redefinición del problema y la co-construcción cooperativa de soluciones ; haciendo posible la generación de una percepción distinta de si mismo (autoconocimiento) y de los recursos con que cuenta.

Por otra parte, se conoce que en estos procesos psicopatológicos prolongados, predomina una acentuada repercusión en las esferas vocacional e interpersonal de quien los padece ; al punto de que el deterioro psicosocial es proporcional a la severidad de los síntomas depresivos, en una escala que se hace extensiva desde los síntomas leves hasta un cuadro depresivo mayor.

Desde el paradigma sistémico entonces, se destaca la relevancia de estas estrategias psicoeducativas al instar a la cooperación de los sistemas sociales que cotidianamente interactúan con el paciente (su familia, sus parientes, sus más allegados), permitiendo también su ponderación del problema desde un nuevo escenario, promoviendo al cambio de ideas respecto de sí mismo y del otro ; acerca de la relación ; al cambio en las reacciones emocionales y conductuales. Particularmente en la pareja, donde los patrones disfuncionales resultan preeminentes, propicia el conocimiento acerca de la circularidad de las interrelaciones y las consecuencias que conllevan emocional y conductualmente, por lo que se procura el compromiso de ambos para el cambio.

Además, focaliza estrategias sobre su déficit interpersonal, reflejado en la falta de asertividad, que a su vez refuerza sus autorreproches, resentimientos y acrecienta sus culpas, aspectos que pueden modificarse mediante el oportuno entrenamiento asertivo y un nuevo marco para el aprendizaje social.

Así también, desde el paradigma biológico, revisando aspectos como la respiración, la postura, el sueño y la alimentación, la distribución del tiempo y la capacidad de disfrutar. La capacidad de relajarse corporalmente y abstraerse mentalmente implica una posibilidad fundamental para sobreponerse ante lo que es percibido como amenazante, oscuro y negativo. Muchas investigaciones aportan información acerca de que una relajación regular y metódica, no sólo contribuye a una reducción de la activación fisiológica y en consecuencia a un alivio de trastornos funcionales (Lichstein y col. 1988), sino que además produce efectos emocionales positivos.

Gert Kalluza y col. (1996), aportan sus conceptos y refieren que relajación se relaciona con la sensación de creciente soltura psíquica, de tranquilidad y serenidad. Puede contribuir además a acrecentar la seguridad en sí mismo y a disminuir la ansiedad y abatimiento ; puede ser aplicada como estrategia de superación a corto plazo en situaciones actuales de sobrecarga, posibilitando de esta manera, la preparación para una confrontación más directamente relacionada con el problema. (118)

Evidentemente, se tratará de un entrenamiento que trasciende el mero aprendizaje de una técnica, cuyo objetivo sea exclusivamente la liberación de tensiones corporales. Sino que especialmente se impulsan implícitamente durante el proceso de entrenamiento, modificaciones en la esfera emocional y cognitiva, que en su conjunto hagan posible tomarse el tiempo para sí mismo, percibir y prestar atención a las propias señales corporales y emocionales.

En este esquema de intervenciones, también es preciso rescatar la importancia de métodos alternativos con otros enfoques terapéuticos que, desde hace muchos años, vienen aplicándose en el mundo occidental como estrategias complementarias desde una perspectiva holística ; desarrollando el tratamiento a partir de considerar al paciente como un todo. Las terapias médicas alternativas gana popularidad día a día, al punto que se estima que 1 (una) de cada 3 (tres) personas utiliza en algún momento este tipo de terapias para tratar sus dolencias, como un dolor de espalda, jaqueca, la ansiedad y la depresión.

En este caso, se hará breve referencia a los beneficios que aporta la práctica del Yoga que, en sánscrito significa “unión”. El objetivo de las primeras técnicas del yoga era alcanzar el equilibrio entre los aspectos dispares del cuerpo, la mente y la personalidad. Su práctica se remonta a la India de hace 5.000 años y desde entonces, se ha seguido practicando como una religión y un sistema de salud.

En Occidente, lo que más se conoce del yoga es su componente físico, esto es, una serie de posturas que se denominan Hatha Yoga. El Yoga también tiene componentes del Karma (o “dos”), un sistema basado en la ética y el desinterés por uno mismo ; del Bhakti Yoga, o meditación, cuyo objetivo es la concentración espiritual, que es alcanzada mediante posturas de yoga (Hatha Yoga) y que hacen posible mantener el cuerpo inmóvil, atento y centrado en el proceso de meditación y finalmente el Pranayama, un sistema que enseña a respirar correctamente para mejorar la concentración y la meditación. Esta disciplina es muy utilizada en combinación con otras terapias orientadas a superar alteraciones por hipertensión, problemas musculares, el estrés, la ansiedad y la depresión.

Son muy conocidos sus beneficios en el ámbito terapéutico como estrategia complementaria que contribuye a re-educar la postura corporal, buscar el alivio ante la tensión muscular y especialmente, a mejorar la función respiratoria.

Como es posible observar, en este marco psicoeducativo, estrategias y técnicas serán aplicadas, conforme a las necesidades de cada paciente, en pro de cumplir con los objetivos conjuntamente acordados, garantizar el cambio, su estabilidad y permanencia en el tiempo.

Durante todo el proceso, y en cada una de las intervenciones que realiza el terapeuta, el paciente es convocado “psicoeducativamente” a mantener un rol explorador, creativo, auto-modelador acerca de sí mismo, de su vida, de su experiencia y su sentido.

## **V- CONCLUSIONES**

El recorrido y exploración bibliográfica y documental realizados, permite advertir que el ámbito de la Psicoterapia resulta asombrosamente dinámico, también creativo. En modo constante, se generan conceptos y se proponen estrategias de la más diversa naturaleza y según se entiende, ninguna de ellas está exenta de un aspecto positivo o contributivo a la meta final que es la salud de aquel que consulta.

Así también, en los tiempos que corren, con la construcción de nuevos paradigmas, la complejidad y apremio con que todo acontece, convocan (según afirman autores consultados a través de sus obras) a formalizar revisiones, establecer nuevas direcciones en esta disciplina, que también plantea la necesidad de construir propuestas que acompañen a estos cambios y den respuestas a nuevas exigencias.

Si bien se ha reconocido que en el campo psicoterapéutico se han logrado interesantes avances, particularmente en el refinamiento alcanzado en la metodología de la investigación, donde cada vez se valora más la precisión, el rigor y la especificidad ; así como los invaluable progresos confirmados en farmacoterapia ; también se esgrime que es necesario un marco integrador que posibilite la unidad de criterios en el orden epistemológico y metodológico, en pro de aportar efectividad en la tarea acerca de la realidad que se investiga : el ser humano, y sus modos de abordarlo.

Con este sentido, es que se ha considerado importante presentar este trabajo, donde se plantea una mirada, un modelo de abordaje integral, y particularmente de un trastorno que de suyo, trae aparejado sufrimiento prolongado en quien lo padece, también impacta en la esfera de sus relaciones sociales y laborales, en su "funcionamiento general", entendido como su capacidad de respuesta y de adaptación como "un todo" (respecto de sí mismo, de su vida y del mundo).

Resulta de alto interés acceder a la información aportada por el Dr. Herbert J. Chappa, a través de su material, por el que se descubre el valioso campo del conocimiento clínico aplicado. Así también, la perspectiva integradora propuesta por Roberto Opazo Castro, que facilita la unificación armónica de paradigmas desde los que puede ser considerada la naturaleza humana.

Desde la postura de alguien que aprende, se consideró más que necesario también sumar, desde la lectura, el estudio, la difusión de este modelo tan rico, amplio y abarcativo propuesto por trabajadores de la ciencia (y por qué no, del arte) que aportan desde “nuestro hemisferio” (Sudamérica) y que desarrollan sus acciones en beneficio de personas de nuestro medio, desde la labor asistencial, investigadora, educativa y formadora.

Se ha incursionado en la compleja naturaleza de los trastornos depresivos, de allí la dificultad de los investigadores para llegar a una definición unívoca y que a la vez, originara diversas posturas teóricas al respecto ; se ha comprendido el papel relevante de la observación clínica, la agudeza y ajuste criterioso con que debe encararse, puesto que de ello derivarán no sólo un diagnóstico preciso, sino (lo más importante) su tratamiento y la formulación del pronóstico.

Así también respecto de sus variantes en cuanto al modo en que se manifiestan estos trastornos ; y la ponderación de estrategias para su modificación terapéutica o mantenimiento ; así por ejemplo, en casos de remisión sintomática completa, suele ser aconsejable, la incorporación del paciente en Terapia Grupal, de esencia interpersonal y social, que contribuya al entrenamiento y refuerzo de sus habilidades sociales.

En tanto que cuando la remisión es parcial, lo apropiado es continuar bajo un programa combinado entre psicofarmacología y las propuestas cognitivo-biosociales ; puesto que puede ocurrir que el paciente modifique su set cognitivo, su forma de evaluarse, y no obstante, no cambiar sus conductas, manteniendo así sus disfunciones. O aún cuando haya logrado variaciones en sus conductas, persistir con sus cogniciones negativas (por ejemplo, cuando realiza una actividad, pero no descubre placer alguno en la misma), quedando enraizado en su incapacidad para el disfrute.

Además, no cabe duda alguna, sobre la minuciosidad y cuidado con que debe explorarse en estos trastornos, la probable existencia de comorbilidad, ya que ello implicará la formulación de los ajustes necesarios y redundará en una mayor eficacia terapéutica.

En los casos de depresiones resistentes o refractarias, es de aplicación un tratamiento combinado farmacológico y terapia interpersonal, siendo también otra de las alternativas el switching con antidepresivos alternativos ; conforme a las

fuentes exploradas, algunos estudios realizados (Thase y col. 2002), permitieron demostrar la utilidad de entrecruzar antidepressivos de clases diferentes en las depresiones resistentes, aunque éstas sean crónicas y de combinar el tratamiento con intervenciones de naturaleza interpersonal.

