



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Terapia Dialógica: Narrativa y cambios de significados durante el proceso psicoterapéutico de una consultante con sintomatología depresiva.

JORGE ANDRÉS ROSENDE ANDRADE

Profesora Guía: Oriana Vilches Álvarez.

Tesis Estudio de Caso presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica Mención en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista.

Junio, 2013
Valparaíso, Chile

“Estoy contigo, no lo olvides...somos seres de luz que vuelan por sobre la oscuridad, sólo pretendemos entregar un mensaje de paz y verdad...sólo se espera bondad y amor que pronto llegará a vuestros corazones...tened fe y nunca perder la esperanza que ha estado siempre inculcada en sus corazones”.

Anónimo

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

No cabe duda que son muchas las personas que forman parte de la historia de mi vida y que han contribuido de manera significativa a la persona que soy en la actualidad. Hay experiencias buenas como malas, dependiendo de cómo se miren, pero independiente del valor que uno le dé, lo importante es que tengo la absoluta convicción de que debían estar presentes en mi vida para cumplir un propósito que siento es mucho más importante, así me de cuenta o no, eso no es tan relevante como lo es sentirlo y confiar en ello, a fin de cuentas, creo que nada es casualidad.

Esta tesis le otorgo un valor especial, no solamente porque me va a permitir obtener un grado de Magister, tengo claro que esto no es lo más importante, sí lo es, el esfuerzo y todo lo que ha significado para mí el haber vivido esta experiencia durante estos años, teniendo siempre en cuenta que llegaría este momento y lo compartiría con mis seres más queridos.

Voy a comenzar por dedicar esta tesis y agradecer a los que yo considero como mi familia, tal vez para algunos esto suene un poco peculiar, pero para mí a estas alturas resulta ser bastante normal...ustedes ya saben el motivo de mis palabras.

Agradezco a mi madre y a mi padre, porque han intentado entregarme lo mejor que han podido a través de su experiencia, su amor y su enseñanza...sé que no ha sido fácil la historia, pero gran parte de ella ha sido superada con la ayuda de Dios y de las personas que ha puesto en el camino. Han pasado ya 30 años que he compartido con ustedes, y tal como les he tratado de entregar en mi vida lo mejor de mí, siempre pensando en un bien común, esta tesis va también con el mismo cariño y esfuerzo, porque sé que esto no tiene un valor solamente para mí, sino que también para ustedes, por lo que es una oportunidad para compartirlo.

Dedico esta tesis también a mis queridos “padrinos”, María Soledad y Jorge, a quienes quiero mucho, por todo el cariño, apoyo y comprensión que me han entregado desde el día que me abrieron las puertas de su casa y me recibieron como uno más de su familia, sin hacerme sentir jamás alguna diferencia entre los suyos, al igual que mis hermanos Sebastián, Fabián y Camila, que les tengo el mismo sentimiento y que aumenta cada vez más en la medida que transcurre el tiempo.

Aracelis, también te siento como una persona muy cercana, y por lo mismo te considero parte de mi familia...esto ha ido en aumento durante el último tiempo y se ha consolidado por las circunstancias que han pasado, permitiendo un mayor acercamiento entre nosotros, fortaleciendo un lazo de confianza y apoyo mutuo, sumado a lo importante que eres para mis seres queridos...tu existencia también ha sido un aporte para mi vida, y en este caso, para conseguir finalizar esta etapa de mi vida estudiantil...gracias.

Jorge, bien sabes que eres considerado parte de mi familia, pero te encuentras justo en el límite de la hermandad y la amistad, por lo que por este motivo y otros tantos más, se requiere de un párrafo aparte...no es tan difícil expresar como lo es resumir la gratitud y el sentimiento que se tiene hacia un hermano-amigo...han sido muchas las batallas compartidas donde nos hemos apoyado y hemos decidido enfrentarlas por los motivos que se han presentando en el camino...la unión y lealtad que ha existido no ha necesitado de una justificación tan importante y/o razonable como para cuestionarse si seguir o no en los propósitos que se busquen...recalco esta vez que ha sido un honor haber compartido una vez más los caminos que nos ha puesto la vida, en esta vida, y tal vez en cuentas más, donde no creo que hayan sido muy distintas a ésta...muchas gracias por el apoyo incondicional y por las enseñanzas que me has podido entregar, que me han permitido lograr esto y muchas otras cosas más importantes, a lo largo de mi existencia.