En esta gama de eventos y al tratarse de trastornos crónicos, resultan esperables las recidivas, las que conllevan importante relación con toda la fuerza que se le deba imprimir a la labor psicoeducativa, puesto que requerirá de elevadas cuotas de comprensión empática, la necesidad de renovar acuerdos con el paciente a fin de que no se desaliente y cumpla con el esquema de tareas asignado, y donde será relevante el monitoreo constante acerca de cada una de sus respuestas ante las diversas propuestas o cuestionamientos socráticos.

Un tema relevante también implica el de las recaídas de estos pacientes, en razón de la presencia de precipitantes ambientales a los que están expuestos en forma prolongada ; por lo que es recomendable un abordaje cognitivo – conductual que permita el desarrollo y entrenamiento en destrezas y estrategias de afrontamiento y su oportuna combinación con la contención farmacológica. Particularmente por estas características que devienen en los trastornos depresivos, es donde se hace hincapié acerca de la alta eficacia de la terapia cognitivo – conductual, por aportar mayores efectos preventivos respecto de reincidencias a niveles hipoérgicos.

Nuevamente sobre este tópico surge la importancia de considerar la probable incidencia de trastornos comórbidos (en especial, con T. Personalidad del Grupo C) que indudablemente, terminan por complejizar la tarea.

Es posible también resaltar, la prevalencia de significativas superposiciones entre los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, así como su frecuente asociación con trastornos de personalidad, connotación que complica la recuperación psicosocial del paciente.

Siguiendo a H. Chappa a este respecto, puede conocerse que tal comorbilidad requerirá el estudio de variables específicas a la hora de tomar decisiones terapéuticas, así, las referidas a la organización cognitivo – perceptiva del paciente, que incluye el procesamiento de información y su actividad perceptiva



(como en el Grupo A, el Grupo B) ; la inestabilidad afectiva (Grupo B) ; la ansiedad de inhibición con dos variantes, leve (Grupo C) y mayor, con trastornos de ansiedad ; los fenómenos de agresividad e impulsividad (Grupo B).

En esencia, se trata de plasmar en la realidad el paradigma de adaptar los métodos y técnicas a las personas y no a la inversa. En este marco, es esencial la labor psicoeducativa del terapeuta, en pos de instaurar las bases para emprender un trabajo cooperativo orientado al cambio y su permanencia.

En consonancia con los que constituyeron los ejes de este trabajo, pueden esbozarse más conclusiones respecto de los abordajes integrativos. Puesto que probablemente muchos expertos se han planteado su anhelo por la integración; se ha tenido en claro por qué integrar (sus fundamentos y explicaciones) , pero imperaba la dificultad acerca de qué integrar y cómo hacerlo.

A la luz de lo expuesto, puede afirmarse que aquí se trata de un modelo integrativo que sirve de marco conceptual orientador que posiblemente ofrezca respuestas a las expresiones de Patterson (1989) al reafirmar que lo que se necesita es un sistema comprensivo y abarcativo, que incluya una teoría y una filosofía integradoras y principios y técnicas relacionados con ellas. (119)

Así también, es posible reparar que este modelo integrador, se plantea en un contexto dialéctico, emergiendo de investigaciones y diversidad de hallazgos, que a su vez impulsa a nuevas exploraciones. En este sentido entonces, no se trata de un modelo que pueda ser expuesto como una respuesta final y acabada ; sino que muy por el contrario, necesariamente es dinámico, como lo es la naturaleza humana ; flexible y abierto a nuevos conocimientos.

## **VI-ANEXOS**

## ANEXO I

De acuerdo con la descripción realizada en CAPÍTULO IV punto A sobre el Modelo de TRATAMIENTO INTEGRADOR DE LA DISTIMIA (grupo nosológico amplio dentro de los Trastornos Depresivos Crónicos); es posible advertir que se formaliza un marco explicativo de cada una de las fases que implica el PLAN ESTRATÉGICO GLOBAL de abordaje.

El referido PLAN TERAPÉUTICO, es propuesto por el CETEM : Instituto de Terapias Cognitivas e Integrativas de La Plata – Argentina, bajo la dirección del Dr. Herbert J. Chappa.

En este contexto, se advierte el cumplimiento de fases de perfecta articulación, y donde cada una de ellas toma un eje en particular : el psicoeducativo / el de evaluación / el biológico / el interpersonal y social / el cognitivo – conductual.

Precisamente, acerca de la temática que se aborda en la FASE II : Estrategias de Evaluación, se describen Cuestionarios e Inventarios para su administración, los cuáles : Brindan información sobre la magnitud del problema depresivo del paciente, permite realizar el monitoreo de la terapia y de los psicofármacos, facilitan la introducción de cambios en las estrategias elegidas sobre la marcha.  
(120)

Desde el CETEM, se trabaja en la administración de estas escalas, con múltiples finalidades :

- Para realizar el diagnóstico de certeza de acuerdo con el DSM IV (Inventario MINI - Sheehan y Lecrubrier, 1998)
- Para estimar el grado de discapacidad (Escala de evaluación de la actividad global - DSM IV – 1995) (Escala de discapacidad global - Sheehan, 1983)
- Para medir la intensidad de la depresión (CRS Carroll rating scale - Carroll, 1981) (BDI – Inventario para evaluar depresión de Beck - Beck y col., 1983)
- Para medir el riesgo de suicidio (Escala de pensamientos suicidas - Beck y col., 1983)
- Para evaluar comorbilidad (Escala de ansiedad de Sheehan - Sheehan, 1983) (Escala SIAS - Social interaccion anxiety scale - Mattick y Clarke, 1989) (Inventario de Padua (obsesividad) - Sanavio, 1988) (Escala para evaluar la conducta asertiva de Rathus - Bartolomé y col., 1979)

- Para evaluar la disposición al tratamiento (Inventario de actitudes personales / Reactancia - Dowd y col, 1991)

En virtud de la vasta extensión de estas escalas, en este apartado sólo se describe una de ellas.

#### ESCALA PARA MEDIR LA GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN

CRS EN ESPAÑOL : H. Chappa refiere que los informes iniciales de su autor, estimularon a encarar su traducción al español y aplicarla a pacientes deprimidos. La versión en español para Argentina se realizó a partir de su publicación original de Carroll (1981) y se conservó el mismo orden de preguntas (Chappa, 1985). Los resultados obtenidos se presentaron inicialmente en una experiencia piloto. De ésta surgió la necesidad de modificar la redacción de algunos ítem. (121)

Para establecer su validez y confiabilidad se aplicó junto con otras escalas de depresión (CGRD - Clinic global rating for depression / Zung – D) y se formalizaron estudios de correlación : 0,65 con la primera ; 0,78 con la segunda. En este estudio, los puntajes medios de referencia para ponderar la severidad de la depresión fueron :

0 a 10 : sin trastorno depresivo

11 a 20 : depresión leve

21 a 29 : depresión moderada

30 a 52 : depresión severa

Se especifica que su uso debe limitarse exclusivamente para evaluar la intensidad de la depresión. Esta versión constituye un instrumento de fácil aplicación en pacientes ambulatorios y es confiable para evaluar la intensidad del estado depresivo, así como los cambios terapéuticos.

Precisamente con este último objetivo es que ha sido utilizado por investigadores del CETEM, para otros estudios en pacientes con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

El autor expresa que además de cumplir ampliamente con su finalidad, este instrumento permite detectar casos por demás frecuentes, tales como los de depresión enmascarada, así como orientar acerca de la terapéutica apropiada.

## ESCALA CRS - CARROLL RATING SCALE (traducción de H. J. Chappa)

Instrucciones : éstas son algunas frases que describen el modo en que pudo haberse sentido durante la última semana. Léalas atentamente y responda en el casillero correspondiente (SI - NO) de acuerdo a cómo se ha sentido. No omita ninguna respuesta. Cuando tenga dudas responda con la alternativa que más se aproxime al modo en que se haya sentido.

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
1-Me siento con tantas energías como siempre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27-Mi sueño es intranquilo y no descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Estoy adelgazando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28-Siento la mente tan clara y rápida como siempre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-He abandonado muchas actividades y perdido el interés en muchas cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-Pienso que la vida vale la pena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Desde que me siento enfermo he perdido por completo interés en el sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30-Hablo sin entusiasmo y mi voz suena apagada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Estoy muy preocupado por el funcionamiento de mi organismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31-Me siento irritable y nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-Se debe notar que estoy muy perturbado y agitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32-Tengo buen ánimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-Aún soy capaz de seguir trabajando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33-A veces siento que mi corazón se acelera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Me concentro fácilmente al leer el diario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34-Creo que yo no tengo solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Me lleva más de media hora dormirme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35-Me despierto más temprano que de costumbre en las mañanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-Me siento inquieto y agitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36-Disfruto de las comidas como siempre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-Me despierto más temprano que lo necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37-Me paso el día dando vueltas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-La mejor solución es que me muera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38-Me siento casi aterrorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-Siento mareos y como si fuera a desmayarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39-Mi cuerpo funciona mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-Estoy siendo castigado por algo malo que he hecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40-Me enfermo por los malos tiempos que corren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-Mi interés por el sexo es igual que antes de sentirme mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41-Mis manos tiemblan tanto que cualquiera se da cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			42-Me gusta salir y estar con gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			43-Me parece que exteriormente estoy calmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			44-Pienso que soy tan bueno como cualquiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			45-Mi problema es una enfermedad seria que tengo adentro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS

SI NO

PREGUNTAS

SI NO

- 16-Me siento mal, desdichado o con ganas de llorar.
- 17-A veces deseo estar muerto.
- 18-Tengo problemas digestivos.
- 19-Me despierto en la mitad de la noche.
- 20-Me siento inútil y me avergüenzo por ello.
- 21-Me siento tan decaído que necesito ayuda para bañarme y cambiarme.
- 22-Me cuesta más que antes dormirme.
- 23-Siento temor pero no sé el motivo.
- 24-Me acosan remordimientos.
- 25-Me agrada y me produce satisfacción todo lo que hago.
- 26-Todo lo que necesito es un buen descanso para sentirme bien otra vez.