También quiero dedicarte unas palabras para ti mi amor, Angelina, quien has sido fundamental desde incluso un poco tiempo antes que aparecieras en mi vida...apareciste desde un principio entregándome todo tu amor y toda tu fuerza, de la misma forma que lo hace un ser que se compone de las primeras cinco letras que tiene tu bello nombre...me entregaste nuevas fuerzas, nuevos aires y un nuevo horizonte porqué luchar...hoy sigues junto a mí, de la misma manera que cuando nos conocimos, entregándome un amor incondicional manifestado de distintas maneras...gracias por esto y por muchas cosas más, y feliz que seas mi compañera de vida...

Inevitable es también dejar plasmadas unas palabras de agradecimiento para “ustedes” y especialmente para “ti”...he recibido su presencia en un largo camino donde me han entregado conocimientos, aprendizajes, sabiduría, despertar, conciencia, alegría, compañía, apoyo, amor y, por sobre todo, una cuota precisa de luz cuando ha estado presente la oscuridad...gracias por haberlo permitido y entregarme las alas de la libertad para volar.

Finalmente, quiero agradecer a mi profesora Oriana Vilches Álvarez, quien fue la guía para lograr concretar las ideas que se reflejan en esta tesis. Valoro su dedicación, paciencia, vocación y amor por su trabajo. Ha sido un largo proceso donde hemos compartido varias experiencias que me han ayudado a continuar con mi formación profesional. Si bien este camino no ha sido fácil y ha requerido un mutuo esfuerzo para alcanzar este anhelado objetivo, le agradezco por haberme corregido y a la vez potenciado aspectos que necesitaba desarrollar. Valoro lo que creo he incorporado aún más en mi persona, como lo es la disciplina, la rigurosidad, la responsabilidad, la tolerancia y el profesionalismo, lo cual espero me permita seguir contribuyendo a educar y ayudar a futuras personas que sean parte de esta comunidad, así como también poder ayudar de una mejor manera a las personas que atiende en mi consulta, tanto hoy, como el día de mañana.

ÍNDICE

	Pág.
PORTADA	
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN y ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES RELEVANTES Y CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO Y EMPÍRICO	14
1.- DEPRESIÓN	14
1.1.- Antecedentes históricos de la depresión	14
1.2.- Epidemiología de la depresión	15
1.3.- Aspectos clínicos de la depresión	16
1.4.- Impacto del diagnóstico de depresión	18
2.- ENFOQUES TERAPÉUTICOS EN DEPRESIÓN	19
2.1.- Enfoque biomédico y depresión	19
2.2.- Psicoterapia y depresión: enfoque cognitivo-conductual	22
3.- INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA	28
3.1.- Antecedentes de investigación en psicoterapia	28
3.2.- Los factores de cambio inespecíficos o comunes	31
3.3.- Investigación sobre proceso terapéutico	32
3.4.- Contenidos generales del cambio psicoterapéutico e indicadores genéricos de cambio	33

CAPÍTULO 3 MARCO EPISTEMOLÓGICO	36
1.- Antecedentes del posmodernismo y del construccionismo social	36
2.- Postulados centrales del construccionismo social	38
3.- Construccionismo social y su aplicación clínica: terapia dialógica	44
CAPÍTULO 4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PREGUNTAS DIRECTRICES	51
1.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	51
1.1.- Objetivo general	51
1.2.- Objetivos específicos	51
2.- PREGUNTAS DIRECTRICES	51
CAPÍTULO 5 MARCO METODOLÓGICO	53
1.- Enfoque metodológico	53
2.- Tipo de estudio	53
3.- Tipo de diseño: Estudio de Caso	54
4.- Universo	55
5.- Muestra	55
6.- Unidad de análisis	55
7.- Procedimiento de recolección y registro de la información	55
8.- Procedimiento de análisis de la información	57
CAPÍTULO 6 RESULTADOS: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	58
CONCLUSIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

Anexo 2 Sistema de garantías explícitas en salud (GES)

Anexo 3 Atención primaria de salud

Anexo 4 Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión (PDTID)