- 46-He estado pensando en matarme.
- 47-Apenas puedo hacer algo útilmente.
- 48-Mi futuro me parece completamente miserable.
- 49-Me preocupo por mis malestares físicos.
- 50-Tengo que hacer un gran esfuerzo para comer algo.
- 51-Me siento casi siempre cansado.
- 52-He perdido mucho peso.

PUNTAJE :

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA CRS :

A) Se adiciona 1 punto por cada respuesta afirmativa (SI) a los siguientes ítem:2,3,4,5,6,9,10,11,12,13,14,16,17,18,19,20,21,22,23,24,26,27,30,31,33,34,35,37,38, 39,40,41,45,46,47,48,49,50,51,52.

B) Se adiciona 1 punto por cada respuesta negativa (NO) a los siguientes ítem: 1,7,8,15,25,28,29,32,36,42,43,44.

El Puntaje Final, es la suma de A + B

Parámetros de Referencia (Chappa, 1985)

- DEPRESIÓN LEVE----- 11 a 20
- DEPRESIÓN MEDIA ----- 21 a 29
- DEPRESIÓN SEVERA ----- más de 30

## **ANEXO II**

Descripción de 2 (dos) historias de vida, (pacientes asistidos en consultorio) algunas instancias del abordaje terapéutico experimentado, la presentación de intervenciones integrativas y el impacto de las estrategias psicoeducativas.

### **DESCRIPCIÓN DE CASOS**

#### **CONTEXTO Y CARACTERIZACIÓN DE LOS CONSULTANTES :**

##### **ENTIDAD CON FINES SOCIALES - PROVINCIA DE MENDOZA**

Se trata de una Obra Social, organizada en Servicios en la instancia de Atención Ambulatoria, en tanto que tiene debidamente formalizados, Convenios y Acuerdos de ejecución con otras instituciones y efectores de salud, para dar respuesta a demandas de mayor complejidad.

La presente descripción es posible, a partir de observaciones debidamente autorizadas y registros consultados en el SERVICIO DE TERAPIA Y ORIENTACIÓN FAMILIAR de esta institución, donde la labor de abordaje y contención de las familias beneficiarias, constituye el eje fundamental.

Esta institución brinda cobertura social y sanitaria a una cartera de afiliados, cuyo desempeño laboral consiste en la conducción de vehículos de transporte público de pasajeros de corta, media y larga distancia. Concentra en esta unidad de atención, a beneficiarios que en su mayoría, residen en el Gran Mendoza, disponiendo de Anexos en Regiones Este y Sur de la Provincia, para articular acciones de asistencia a afiliados domiciliados en estos sectores.

Esta población beneficiaria, responde a características socio-económicas de nivel medio y medio-bajo, con grado de instrucción que se generaliza en la condición de ciclo primario completo y secundario incompleto.

Como aspectos relevantes, pueden señalarse el alto índice de Disfuncionalidad Familiar ; la inestabilidad emocional ; patrones de conducta violenta ; constituciones familiares a partir de uniones de hecho, y familias resultantes de “nuevos ensambles” (a veces, más de dos).

En general, como política institucional, se procura mantener la máxima coordinación entre áreas y servicios, a fin de formular diagnósticos precisos, en corto tiempo ; así como mejorar la calidad de los abordajes y tratamientos que cada caso particular requiera.

A modo muy general, es posible referir que este Servicio preserva acentuada articulación con Medicina Clínica, Medicina de Familia, Psiquiatría, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Fonoaudiología, Nutrición y Odontopediatría.

Los casos que se describen seguidamente, fueron abordados a partir de derivaciones oportunamente formuladas por Medicina Clínica, Medicina de Familia ; Servicios de Ginecología y Psiquiatría respectivamente.

Se procura formalizar una apropiada reseña de los aspectos más relevantes en cuanto a las condiciones de derivación, las primeras impresiones, los motivos de consultas manifiestos y latentes ; las estrategias trabajadas a la luz de la farmacoterapia y de la amplísima gama de recursos psicoterapéuticos existentes (desde un enfoque prioritariamente flexible e INTEGRATIVO), así como el nivel de respuestas observados.

Básicamente, el núcleo de las intervenciones fue de naturaleza PSICO EDUCATIVA, en pos de habilitar “nuevos espacios” para los consultantes, para revisar sus paradigmas, modificar sus esquemas de pensamiento y de conductas consecuentes, sus emociones e interacciones recursivas.

Nota :

Las intervenciones formalizadas en cada caso, se especifican mediante el uso de letra cursiva.



**Caso ANA MARÍA (nombre ficticio)**

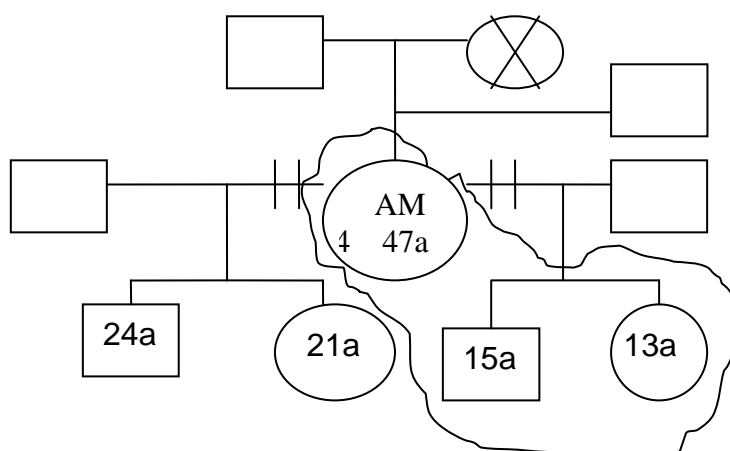
Edad : 47 años

Estado Civil : separación de hecho (de su segundo matrimonio)

Nivel Educativo : Medio (incompleto)

Ocupación : actualmente empleada en un Mini-Mercado, en tareas de atención al público.

**Sistema conviviente :**



**Derivación :** Servicio de Medicina Clínica y Servicio de Ginecología.

**Antecedentes referidos :** Tendinitis / Disfuncionalidad Hormonal (ciclos menstruales irregulares y profusos) / Inestabilidad generalizada (trastornos del sueño ; de la alimentación ; desgano y tristeza).

**Indicaciones** mantenidas hasta el momento de concretar la consulta : tratamiento con miorelajantes y altas dosis de analgésicos.

**Primeras Impresiones :** Ana María muestra rostro demacrado, espalda encorbada, hombros “caídos” ; refiere sentirse muy angustiada, “no encontrarle sentido a las cosas”, a través de un discurso desesperanzado y entrecortado por el llanto.

No obstante esta condición, su presencia es pulcra, aseada, con vestimenta y accesorios armónicamente combinados.

**Su Queja :** Ana María afirma haber perdido el interés por todo: "...no le encuentro sentido a las cosas...", que se siente muy triste y "desganada"..que a pesar de "todo lo que le ha tocado vivir", siempre ha procurado mantenerse activa y ocupada...pero que esta vez NO PUEDE, que se "le acabó la energía".

El contenido de su discurso es recurrente, impresiona como alguien que quiere asegurarse la escucha y comprensión del otro.

*Se considera oportuno entonces, aportar el espacio emocional que Ana María solicita a través de su llanto. Se aguarda a que se tranquilice, luego, se incursiona con preguntas que le permitan PUNTUALIZAR QUÉ le aflige, CUÁNDO comenzó todo esto. Se formaliza la apertura a fin de que ella decida por qué temas nucleares desea empezar.*

Ana María describe sus vivencias más recientes : - el fallecimiento de su madre hace apenas 2 (dos) meses, tras una larga agonía causada por el cáncer / - su padre, con severos problemas cardiovasculares y actualmente en franco agravamiento / - con ambos nunca tuvo buena relación, no obstante, siempre estuvo a cargo de sus cuidados, especialmente en ocasiones de sucesivas internaciones que han tenido en forma alternada ; su único hermano (menor que ella), reside en Buenos Aires por lo que no tiene igual disponibilidad para asumir estas tareas.

Los padres de Ana María son húngaros y se radicaron en Argentina (Buenos Aires), cuando ella contaba 13 años. Manifiesta sentir "inmensa culpa"... que su madre murió y que podría haber hecho algo para mejorar la relación entre ellas, que ahora "ya es tarde"...que con su padre la relación sigue siendo muy tensa y teme perderlo también ahora, sin que pueda existir un mejor trato entre ellos..."siento que podría hacer algo más...".

*Es preciso mantener la escucha activa, asintiendo en modo de que se sienta comprendida, a fin de que se genere la instancia apropiada para explicar a*

*Ana María la normalidad de estos sentimientos ; que probablemente ahora sean muy esperables su lamento, su llanto, su rabia y esta vivencia de culpa.*

*Se promueve su propio reconocimiento de la normalidad de estas experiencias emocionales, mediante una breve METÁFORA que refiere analogías entre pérdidas = duelo = deuda = dolor = rabia / “la herida reciente que debe sangrar”.*

Ana María asiente con mayor calma, afirma que se ha sentido descontrolada, incomprendida : “todos me dicen que ya termine con esto, que no debo llorar, que debo ser fuerte...en realidad siempre todo fue así...mi vida...mi organismo, todo... es un desastre...” / - que su segundo esposo se fue del país (a Estados Unidos) por problemas laborales, a fin de buscar nuevas oportunidades y para poner distancia entre ellos, ya que su relación estaba muy deteriorada. Permaneció en el exterior sólo unos meses y a su regreso (hace un año), no quiso volver al hogar. / - que su hija mayor decide irse de casa para convivir con su novio, hecho que agravó aún más la situación, ya que su esposo desde mucho antes, mantenía profundos desacuerdos con ambos y obviamente, tampoco aprobaba esta decisión de su hijastra.

Acerca de estas instancias, Ana María refiere que siempre se esmeró por mejorar la relación entre ellos (hija mayor de su primer matrimonio y su segundo esposo) que todo intento funcionó con efecto contrario : “...siempre me sentí en el medio, tratando de arreglar las cosas entre ellos, mientras cada uno me tironeaba para su lado...”

*Se procura que Ana María revise detenidamente los resultados de las “soluciones intentadas” hasta ahora. A la luz de un enfoque sistémico, se intenta que pueda detener su mirada en la naturaleza de las interrelaciones, en su infructuosa mediación, en los aspectos de la recursividad : PARA QUÉ?, PARA QUÉ LE HA SERVIDO ESTO?, PARA QUÉ LE SIRVE AHORA?.*

**Qué Quiere (Motivo de Consulta Manifiesto) :** Ana María quiere sentirse mejor, sentirse sana ; encontrar el equilibrio, el sentido de vivir ; tener cerca a los seres que ama ; que la acepten ; terminar con la cadena de sus desaciertos ; “ aprender, para dejar de hacer las cosas mal ”.

Su historia está connotada por el marcado autoritarismo de su padre ; las desatenciones de su madre a causa de su cruenta enfermedad ; la indiferencia de su hermano ; el desarraigo de su tierra natal y sus dificultades para

adaptarse a esta sociedad, precisamente en la instancia evolutiva de su preadolescencia ; las relaciones sentimentales tumultuosas, de mediana duración y harto conflictivas ; un primer matrimonio decidido “de urgencia” a causa de su embarazo ; una conflictiva relación de pareja, barrada por la violencia física y emocional de su esposo y las recurrentes interferencias de su suegra (en contra de Ana María) ; la instancia judicial por la que debe transitar y que termina en la quita de la tenencia de su primer hijo (hoy de 24 años), quien no la reconoce como madre. Ocasionales tratamientos psicológicos, que ella abandonaba, por no sentirse comprendida y orientada.

Un segundo matrimonio en franco deterioro relacional, (causa del actual distanciamiento) ; los intentos fallidos de acercarse a los miembros de su familia (hija / segundo esposo) ; y un progresivo malestar en la relación con el tercero de sus hijos (15 años / el primero de su segunda unión).

Sus expresiones más recurrentes giran en torno a que ella “va de problema, en problema”, “que todo le sale mal”, “que la causa es ella”, “que siempre elige mal”, “que todo irá de mal en peor”. Predomina el estado de ánimo en una suerte de ambivalencia entre la angustia, el fastidio y el pesimismo.

El esquema cognitivo dominante muestra la ideación negativa, el concepto de sí misma desvalorizado y baja autoestima, la desesperanza, el negativismo y la hipercrítica de sí misma y de los otros, todos ellos aspectos que probablemente han tenido fuerte incidencia en el sucesivo establecimiento de patrones interpersonales disfuncionales, conformando un circuito oscuro del que le es muy difícil salir.

*La intervención en este caso, luego de la escucha activa y de la práctica del diálogo socrático (modalidad narrativa) acerca de sus vivencias y percepciones, es básicamente PSICO-EDUCATIVA, pues está orientada a mostrar un nuevo marco informativo acerca de lo que le acontece ; el probable compromiso entre componentes psicológicos y biológicos ; los factores de mantenimiento de esta cadena de situaciones (tales como su tendencia a reaccionar en modo estereotipado, por convicciones negativas imperantes).*

*A partir de esta instancia, se procura una redefinición de su problema (ya en términos clínicos) y se le da a conocer la posibilidad de que exista además, una intervención farmacológica en este sentido.*

*Se formaliza el cierre de este encuentro, mediante la asignación de una TAREA que permita expresar todo lo que siente, pueda hacer registro de ello, ver sus posibilidades de replanteo y en suma, pueda encontrar un alivio inicial: CUESTIONARIO PARA AUMENTAR EL CONOCIMIENTO DE SI MISMO (DR. RICARDO J. SARDI – desde la perspectiva Analítico-Existencial Personal).*

Segundo y Tercer Encuentro :

Ana María cumple con la TAREA encomendada, refiere haber experimentado una “verdadera catársis” : “...sentí nostalgia, reviví momentos muy buenos de mi infancia mientras hacía el dibujo del plano del que fuera mi primer hogar...allá en Hungría...después, me movilizó mucho esto de ver mis situaciones – límite, sinceramente sentí mucha rabia...hoy me he venido releendo lo que le preparé”.

*Se interviene desde la premisa : ESTO HA FUNCIONADO (lineamiento básicamente propuesto por H. O’Hanlon, en su Terapia Centrada en Soluciones), en modo de anticipar su disposición “en positivo” ante lo que sucede (el intento está en mantener un mínimo monto de esperanza en función de que el CAMBIO es posible). Se insta a la lectura conjunta (paciente-terapeuta) del Cuestionario trabajado, se analizan los puntos de mayor impacto, se revisa y se promueve a “la búsqueda de sentido”.*

*Se otorga especial cuidado al mantenimiento de variables tan importantes como la atención, empatía y comprensión y a la vez, concretar intervenciones esencialmente cuestionadoras que hagan posible rebatir el rígido esquema de convicciones que Ana María ha mantenido hasta el presente: ¿cómo sabe que es así? / ¿en qué explicaciones apoya Usted. esto? / ¿Existen otras alternativas para esto?...*

*A estas instancias, Ana María ya ha mantenido entrevistas con el Médico Psiquiatra, quien indicó Paroxetina (20 mgs.), y revisó componentes asociados a la probable comorbilidad con TP Grupo B (Límite) ; un alto compromiso por ansiedad e insomnio.*

*Las siguientes intervenciones procuran entonces, la focalización en la modalidad narrativa (según Fernández Alvarez), para que Ana María refiera a su historia*

*actual, a su actual familia, y recorra así su biografía a partir de la nueva familia que constituyó (aquellos con quienes realmente convive y comparte), que muestre “sus significados”. Ello es facilitado también, con el desarrollo de la Técnica del INVENTARIO POSITIVO (según M. Erickson) que aporte a Ana María la experiencia de estar habilitada para reparar en aquellos recursos de los que dispone “aquí y ahora” y mantenerlos a futuro.*

Ana María asiste a los siguientes encuentros pautados, con mejor estado de ánimo, que es confirmado por su aspecto físico, mejor disposición y donde por primera vez se conoce su sonrisa. Pese a que en el curso de este proceso es meritorio hacer referencia a que se trata de una “paciente difícil” en quien es posible puntualizar leves avances y también retrocesos, el Médico Clínico que le efectuó el oportuno control, hizo referencia a las importantes remisiones en los síntomas que le aquejaban inicialmente (tendinitis, sus desórdenes hormonales, su inestabilidad generalizada), advirtiendo mejor disposición a cooperar con su propia mejoría.

Esta vez, la paciente afirmó haber sentido impacto y haber reflexionado muy particularmente en el ejercicio del INVENTARIO POSITIVO y comenzado con el descubrimiento de que “tiene mucho por hacer”: “...tengo cosas buenas que proteger...un trabajo...personas a las que amo, mis hijos, mi padre, mi esposo que, aunque no está con nosotros...él no ha dejado de colaborar con nosotros...nos ayuda económicamente, llama o viene a casa para saber cómo estamos...”

*Se hace explícito el reconocimiento respecto de estos logros de Ana María, se refuerzan conceptos acerca de su capacidad para “mirar su realidad desde otro lugar”, mediante el trazado de estrategias de SEPARACIÓN – VINCULACIÓN (desde la perspectiva Ericksoniana), en pos de QUEBRAR LA PAUTA donde se apoyan sus síntomas.*

A estas alturas del proceso, las intervenciones de carácter sistémico no fueron descuidadas, por ello, era preciso continuar incursionando en la exploración de sus relaciones interpersonales con el sistema conviviente, particularmente con su hijo adolescente con quien no lograba superar el “conflicto generacional”

(rebeldías, cuestionamiento de la autoridad, desobediencia, incumplimiento de sus obligaciones escolares). El joven, mostraba particulares síntomas como temblores súbitos e involuntarios en los músculos del rostro y en una de sus manos, que si bien eran ocasionales, se acentuaban cada vez que entraba en fuerte debate con su madre. Si bien, se estimaba la probable causalidad de tales signos, se juzgó conveniente formular interconsulta neurológica a fin de descartar otro nivel de compromiso en este orden. El especialista hizo referencia al acentuado componente ansiógeno y que no identificaba compromiso orgánico, específico alguno.

La modalidad seguida se sustenta entonces en los encuentros individuales y conjuntos (alternados), a fin de trabajar estrategias de naturaleza sistémica en los últimos. Se pautan sesiones individuales con cada uno de los hijos (los del sistema conviviente) y posteriormente con ambos a la vez.

*Las intervenciones realizadas a la luz de estas instancias, mantuvieron básicamente estrategias PSICO EDUCATIVAS orientadas a la revisión de las crisis vitales, la influencia de las propias actitudes, las modalidades de comunicación, para lo que resultó de enorme utilidad, el uso de ESTÍMULOS CONCRETOS (producciones gráficas, técnicas de observación) y muy especialmente de METÁFORAS y ANALOGÍAS. No se descuidaron en modo alguno las estrategias psicopedagógicas que contribuyeran al alcance de mejor rendimiento social y académico, con la consecuente ganancia de autovaloración y confianza en ellos mismos.*

*Estas acciones más puntuales, respondieron esencialmente a estrategias modificadoras del circuito interaccional mantenedor de los síntomas (según la mirada sistémica), o si se quiere, para instaurar “principios de influencia” facilitadores del CAMBIO (desde la perspectiva integrativa).*

En el devenir del proceso, Ana María era capaz de reconocer sus dificultades, la puesta a prueba de sus recursos y sus esfuerzos por mantener algunos cambios que había logrado ; así también su restablecimiento físico (ya no tantos dolores musculares, mejor ritmo del sueño, experimentar el verdadero descanso). Refirió el particular impacto de la TÉCNICA DE AUTO-REGISTRO llevada a cabo (modalidad cognitivo – conductual), y que le aportó el aprendizaje acerca de cómo observarse, detenerse y controlarse ante sus

tendencias reaccionarias, afirmó mantenerse “en lucha” contra su propia impulsividad, alta exigencia, esta sensación de estar “bajo presión” o con “sentido de la urgencia” (ante lo que le pide a otros, o se exige a sí misma).