Anexo 5 Criterios diagnósticos de depresión

Anexo 6 Indicadores genéricos de cambio

Anexo 7 Identificación de los indicadores genéricos de cambio

Anexo 8 Antecedentes informativos cuestionario OQ-45-2.: pauta y resultados

RESUMEN

Los consultantes diagnosticados con depresión llegan a consulta con “desesperanza” y con diversas explicaciones de su sintomatología que se manifiesta en los diferentes ámbitos de acción: personal, familiar, pareja y laboral. Habitualmente han acudido previamente a diversos procesos terapéuticos con diferentes metodologías y frecuentemente con medicación psiquiátrica. Su diagnóstico y sintomatología ha formado parte de su identidad personal, la cual se integra y expresa a través de la narrativa como la comprensión de significados de los eventos de su vida.

Esta investigación describe la evolución del proceso psicoterapéutico de una mujer adulto mayor, con sintomatología depresiva, quién previamente había acudido a otros procesos terapéuticos recibiendo paralelamente medicación psiquiátrica. El *objetivo* de esta investigación fue describir un proceso psicoterapéutico, aplicando la terapia dialógica sustentada en los principios del construccionismo social. Se usó *metodología* cualitativa a fin de identificar y describir las temáticas significativas centrales en la narrativa de la consultante y los momentos relevantes de cambio. Los *resultados* muestran, a través del diálogo terapéutico, la transformación de los significados en la consultante referidos a sí misma, en su relación con otros y a los diferentes contextos relacionales: Se ejemplificará a través de viñetas extraídas del texto de las sesiones realizadas. Se observó en la consultante que al final del proceso psicoterapéutico no sólo no manifestaba sintomatología depresiva, sino que principalmente estableció nuevos patrones relacionales con sus hijos y con su pareja. Finalmente, se discute el aporte que realiza la investigación a la praxis clínica, tanto mediante la adquisición de conocimiento acerca de los indicadores genéricos de cambio y de la evolución de todo proceso psicoterapéutico, como especialmente la adquisición de destrezas en el uso del lenguaje, dando énfasis al diálogo terapéutico colaborativo y generativo de nuevas alternativas de significación.

ABSTRACT

The consultants who have been diagnosed with depression come to consultation with "despair" and various explanations of their symptoms that are manifested in different areas of personal, family, couple and work activities. Habitually they have previously attended to various therapeutic processes with different methodologies and frequently with psychiatric medication. Their diagnosis and symptoms have been part of their personal identity, which have been integrated and expressed through narrative as well as meaning comprehension of their life events.

This research describes the evolution of psychotherapeutic process of an elderly woman with depressive symptoms, who previously attended at the same time to other therapeutic processes and psychiatric medication. The aim of this research was to describe a psychotherapeutic process, applying dialogic therapy based on the principles of social constructionism. Qualitative methodology was used to identify and describe significant central issues in the narrative of the consultant and the main changing moments. The results show through therapeutic dialogue the transformation of meanings in the consultant herself, in her relation to others in different relational contexts: It will be exemplified through vignettes from the text- sessions. At the end of the therapeutic process it was observed in the consultant that depressive symptoms were not manifested, but she mainly established new relational patterns with her children and couple at home, at the same time with colleagues and students at work. Finally, this research contribution to clinical practice was discussed, both through the acquisition of knowledge about the generic indicators of change and evolution of all psychotherapeutic process, as particularly the acquisition of skills in the use of language, giving emphasis to collaborative therapeutic dialogue and generative of new significant alternatives.

INTRODUCCIÓN

Durante gran parte de la historia de la psicología, la depresión y su diagnóstico han sido frecuentemente investigados, tanto en esta área como en otras disciplinas, debido principalmente al impacto y las consecuencias que genera en diversos ámbitos de la salud mental y física de las personas. En la actualidad, la depresión es considerada como de primera importancia tanto para la salud pública de Chile como para la mundial.

En el caso de Chile, el Gobierno, a través del Ministerio de Salud, ejecutó dos medidas relevantes para enfrentar y superar la problemática de este diagnóstico. Por una parte, incorporó 'la depresión' dentro del sistema GES, y por otra, diseñó e implementó un programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión (PDTID), donde el objetivo principal era lograr una reducción y/o eliminación de signos y síntomas del trastorno.