*En tanto el Médico Psiquiatra monitoreaba su respuesta a la farmacoterapia, desde esta instancia psicoterapéutica se mantenían las estrategias de MODELADO Y NARRATIVAS, particularmente con lecturas breves acerca de experiencias de madres de hijos adolescentes, en función de lograr la oportunidad de comparar, equiparar historias y “significados” nuevos. Tampoco se descuidó la temática de los “constantos duelos” que Ana María debía procesar: sus proyectos no consolidados, el fallecimiento de su madre; el alejamiento periódico con su padre; el hijo adolescente que ya no era el pequeño dócil y obediente; su hija mayor que se fue del hogar; su esposo que no quería regresar al mismo. Se comprobó que era un aspecto a tener siempre en cuenta y que era preciso CONTINUAR INTERVINIENDO EN LA PAUTA, por constituir el núcleo de sus QUEJAS RECURSIVAS, pese a los avances realizados.*

*También se asignaron TAREAS desde un enfoque cognitivo – conductual que permitiera la INTERRUPCIÓN DE LA CADENA DE PERCEPCIONES NEGATIVAS Y SU CONSECUENTE PAUTA DE CONDUCTA, para orientar a Ana María hacia una MIRADA CENTRADA EN SOLUCIONES.*

*Se delimitaron metas más específicas que tuvieran relación con la autoeducación respecto de su esquema y postura corporal, el reconocimiento anticipado ante una eventual sensación de angustia (con la breve instrucción en técnicas de relajación y respiración) y se le instó a formalizar su asistencia a clases de Yoga para fortalecer estos aspectos.*

Las técnicas desarrolladas, sucesivamente iban aportando muestras de logros reales, al punto que Ana María ya hacía referencia a nuevas amistades (aunque pocas y no muy profundas) que fue capaz de formalizar a partir de su concurrencia a un instituto donde además de otros estilos de educación física, se impartían clases de yoga. Ello, le aportaba más seguridad, y la capacidad de disfrutar de estos breves momentos que se “donaba” a sí misma durante la semana (capacidad de la que, según pudo reconocer, carecía hasta este momento).



Posteriormente, acerca de las Sesiones Familiares : es meritorio señalar la “situación inicial”, desde la propia ubicación que, en la sala de consulta, tomaron cada uno de los miembros como clara traducción del estado de sus relaciones : Madre – Hija / Hijo (importante alianza entre la madre y su hija menor, en tanto que el hijo se ubicaba marcando una notable distancia espacial respecto de ellas).

*Las intervenciones sistémicas se orientaron a la revisión de los objetivos trabajados con cada uno de ellos, en los sucesivos encuentros individuales. Fundamentalmente, se instó a la participación de todos, mediante descripciones de los “circuitos de interacciones” que sostienen ; el reconocimiento de los recursos que cada uno de ellos posee ; la formalización de un re-acuerdo de planes y estrategias (ya que en modo individual este punto había sido trabajado y estaba ofreciendo algunas muestras favorables). Se observaba que estos sucesivos resultados de éxitos (mínimos) reforzaba las habilidades de Ana María para organizar su hogar (impartir normas, trabajar límites, premiar los logros, etc.).*

Ana María recibió progresiva formación terapéutica a fin de que aprendiera a “quitar el foco de atención” sobre lo que su hijo hacía mal o no hacía, e instaurar un sucesivo sistema de refuerzos positivos reconociendo sus logros ; ceder más espacio al padre del muchacho, que si bien no compartía el hogar, los visitaba en forma constante y de algún modo también quería cooperar en esta labor de “impartir disciplina”. Puesto que si bien manifestó telefónicamente su interés por sumarse o participar en algunos de los encuentros, no lo hacía argumentando razones laborales, no obstante reconocer que era “más que necesario” asumir una actitud más dispuesta y sostenida, desde su rol como padre. En cuanto al muchacho, fue importante corroborar su firme adhesión a las consignas de las diversas METÁFORAS y MODELADOS trabajados ; en modo progresivo se disponía actitudinalmente para “negociar” con su madre acerca de algunos temas, no posponer sus obligaciones, orientarse conforme a metas (pocas, pero efectivas).

*La gama de estrategias trabajadas en este sentido, se identificaba plenamente con objetivos PSICO EDUCATIVOS, puesto que se entendía que en esta*

*instancia era fundamental el rol de la terapeuta como una formadora y entrenadora social. Se trataba en este caso de CAMBIAR LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR, INSTAURANDO JERARQUIAS (Ana María que con ambivalencias en sus estados de ánimo, no podía ejercer un sano poder / un padre cuasi-ausente que preservaba buena relación con los hijos, precisamente porque “no se ponía el traje” de Co-Organizador familiar). Desde esta mirada psicoterapéutica, se esperaba que los cambios fueran graduales (hasta discontinuos), pero también se reconocía que era muy necesario confirmar un programa normativo que ayudara a mantener el rumbo para el cambio.*

En los siguientes encuentros era posible advertir que hasta su ubicación en la sala de sesión era radicalmente distinta : Hija – Madre – Hijo ; (el padre, por su parte, estableció nuevos contactos telefónicos con la terapeuta ofreciendo disculpas por no asistir a los encuentros, en virtud de los viajes que por su trabajo estaba realizando, pero que no obstante esta dificultad, quería manifestar su compromiso y que efectivamente estaba “haciendo sus tareas” como padre : aportando más directivas ; legitimando a la madre de sus hijos, toda vez que ésta impartía normas -previo acuerdo entre ellos- ; procurando hacer un reconocimiento expreso ante cada logro de sus hijos).

*Ya en instancias finales del proceso terapéutico (sostenido durante 8 –ocho- meses), se consideró la importancia de reforzar transformaciones y mantener el viraje hacia el cambio, ello, mediante el seguimiento de estrategias NARRATIVAS y CENTRADAS EN SOLUCIONES, el estilo implementado fue a partir de PREGUNTAS TRANSFORMADORAS de tipo REFLEXIVO y CIRCULAR (a semejanza de las estrategias que también son propias de toda MEDIACIÓN FAMILIAR): ¿Qué relación ve Usted. entre lo que pasaba antes y lo que ocurre ahora? (como instancia movilizadora que convoca al sujeto a reflexionar, a efectuar un proceso interno antes de responder) / ¿Cuál piensas que puede ser la postura de tu madre, acerca de este tema? (como acción que promueve conciencia sistémica, y que versa sobre comparaciones, jerarquías o pautas). Durante todo el proceso se asignaron TAREAS intersesión, las mismas apuntaron básicamente a que cada uno tuviese experiencias subjetivas y comportamientos diferentes, respecto de aquellos que los mantenían en una conflictiva interacción. Fue muy importante su trabajo conjunto en la elaboración de un CONTRATO DE CONVIVENCIA, según el cuál, confeccionaron por*

*escrito : las reglas del hogar, quién hace qué, cuándo y cómo ; prendas y premios, etc.*

*Al tratarse de una familia que operaba fundamentalmente a partir de estímulos concretos, se consideró relevante hacer "pie firme" en estrategias que fueran fácilmente comprensibles, atendibles, ejecutables y por sobre todo, comparables.*

En la sesión de cierre, Ana María ya no era la misma persona convencida de su falta de habilidad, orientada siempre a lo malo, con escasa capacidad de elección y núcleo de todas las desgracias ; ahora se reconocía como artífice de su vida y que como tal, tenía mucho por seguir trabajando y modificando, pero ahora desde una autoimagen más positiva, comprometida con el seguimiento de los respectivos controles que se le indicaron ; y especialmente, UNA PERSONA CON ESPERANZAS.

**Caso GRACIELA (nombre ficticio)**

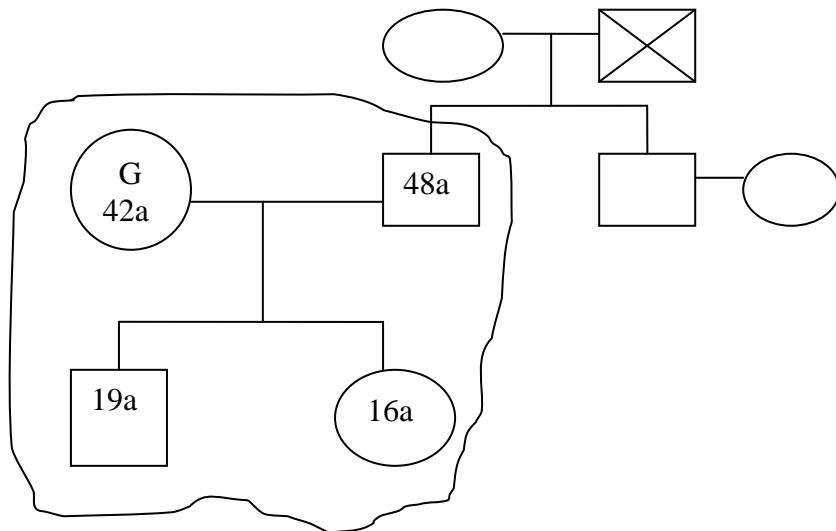
Edad : 42 años

Estado Civil : Casada ( 2 hijos)

Nivel Educativo : Medio (completo)

Ocupación actual : Ama de Casa

**Sistema Conviviente :**



**Derivación :** Servicio de Medicina de Familia y Psiquiatría.

**Antecedentes :** Molestias Cervicales, Trastornos Gastrointestinales, Inestabilidad Generalizada (acompañan trastornos del sueño, persistente desgano, tristeza, llanto disruptivo)

**Indicaciones :** En el momento de su ingreso a este Servicio, mantenía tratamiento con antidepresivos : Venlafaxina ; altas dosis de analgésicos y miorelajantes.

**Primeras Impresiones :** Graciela se presenta puntualmente a la cita, muestra rostro demacrado, hombros hacia abajo ; su apariencia es de menor edad de la que tiene, es muy delgada. Sus primeras expresiones hacían fuerte referencia a sus sentimientos : “me siento muy triste...nada, pero nada, tiene...

sentido para mí...” quebrándose en un llanto profuso y descontrolado. Muy por encima de este estado, es posible advertir su presencia prolija, aseada (en un marco de simpleza : sin uso de cosméticos, ni de accesorios, sosteniendo apretadamente un paquete de pañuelos descartables entre sus manos).

**Su Queja :** Graciela intenta ordenarse : “...empecé como a decaerme, no sé, no tengo ganas de hacer las cosas..., siempre estuve muy ocupada con las tareas de la casa, siempre activa...ahora lloro mucho y a veces no sé por qué, pero las lágrimas me salen solas...y lo peor de todo es que en mi casa no me comprenden, al contrario, me retan, se enojan conmigo y eso me pone más mal de lo que ya estoy...” (llanto).

Su discurso es ordenado y claro, mantiene la idea directriz pese a estar altamente connotado por el llanto ; se percibe su necesidad sentida acerca de ser escuchada y comprendida.

*En este marco, se apela al PARAFRASEO acerca de lo que expresa, como clara estrategia de hacerle ver que se ha comprendido lo que, entre llantos, ha expresado y en modo categórico - gestual, se marca la apertura, el “permiso” que tiene para llorar ; posteriormente, se confirma la habilitación del tiempo para escucharla : ¿Cómo es esto de que empezó a decaerse...? / ¿Desde cuándo se siente triste, con este desgano?*

Graciela logra reponer su palabra y hace fiel referencia a hechos de su pasado inmediato : tiene un buen esposo, fiel y trabajador ; hijos buenos y estudiosos ; se autodescribe “como mujer de su hogar”, siempre activa y “haciéndose cargo de todo”, hasta de su suegra que, por problemas de salud, debía cuidarla pese a que nunca tuvieron buena relación, no obstante, el hecho de ser la madre de su esposo le imponía todo un deber moral.

Graciela focaliza su discurso en esta temática : una suegra que siempre marcó diferencias entre su esposo y su cuñado (menor que su esposo y el más “consentido y mimado”) ; que éste último (y su esposa) no estaban dispuestos a cuidar a la señora (cuando se agravó en su enfermedad) en razón de que ellos tenían muchas ocupaciones y horarios complicados ; razón que motivó el traslado de la señora a la casa de Graciela y su esposo : Graciela fue la única persona que se ocupaba de su suegra (durante un lapso cercano a los dos años) : debía asearla, levantarla, atenderla en sus necesidades básicas ;

además de asistir al resto de la familia y cubrir todas las demandas diarias del hogar ; ello, le trajo aparejada una serie de molestias físicas, especialmente en su columna, progresivamente sentía cansancio, desgano, falta de vitalidad. En modo simultáneo, su esposo debió iniciar tratamiento psicológico, por presentar trastornos en el estado de ánimo (que Graciela acuñó como “depresión”).

Al momento en que Graciela consulta en este Servicio, su suegra se encuentra internada en una institución geriátrica ; ello en razón de que la situación cada vez se tornaba más tensa entre ambas : suegra excesivamente demandante, refiriendo recurrentemente “malos tratos” de su nuera (mientras permanecían solas en el hogar), ante el resto de la familia ; instancia que Graciela desmentía totalmente por ser absolutamente falso y que, muy por el contrario, la que había “ganado una enfermedad” era ella misma a causa de los sobreesfuerzos que debió hacer para atenderlos a todos...

La suegra no deja de formular “profecías” acerca de que si su estado empeora (incluso, si muere) será exclusivamente responsabilidad de Graciela ; declaraciones que indisponen aún más, las malas relaciones que históricamente han tenido con su cuñado y su esposa ; a causa de haberse negado a seguir cuidando de la señora. Todas estas instancias han generado culpas, miedos y confusión en Graciela. Su propia familia la apoya en esta decisión que, según refiere, le instaba a que lo hiciera ya desde mucho tiempo atrás. No obstante, Graciela persiste recursivamente en “la duda” : si en verdad debía continuar asistiéndola ; si le ocurre algo grave, será su culpa ; pero ella estaba muy agotada y ya no hacía sus tareas tan eficientemente como antes ; ahora es ella misma quien pide atención y no la comprenden.

**Qué Quiere / Motivo de Consulta Manifiesto :** Graciela refiere fervientemente necesitar de la comprensión de los suyos, que dejen de “atacarla” cada vez que llora o cuando se muestra desanimada. Especialmente que, quiere “liberarse de la culpa y el miedo”, que, en verdad desea el bienestar de todos. Que ella puso todo de su parte y que ahora que pide atención, en lugar de ello, sólo encuentra reproches y enfados.

*Para este caso, se consideró oportuno formalizar intervenciones de fórmula, a la luz de una orientación especialmente constructivista que permitiera reconocer **DISTINCIONES** : ¿por qué AHORA y no antes es que consulta? (lleva mucho*

*tiempo bajo presión en este marco conflictivo) ¿esto siempre fue así? ; ¿qué soluciones han intentado? ; ¿qué no sirvió? ; ¿por qué?. También contribuyeron las fundamentaciones a partir de circuitos interaccionales (desde una visión sistémica) ¿para qué le ha servido todo esto? (el cuidar de los demás y hacerse cargo “de todo”); como instancia previa a la aplicación de estrategias promotoras de la SEPARACIÓN - ANALOGÍAS (desde una mirada Ericksoniana) que permitiera revisar lo hecho : ocuparse de todo, sin habilitar espacios para que otros se involucraran ; ahora el fantasma de la CULPA por no poder hacer tan eficientemente como antes lo que hacía ; o por desear que su suegra se fuera ; o por si es que se cumple su profecía.*

*Como tarea de cierre para esta ocasión, se hizo referencia a una METÁFORA, mediante la estrategia narrativa que hiciera referencia a una historia breve donde se exaltan los valores de comunión y solidaridad, que ayudaran a que descubriera si auténticamente estas habían sido sus intenciones y valores, y con el objeto de que revisara el sentido real de esta CULPA que refiere sentir y de la que quiere liberarse.*

Los encuentros posteriores :

Graciela pudo referir un estado de mayor tranquilidad, haber sentido que “alguien entró en sintonía” con lo que le estaba ocurriendo. Confesó el temor anticipado que había sentido ante el inicio de la primera sesión: “Creí que nadie me entendería...”

*Desde Psiquiatría, se mantenían los controles pautados, refiriéndose especialmente al acentuado grado de ansiedad que presentaba Graciela y la prevalencia de ideas recursivas en torno a “la culpa y el deber”.*

*Desde la instancia psicoterapéutica, se procuró mantener la estrategia que evidentemente había resultado (al modo propuesto por Fernández Alvarez), en cuanto a la reafirmación de la EMPATÍA y al sostener el “mensaje” de que ella era comprendida, a través del constante PARAFRASEO.*

*Era importante mostrar un contenido METAFÓRICO y hasta PARADÓJICO que hiciera posible a Graciela, “hacer un viraje”, “dar vuelta” la lente desde la que miraba su propia situación : “...probablemente, hubiera sido muy efectivo que Ud., desde un comienzo se hubiese negado a aceptar a su suegra en su casa, resistirse a cuidarla, o aún estando allí, haberla ignorado, o abandonarla*

*a su suerte...”, en modo de procurar una reflexión interna y lógica acerca de sus sentimientos de culpa.*

*De esta manera, la combinación de intervenciones tenía por meta el restablecimiento físico de Graciela ; la revisión del impacto de sus esquemas cognitivos : lo que hizo, lo que dio a los demás, probablemente no fue suficiente, luego : “no soy tan buena persona (debí haber seguido a cargo de mi suegra / si a ella le ocurre algo, será mi absoluta responsabilidad)”*

*A la vez que se intentaba trabajar sobre esta PAUTA – SÍNTOMA (desde la visión Ericksoniana), recapitulando la gama de sus recursos : CO-CREANDO EL PROBLEMA / CO-CREANDO SOLUCIONES POSIBLES.*

*Conforme se desarrollaba el proceso, una consigna no descuidada era la ASIGNACIÓN DE TAREAS INTER-SESIÓN, inicialmente para ejecutar dentro de su contexto cotidiano, metas de corto alcance, graduales y efectivamente realizables, como : definir un HORARIO PARA ESTAR TRISTE Y PARA LLORAR TODO LO QUE DESEARA ; llevar el AUTO-REGISTRO y la aplicación de TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.*

Graciela se ajustaba muy bien a las pautas indicadas, en una ocasión refirió : “Aunque me proponga con todas mis fuerzas, llorar (de seis a siete de la tarde) ahora no puedo...increíblemente no tengo ganas de llorar, o será que ya lloré todo!”.

Como resultaba imprescindible ampliar la mirada en las interacciones y en las posibilidades de cambio, era preciso entonces formalizar encuentros con su sistema conviviente, este mismo que le reprochaba su estado de ánimo y le hacía sentir incomprendida. Inicialmente la propuesta se focalizó en los encuentros de pareja, en virtud de las crisis que gradualmente surgían entre ellos : el llanto y lamento de Graciela por su suegra ; ésta que sistemáticamente les llamaba por teléfono para reprocharles (“mortificarlos”, según Graciela) por estar en esa institución, promoviendo así la culpa en ella. Su esposo que decidía NO TOMAR PARTE en el tema, pero que se enfurecía ante las reacciones de su mujer y le exigía que terminara con todo esto ; la notable falta de apetito sexual de Graciela con el consiguiente deterioro en la relación de ambos ; los hijos que, ante toda esta situación, sostenían haber



“llegado al límite” al punto de expresar su “odio” hacia su abuela y negarse categóricamente a atenderla por teléfono...