Por otro lado, a pesar de los cambios realizados para la detección y tratamiento de la depresión, las recaídas constituyen un porcentaje significativo, y el tratamiento aún no logra dejar conforme con la atención tanto a los consultantes como a las personas que se encargan de abordar directamente las intervenciones respectivas. Es decir, que a pesar de que durante el transcurso del tiempo se han logrado nuevos progresos, de igual manera, no se han podido encontrar soluciones satisfactorias a esta problemática, especialmente en la Atención Primaria de Salud (APS).

Y por último, dado al énfasis que se le ha dado a la pesquisa y al diagnóstico de la depresión, ha surgido el riesgo de realizar un sobrediagnóstico de este cuadro clínico. Es decir, la cantidad de personas a quienes se les aplica este diagnóstico sigue en aumento, lo que repercute en la demanda asistencial y en el impacto económico al Sistema de Salud incrementando además artificialmente los datos estadísticos que se publicitan. Este hecho, que afecta individual y socialmente, debiera ser revisado ya que en el diagnóstico no sólo participa quién presenta los signos y síntomas que se incluyen en el cuadro clínico de depresión, sino también quién diagnostica, ya sea médico o psicólogo, con qué enfoque epistemológico y teórico lo hace y luego con qué procedimiento, manual o técnica aplica en la intervención y si ello está sustentado en evidencia científica empírica o no. Lo cual también es punto discutible profesionalmente.

En la actualidad además, el Ministerio de Salud ha escogido, definido y generalmente implantado en la Atención Primaria de Salud, un protocolo de intervención con la preferencia de solo un enfoque teórico y un modelo terapéutico en el abordaje de la depresión. Por ello, continuamente surgen críticas desde los profesionales de otros enfoques clínicos que no están de acuerdo particularmente con el tratamiento como se ha implementado.

Es decir, en el abordaje del cuadro clínico y en el sub o sobrediagnóstico, existe una combinación de factores que incluye políticas de salud, sistema organizativo y administrativo de los centros de salud, y formación y postura profesional de médicos, psicólogos y psicoterapeutas. Mientras tanto, esta problemática sigue siendo responsable de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas.

Por consiguiente, uno de los propósitos de este estudio, es describir cómo se ha trabajado la depresión en la Atención Primaria de Salud, especialmente por las problemáticas que se han detallado y por ser el lugar donde existe la mayor demanda de la población que consulta por este diagnóstico.

Una de las estrategias con que se podría aportar al tema planteado es realizando investigación en psicoterapia con la metodología más apropiada para su abordaje. Durante los últimos años, ha habido un importante incremento en la utilización de metodologías de investigación cualitativas en ciencias sociales y, particularmente, en psicología. Este desarrollo, que se ha dado en Europa, en EEUU y también en Latinoamérica, obedece a la actual convicción que en la investigación psicológica resulta primordial buscar nuevas formas para abordar empíricamente algunas interrogantes que no han podido ser respondidas satisfactoriamente con metodologías cuantitativas. La creciente aplicación de metodología cualitativa se asocia, además, al mayor énfasis que se está dando actualmente al estudio de la evolución del proceso psicoterapéutico en casos individuales.

El tipo de diseño para esta investigación es el estudio de caso, estudios que han proporcionado información importante dentro de la psicología. Existe una amplia tradición dentro de la investigación clínica que se aboca al uso de los métodos de investigación

sistemática para estudiar al individuo y avanzar en el conocimiento, complementando y contribuyendo a la teoría, investigación y práctica clínica.

Por lo tanto, la relevancia de este estudio es, por una parte, haber elegido la perspectiva basada en el cambio subjetivo en el consultante, desarrollo teórico que permite dar cuenta de la transformación paulatina de los significados personales respecto a sí mismo y a las diferentes relaciones contextuales (Krause, 1992; 2005), y por otra, la teoría de los indicadores de cambio, a fin de identificar y analizar comprensivamente los momentos relevantes de cambio durante el proceso psicoterapéutico y las temáticas centrales a través de la narrativa de la consultante (Vilches-Álvarez, 2005; Valdés *et.al.*, 2005; Krause *et al.*, 2006).

La metodología cualitativa seleccionada y dentro de ella el estudio de caso, permite además cumplir con otro de los objetivos de esta investigación, que es mostrar la aplicación de un modelo de psicoterapia posmoderna, como es la terapia dialógica basada en los principios del construccionismo social. Esto tiene como finalidad describir los cambios significativos, no sólo en la sintomatología depresiva de la consultante, sino también aquellos asociados a su diagnóstico y a la repercusión de éste en sus relaciones contextuales y en sus problemáticas vivenciales.

Siendo coherente con los propósitos de este estudio, la terapia dialógica se basa en que el terapeuta centra la conversación terapéutica especialmente en un diálogo reflexivo, colaborativo y generativo de nuevos significados, favoreciendo la expresión del cliente a través de sus narrativas y apoyándose en sus recursos más que en sus falencias. A partir de la narrativa y las historias que traen los consultantes y la interacción lingüística con el terapeuta se co-construyen en terapia nuevas historias y nuevos significados que les permite no sólo encontrar las alternativas requeridas para hacerle frente a su situación problemática personal, sino que también modificar las percepciones de sí mismo, de los otros y de las relaciones interaccionales del contexto presente.

Este estudio pretende ampliar el conocimiento y ofrecer otras alternativas para contribuir a favorecer la práctica clínica, alcanzando resultados homologables o superiores a los que se han obtenido en la actualidad. Esto quiere decir que no se tiene que cambiar radicalmente lo que se ha hecho hasta el momento, sino ampliar las perspectivas

terapéuticas ya que la propuesta es que se logre modificar las tasas actuales de salud mental en la población, tanto a nivel de Atención Primaria, como en otros centros privados de salud. A su vez, quizá muy ambicioso, se pretende que se logren los cambios esperados en las políticas públicas de salud y en los sistemas organizativos de los Centros de Atención Primaria, lo que sería la relevancia social de esta investigación.

Este estudio también tiene una relevancia teórico-práctica, en la formación de futuros psicólogos y psicoterapeutas, ya que permite la difusión de este modelo terapéutico dialógico, describiendo y aplicando los fundamentos centrales del construccionismo social.

La investigación se presentará en diferentes capítulos. Se realizó en primera instancia un estudio de los antecedentes teóricos y empíricos que fundamentan la realización de la investigación. Se elaboró un marco teórico que sirvió de soporte para el estudio, elaborándose objetivos y preguntas directrices que guiaron la ejecución práctica de él. Posteriormente se aplicó metodología cualitativa seleccionando el caso a estudiar y el diseño y análisis que permitió desarrollar la investigación y elaborar los resultados. Finalmente, se presentan las conclusiones que se centraron principalmente en la aplicación de la terapia dialógica en una consultante con sintomatología depresiva. Esto permitió identificar los cambios relevantes de significación en la consultante no sólo respecto a su sintomatología depresiva, sino también en la percepción de sí misma y de las personas más importantes de su contexto familiar y laboral y los consecuentes cambios afectivos y de acción en ella y en su contexto social en general.

CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES RELEVANTES Y CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Durante el transcurso del tiempo se han ido generando nuevos progresos en el control de la morbilidad y mortalidad para diferentes enfermedades físicas, sin embargo, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables por el malestar psicológico permanente de las personas o de una discapacidad que repercute no sólo en su calidad de vida, sino también de quienes participan en su contexto comunal y social en general.

De los trastornos mentales y psicosociales más frecuentes entre la población que se atiende en la Atención Primaria, la depresión es uno de los problemas de salud más importantes. Según el informe realizado el año 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 75% de quienes se le diagnostica depresión consulta en la APS, se estima que sólo un 50% ni siquiera llega a consultar. Además, de la totalidad de los diagnósticos que se atienden en la APS, un 30% corresponde a la depresión y un 50% de las personas que se les realizó este diagnóstico consultaron al médico de la Atención Primaria por otros motivos de consulta, no señalando la depresión o un síntoma psíquico como motivo principal. Esto puede comprenderse al tener en cuenta que la APS funciona como un primer filtro asistencial, lo que facilita el hecho de que los consultantes que sienten cualquier tipo de malestar psíquico consulten en primera instancia a un médico general. Además, la saturación de las consultas de especialistas y el excesivo costo que supone, hace que cada vez más, el peso del tratamiento de estos consultantes con "trastornos menores" recaiga en la Atención Primaria de Salud (Vega, Muñoz, George y Monreal, 2001; Zarragoitia, 2006).