*Las intervenciones en este sentido, debían “derribar” la cómoda rigidez de su esposo, promoviendo su toma de participación y acción en consecuencia, trabajando desde su propia voz: el LÍMITE. Hasta el momento, su esposa fue la única responsable del EQUILIBRIO EMOCIONAL DEL SISTEMA FAMILIAR (O DE SU DESEQUILIBRIO). Además de proponer un trabajo en función de subsanar estas sendas resistencias entre Graciela y su esposo (como lo sostiene Watzlawick en “Cambio”, desde una perspectiva sistémica): en razón de que, en determinadas circunstancias pueden surgir problemas, como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente -nueva formación de problemas-, esto es: llanto de uno – enojo del otro / sentimiento de que no se es comprendido – más enojo del otro, instaurando una escalada simétrica, donde a más llanto de uno, más enojo del otro; aquí la PAUTA era entonces: INCLINARSE MENOS PARA SU PROPIO LADO, ESTO AYUDARÁ A QUE EL OTRO HAGA LO MISMO.*

*Con posterioridad se asignaron TAREAS DIRECTIVAS y específicas para el esposo: que éste procurara visitas a su madre (que no lo hacía, o en forma muy distanciada), a fin de asegurarse sobre su estado de salud, ocuparse de las ayudas y asistencias que como hijo le correspondían, acordar con su hermano, la distribución de estas responsabilidades, etc.*

*Simultáneamente y desde este Servicio, se mantuvo comunicación telefónica con la Asistente Social a cargo de uno de los Servicios de la Institución Geriátrica, a partir de la cual se obtuvo información acerca del buen estado de salud de la señora (suegra), buen pronóstico ya que de suyo sólo padecía de afecciones esperables para su edad, pero donde la profesional formula salvedades sosteniendo que: “...verdaderamente, se trata de una persona muy difícil...”; también fue posible la confirmación de que la señora fue visitada por sus dos hijos, quienes acordaron con la Asistente Social algunos puntos de interés acerca de sus necesidades (económicas, asistenciales, etc.), pero que no obstante ello, la señora hace manifiesta “su desgracia de estar allí, por culpa de su nuera”.*

Como resultado de sucesivos encuentros mantenidos, individuales y familiares alternados, Graciela comenzaba a experimentar el gusto, el disfrute en algunas actividades que se le encomendaron (breves caminatas, concurrir a un gimnasio, practicar yoga) en definitiva, “donarse en forma programada un tiempo para sí misma” y así, trabajar en su propio bienestar. Retomaba progresivamente intereses más “lógicos y medidos” respecto de las tareas y obligaciones del hogar, aprendiendo a delegar algunas de ellas a sus hijos y a su esposo.

No obstante ello, tras algunos períodos de remisión sintomática, sobrevenían abruptamente los miedos, intensos temores, negativas a salir de su casa, desmesurada preocupación por la seguridad de sus hijos en la calle, el persistente temor a que siempre “alguien” querría hacerles daño.

*Luego de su siguiente visita al Psiquiatra, muestra buena respuesta ante la nueva indicación farmacológica que se le efectuara, con motivo de los efectos secundarios que le traía aparejados la prescripción anterior (entre otros, una franca disminución del interés por el sexo). En esta ocasión, le fue indicada Paroxetina, en vistas al compromiso existente por intensa ansiedad, fobia social, el predominio del componente obsesivo ; a la par que se consideró preciso abordar desde el plano psicoterapéutico las ideas nucleares acerca de sus intensos temores desde las INTERROGACIONES CUESTIONADORAS, procurando una REVISIÓN COGNITIVA (especialmente, porque se advirtió que en el devenir de estos miedos y sus consecuentes expresiones, Graciela había logrado instalar semejantes “anticipaciones de temor” en sus hijos, con quienes debió abordarse una estrategia orientada a la DESPATOLOGIZACIÓN acerca de tales sentimientos).*

*Desde una perspectiva Narrativa, se formalizaron ejercicios reflexivos (y por escrito) acerca de aquellos recursos, fortalezas y ventajas de las que sus hijos se habían empoderado como para AFRONTAR por sí mismos, situaciones que potencialmente se presentaran como amenazantes.*

*Tampoco faltaron las propuestas PARADÓJICAS que contribuyeran a reducir y controlar esta “angustia anticipatoria” : “Sería muy importante entonces, que Usted. se organizara y dispusiera de tiempo como para acompañar a sus hijos a todo cuanto lugar vayan y se asegure de que nadie les afecte en todo lo que hagan...”*

Sin duda alguna, la decisión de intervenir mediante un abordaje familiar ya en las instancias medias y finales, tuvo firme sustento en la Teoría General de los Sistemas, como modelo que sostiene que las Familias son sistemas y que cada acción en ella, produce una reacción en uno o más de sus miembros. Las familias tienen límites externos y reglas internas. Se supone que cada miembro desempeña un papel (portavoz, perseguidor, víctima, rescatador, portador de síntomas, cuidador) que es relativamente estable, pero el miembro que desempeña su papel, puede cambiar. Algunas familias tienden a designar una "cabeza de turco" culpándole de los problemas de la familia (el paciente identificado). Si éste mejora, otro miembro puede convertirse en paciente identificado.

*De este modo, era más que importante tomar como ejes de intervención, los postulados y objetivos planteados desde el enfoque estratégico familiar de Haley, combinados con los aportes de la perspectiva experiencial de Satir / Whitaker, a la vez que la mirada "centrada en soluciones" de O'Hanlon y Erickson. Así, las estrategias se orientaron a co-construir la realidad del devenir de esta familia, esta vez desde un plano estratégico, procurando que se instalara una nueva organización familiar, con recuperación de roles, las jerarquías ejercidas desde donde naturalmente corresponden ; todo ello, a la luz de pautas y normas que sirvieran para marcar los oportunos PUNTOS DE VIRAJE, con pasajes y ajustes, esencialmente para el crecimiento individual de cada miembro y de la familia como un saludable sistema que hiciera posible este objetivo.*

*Se aseguraron las permanentes acciones PSICOEDUCATIVAS, orientadas hacia el refuerzo de los aprendizajes : ¿En qué ayudó lo que hicieron? / ¿Cómo o Qué harán para que esto siga funcionando? ; el REFUERZO POSITIVO ante cada meta alcanzada ; el REGRESO AL FUTURO, con preguntas de avance rápido (según O'Hanlon).*

*En momentos cruciales, debió apelarse a HERRAMIENTAS ESPECÍFICAS DE LA MEDIACIÓN FAMILIAR, utilizando preguntas transformadoras tendientes a la reflexión y a la circularidad de sus valoraciones.*

*Además, era necesario aportar el lugar para el HUMOR en todo este contexto (sin descuidar la firmeza), asignando TAREAS que básicamente apuntaban al logro de experiencias subjetivas en cada miembro y la promoción de cambios*

*respecto de aquellas conductas que los “anclaban” en los síntomas, tales como los CONVENIOS DE CONVIVENCIA y las TAREAS SORPRESA.*

Era preciso dejar a Graciela y su familia encaminada en la ruta hacia cambios sustentables, ya que estaba a punto de finalizar su condición como beneficiaria de la Obra Social donde se le cubrían estos Servicios, ello, por cambios de rubro laboral de su esposo. Ya en la entrevista de cierre, y previo control psiquiátrico, se procuró la confirmación de una mejor disposición en Graciela para afrontar situaciones que antes vivenciaba con alto monto de ansiedad ; sus sentimientos de culpa habían remitido, dando lugar a la ACEPTACIÓN asumido como un VALOR del que debía empoderarse (ahora estimaba que había hecho todo lo que estaba a su alcance por su suegra y si ella, su cuñado y otros familiares no opinaban lo mismo, “es un problema que ellos mismos deben resolver...por mi parte, siento que tengo capacidad para ir a visitarla e interesarme por su salud”, sostenía con increíble seguridad). Se establecieron además, los debidos acuerdos y derivaciones, ante la eventual necesidad de nuevas consultas y / o controles. No obstante ello, fue posible observar que se estaba frente a PERSONAS que habían cooperado para el CAMBIO.

## **VII – GLOSARIO**

A –

**Asertividad** : capacidad para expresar un sentimiento negativo, defender una posición y generar un conflicto, ello implica el adecuado manejo de las propias limitaciones y la admisión de los propios errores ; habilidad para dar a conocer el disentimiento, saber elogiar y aceptar elogios.

C –

**Cognición** : en este caso, en la depresión, hace referencia a las ideas características del paciente depresivo, sus percepciones, procesos evaluativos y creencias.

D –

**Distorsión Cognitiva** : malformación adquirida que determina el contenido de ideas y pensamientos disfuncionales y a su vez, condicionan la conducta consecuente.

E –

**Etiopatogenia** : modo de obrar las causas en los procesos patológicos.

N –

**Noógena** : relativo a la generación de los procesos psíquicos, en este caso, inteligencia y afectividad.

P –

**Paradigma** : modelo teórico, ejemplificativo ; esquema formal al que se ajusta el accionar propio, la aplicación de una técnica o estrategia determinada.

R –

**Recidivante** : que reaparece a mayor o menor tiempo, luego de un período de salud completa.

**Recurrencia** : una vuelta hacia atrás o hacia su origen ; que aparece nuevamente después de intermisiones.

**Remisión** : disminución de la intensidad de los síntomas.

**Refractario** : resistente, rebelde ; que no cede fácilmente al tratamiento.

S –

**Spectrum** : término en latín que refiere al espectro, en este caso afectivo, que hace referencia a un modelo integrado y complejo, abarcador del aspecto genético, del desarrollo y del medio ambiente, que perfilan los rasgos de la personalidad afectiva y sus trastornos.