En la actualidad, en el caso específico de la depresión, resulta ser un problema de importancia tanto para la salud pública de Chile como para la mundial. Esto puede ser demostrado por diversas consecuencias, tales como: los efectos negativos en las condiciones socio-económicas de cada país; el aumento acelerado de este diagnóstico durante el último tiempo; el incremento de la demanda de atención generada en los sistemas de salud, la alta proporción de suicidios como consecuencia de la sintomatología depresiva; la concentración de más del 40% de las licencias médicas por este diagnóstico; y las

repercusiones en la calidad de vida de la persona que la presenta junto al entorno familiar que lo rodea (Linares, 2008).

A partir de estos antecedentes, el Ministerio de Salud de Chile, el primero de julio del año 2006, determinó que la depresión estuviera dentro de las quince nuevas enfermedades que en ese entonces se incorporaron al sistema AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas), más conocido y utilizado en la actualidad como GES (Sistema de Garantías Explícitas en Salud), sumándose a las otras veinticinco enfermedades que se habían incluido el año 2005 (Pemjean y Rojas, 2006).

Según los datos que arrojó la Superintendencia de Salud, considerando el periodo desde julio del 2006 a junio del 2008, los casos de depresión cubiertos por el sistema GES a través de las ISAPRES, fue de 46.581 (11,31%), mientras que los que se atendieron mediante FONASA, fue de 365.172 (88,69%), haciendo un total de 411.753 casos diagnosticados. Estos datos permiten constatar que la mayoría de personas que presentan sintomatología depresiva que se atiende con la modalidad GES es a través de FONASA, en la Atención Primaria de Salud (sistema público), en relación a las atendidas por ISAPRES (sistema privado).

Ahora bien, a pesar de que la mayoría de las personas que sufrían depresión consultaban por primera vez en el Nivel Primario de Atención, frecuentemente el reconocimiento de este tipo de trastornos por parte del equipo de salud era bajo. Este era generalmente menor del 50% y no siempre el tratamiento se realizaba de la forma correcta con los métodos y conocimientos que se disponían. Por lo tanto, en el año 1996, se concluyó que la depresión era una enfermedad subdiagnosticada, especialmente en la APS (Manes y Ayuso, 2010; Vega *et al.*, 2001; Zarragoitia, 2006).

Uno de los aspectos que se ha relacionado con las dificultades para poder realizar un diagnóstico de depresión en la APS, es cuando el motivo de consulta es una queja somática, tales como: alteraciones del sueño, cefalea, molestias gastrointestinales, fatiga o pérdidas de peso, o bien, presentan molestias somáticas vagas o una angustia generalizada, en lugar de utilizar el término “depresión” para describir sus sentimientos. Zarragoitia (2006), en el mismo estudio, estimó que no más de un 14% de los consultantes con un trastorno

depresivo eran realmente diagnosticados. Sin embargo, éste era acertado y específico cuando el consultante tenía como queja un síntoma psíquico.

Paralelamente a esta situación, ocurría que un gran número de personas con depresión pasaban a ser consultantes frecuentes, generando una sobrecarga en el sistema que se reflejaba en consultas médicas repetidas, solicitud de exámenes que no solían ser necesarios, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas. Estas situaciones elevaban los costos de la atención médica sin mejorar a las personas (Domínguez y Narváez, 1998). Por ello fue esencial que el Médico de Atención Primaria (MAP) aprendiera a reconocer la depresión en sus variadas formas y proveyera el tratamiento adecuado, o bien, realizara una derivación. Desafortunadamente, diferentes factores explicaban la razón por la cual el actuar del MAP se realizara en forma incierta en este campo, como por ejemplo, el apremio del tiempo, variados niveles de entrenamiento y una disponibilidad limitada de consulta al psiquiatra. Todo esto generaba que se prestara atención fundamentalmente a las enfermedades físicas agudas (Suárez, Pujol, Arboleda-Florez y Goñi, 2009).

El hecho de que no se realizara un eficiente diagnóstico de depresión en la APS resultó ser muy preocupante, ya que cuando la depresión no se trata oportunamente y en forma eficiente, conduce muchas veces a cuadros recurrentes o de evolución crónica, incapacidades graves, muertes por suicidio, etc. Esto afectaba al equipo médico, generando confusión y frustración. Es decir, no solamente el Sistema de Salud se encontraba consciente de los problemas que se presentaban al momento de realizar un eficiente diagnóstico de depresión, sino que también los médicos no se encontraban conformes con la forma y las condiciones en que se realizaba el diagnóstico, ni contaban con las herramientas técnicas de intervención suficientes que requerían y a veces pretendían poseer (Sánchez y Cárdenas, 2005; Vega *et al.*, 2001).