## **VIII–BIBLIOGRAFÍA**

- (1) - Kaluza, G.; Cornaglia, C. y Heinz Dieter, B. (2001), *STRESS - Un programa de salud* - (Traducción al Castellano de la 2º Edición, año 1996), Córdoba – Argentina, Ediciones Pugliese Siena (pág. 6)
- (2) - Kaluza, G. ; Cornaglia, C. y Heinz Dieter, B. (2001), *STRESS - Un programa de salud* - (Traducción al Castellano de la 2º Edición, año 1996), Córdoba – Argentina, Ediciones Pugliese Siena (pág. 7)
- (3) - Kaluza, G ; Cornaglia, C. y Heinz Dieter, B. (2001), *STRESS - Un programa de salud* - (Traducción al Castellano de la 2º Edición, año 1996), Córdoba – Argentina, Ediciones Pugliese Siena (pág. 8)
- (4) - Opazo C., Roberto (2004), *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA - Delimitación Clínica* -, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Chile, Ediciones ICPSI (pág. 149)
- (5) - Hernández Sampieri, M.R. ; Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P. (1998), *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*, México, Editorial Ingramex (pág. 108)
- (6) - Hernández Sampieri, M.R. ; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998), *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*, México, Editorial Ingramex (pág. 191)
- (7) - Hernández Sampieri, M.R. ; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998), *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*, México, Editorial Ingramex (pág. 62)
- (8) - Kaplan, H. y Sadock, B. (2001), *SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA*, España, Editorial Panamericana (pág. 595)
- (9) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 29)
- (10) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 30)
- (11) - Ramos, J.A. y Cordero, A. (1997), *CLASIFICACIÓN ENDÓGENO NEURÓTICA DE LA DEPRESIÓN - MONISTAS, BINARIOS Y SECUENCIALES*. Vol 1, Nº 2 Internet. Revista Psiquiatría. Com. [http/w.w.psiquiatría.com](http://w.w.psiquiatría.com)
- (12) - Ramos, J.A. y Cordero, A. (1997), *CLASIFICACIÓN ENDÓGENO NEURÓTICA DE LA DEPRESIÓN - MONISTAS, BINARIOS Y SECUENCIALES*. Vol, 1, Nº 2 Internet. Revista Psiquiatría. Com. [http/w.w.psiquiatría.com](http://w.w.psiquiatría.com)
- (13) - Ramos, J.A. y Cordero, A. (1997), *CLASIFICACIÓN ENDÓGENO NEURÓTICA DE LA DEPRESIÓN – MONISTAS, BINARIOS Y SECUENCIALES*. Vol. 1, Nº 2 Internet. Revista Psiquiatría. Com. [http/w.w.psiquiatría.com](http://w.w.psiquiatría.com)
- (14) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 5)
- (15) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 7)



- (16) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 9)
- (17) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 10)
- (18) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 12)
- (19) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 13)
- (20) - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – 4º Edición - (1994) - *DSM IV*
- (21) - Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud – 10º Edición (1994) - *CIE 10*
- (22) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 19)
- (23) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 20)
- (24) - Kaplan H. y Sadock B. (2001), *SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA*, España, Editorial Panamericana (pág. 598)
- (25) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 31)
- (26) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 34)
- (27) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 35)
- (28) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 38)
- (29) - Pantoja Vargas, L. (1986), *LA AUTORREGULACIÓN CIENTÍFICA DE LA CONDUCTA - Teoría y Técnicas aplicadas a la Terapia y Educación* - Bilbao - Universidad de Deusto (pág. 83)
- (30) - Pantoja Vargas, L. (1986), *LA AUTORREGULACIÓN CIENTÍFICA DE LA CONDUCTA - Teoría y Técnicas aplicadas a la Terapia y Educación* - Bilbao - Universidad de Deusto (pág. 85)
- (31) - Casullo, María M. (1990), *EL AUTOCONCEPTO - Técnicas de Evaluación* -, Buenos Aires – Argentina, Psicoteca Editorial (pág. 12)
- (32) - Casullo, María M. (1990), *EL AUTOCONCEPTO - Técnicas de Evaluación* -, Buenos Aires – Argentina, Psicoteca Editorial (pág. 12)
- (33) - Casullo, María M. (1990), *EL AUTOCONCEPTO - Técnicas de Evaluación* -, Buenos Aires – Argentina, Psicoteca Editorial (pág. 13)
- (34) - Casullo, María M. (1990), *EL AUTOCONCEPTO - Técnicas de Evaluación* -, Buenos Aires – Argentina, Psicoteca Editorial (pág. 16)

- (35) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 100)
- (36) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 101)
- (37) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 102)
- (38) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 104)
- (39) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 105)
- (40) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 105)
- (41) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 106)
- (42) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 131)
- (43) - *DICCIONARIO MÉDICO* (1979) - 2º Edición – Barcelona, Salvat Editores S.A.
- (44) - Fenichel, Otto (1966), *TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LAS NEUROSIS*, Buenos Aires – Argentina, Editorial Paidós (pág. 440)
- (45) - Fenichel, Otto (1966), *TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LAS NEURÓISIS*, Buenos Aires – Argentina, Editorial Paidós (pág. 436)
- (46) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 90)
- (47) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 131)
- (48) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 131)
- (49) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 131)
- (50) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 262)
- (51) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 263)
- (52) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 263)
- (53) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 263)

mericana (pág. 269)

- (54) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 270)
- (55) - Minuchin, S. y Fichman, H.C. (2004), *TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR*, Buenos Aires – Argentina, Editorial Paidós (pág. 79)
- (56) - Rogers, C. (1982), *EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA*, Buenos Aires – Argentina, Editorial Paidós (pág. 38)
- (57) - Mesones Arroyo, H. (Comp.) (1999), *PRÁXIS DE LAS PSICOTERAPIAS*, Buenos Aires – Argentina, A.A.P. (págs. 60 / 75)
- (58) - Fernández Alvarez, H. (2004), *USOS RETÓRICOS EN LA PSICOTERAPIA - de los Trastornos de Personalidad -*, Internet. Revista Psiquiatría. Com. <http://w.w.w.psiquiatria.com> (pág. 13)
- (59) - Fernández Alvarez, H. (2004), *USOS RETÓRICOS EN LA PSICOTERAPIA - de los Trastornos de Personalidad -* Internet. Revista Psiquiatría. Com. <http://w.w.w.psiquiatria.com> (pág. 14)
- (60) - Fernández Alvarez, H. (2004), *USOS RETÓRICOS EN LA PSICOTERAPIA - de los Trastornos de Personalidad -* Internet. Revista Psiquiatría. Com. <http://w.w.w.psiquiatria.com> (pág. 11)
- (61) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 151)
- (62) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 154)
- (63) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 160)
- (64) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 160)
- (65) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 164)
- (66) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 165)
- (67) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 169)
- (68) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 171)
- (69) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 172)
- (70) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 168)
- (71) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 170)
- (72) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES*

CRÓNICAS, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 170)

- (73) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires - Argentina, Editorial Panamericana (pág. 181)
- (74) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 182)
- (75) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 182)
- (76) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 183)
- (77) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 183)
- (78) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 183)
- (79) - Chappa, Herbert J., (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 184)
- (80) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 186)
- (81) - Chappa, Herbert J. (2003). *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 187)
  
- (82) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 191)
- (83) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 192)
- (84) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 193)
- (85) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 198)
- (86) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 201)
- (87) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 203)
- (88) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 203)
- (89) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 203)

CRÓNICAS, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 204)

- (90) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 204)
- (91) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 210)
- (92) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 215)
- (93) - Chappa, Herbert J. (2003). *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 216)
- (94) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 216)
- (95) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 217)
- (96) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana, 2003 (pág. 218)
- (97) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires - Argentina, Editorial Panamericana (pág. 218)
- (98) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 218)
- (99) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 219)
- (100) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 220)
- (101) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 220)
- (102) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 220)
- (103) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 222)
- (104) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 225)
- (105) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 227)
- (106) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 227)

- (107) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 227)
- (108) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 229)
- (109) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 210)
- (110) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 211)
- (111) - Opazo C., Roberto (2004), *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA - Delimitación Clínica* -, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Chile, Ediciones ICPSI (pág. 312)
- (112) - Opazo C., Roberto (2004), *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA - Delimitación Clínica* -, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Chile, Ediciones ICPSI (pág. 316)
- (113) - Opazo C., Roberto (2004), *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA - Delimitación Clínica* -, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Chile, Ediciones ICPSI (pág. 321)
- (114) - Opazo C., R. y Bagladi L., V. (2006), *LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA*. Internet, Revista Psiquiatría. Com. <http://www.psiquiatria.com> (págs. 1 a 18)
- (115) - Opazo C., Roberto (2004), *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA - Delimitación Clínica* -, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Chile, Ediciones ICPSI (pág. 101)
- (116) - Opazo C., Roberto (2004), *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA - Delimitación Clínica* -, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Chile, Ediciones ICPSI (pág. 103)
- (117) - Opazo C., Roberto (2004), *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA - Delimitación Clínica* -, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Chile, Ediciones ICPSI (pág. 104)
- (118) - Kaluza, G ; Cornaglia, C. y Heinz Dieter, B., (2001), *STRESS - Un programa de salud* - (Traducción al castellano, de la 2º Edición, año 1996), Córdoba – Argentina, Ediciones Pugliese Siena (pág. 92)
- (119) - Opazo C., Roberto (Comp.) (1992), *INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA*, Chile, Ediciones CECIDEP (pág. 412)
- (120) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 167)
- (121) - Chappa, Herbert J. (2003), *DISTIMIA Y OTRAS DEPRESIONES CRÓNICAS*, 1º Edición, Buenos Aires – Argentina, Editorial Panamericana (pág. 175)

\*\*\*\*\*