El Gobierno de Chile, en el año 2001, para enfrentar y superar esta situación, a través del Ministerio de Salud, se propuso como objetivo lograr una eficiente práctica en el reconocimiento y diagnóstico por parte de todo el equipo de salud con la finalidad de que los trastornos depresivos pudiesen ser tratados en el Nivel Primario de Atención. Por lo mismo fue prioridad realizar capacitación y perfeccionamiento técnico continuo del equipo

de APS para lograr cumplir adecuadamente esta necesidad. Se generó un programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión (PDTID), donde el objetivo principal era lograr una reducción y/o eliminación de signos y síntomas del trastorno, lo que fue considerado como un resultado óptimo y una meta realista en el tratamiento de la depresión a nivel de la APS (Alvarado y Rojas, 2011).

Luego de la aplicación del programa (PDTID), se realizó un meta-análisis donde se demostró que las tasas de remisión sintomáticas de las depresiones tratadas en el Nivel Primario, son al menos iguales a las tasas tratadas en el nivel de especialidad. Por lo tanto, los resultados fueron considerados como favorables (Domínguez y Narváez, 1998; Gómez, Bohórquez, Gil y Pérez 2005; MINSAL, 2009; Vega *et al.*, 2001; Zarragoitia, 2006).

En esta revisión cronológica se puede apreciar que existe una gran cantidad de bibliografía que ha provocado un cuestionamiento y una reacción ante la situación del subdiagnóstico de depresión, sin embargo, desde otra perspectiva, lo que se ha generado es que en los médicos de la APS que han recibido capacitaciones para este diagnóstico, han desarrollado una sensibilidad en la detección pero a costa de una baja especificidad, lo que ha llevado a que el problema pase a ser el opuesto al originalmente planteado, vale decir, que exista un sobrediagnóstico de depresión.

El sobrediagnóstico de depresión tiene repercusiones importantes, destacándose el creciente gasto derivado de la prescripción de fármacos antidepresivos, la realización de exámenes y tratamientos innecesarios y una elevada incidencia en derivaciones desde la APS hacia las consultas de salud mental, cuando son malestares provocados por problemas cotidianos que no reúnen las condiciones necesarias para diagnosticarse como un cuadro depresivo. Estas situaciones pueden presentar el riesgo de tener efectos iatrogénicos y un impacto negativo tanto en el ámbito médico, social y psicológico. En este último ámbito, se puede ver reflejado cuando se cataloga a un individuo como “deprimido” y se le potencia el carácter de enfermedad, desresponsabilizándolo de su situación emocional y de su capacidad de agente de cambio de esa situación personal y contextual, fomentando una actitud pasiva sobre la base de la cual esperará una solución técnica ante conflictos personales, coartando la iniciativa individual destinada a resolver problemas a través del desarrollo de estrategias más adaptativas. De esta manera, se considera patológica una

situación emocional que puede ser más o menos desagradable, pero en todo caso legítima, adaptativa y necesaria para afrontar los avatares de la vida (Manes y Ayuso, 2010).

Hay autores como Dowrick (2005, citado en Manes y Ayuso, 2010), que son más radicales en sus posturas, poniendo en duda la validez de la depresión como un concepto médico, puesto que, por una parte, considera que sus criterios definitorios no están claramente establecidos, y por otra, argumenta que las bases biológicas de la depresión, imprescindibles a la hora de medicalizar este fenómeno, carecen de una adecuada consistencia. De hecho, precisamente se puede ver en la Atención Primaria que la depresión se solapa en una amplia gama de trastornos somáticos y de síntomas no explicados médicamente. Por lo mismo, agrega en su análisis, que si se pretende comprender mejor este cuadro clínico de depresión, desde la perspectiva del consultante, no puede dissociarse del contexto relacional y de la problemática psicosocial.

Respecto a las recaídas en cuanto a este cuadro clínico, las estadísticas señalan que éste va en aumento en la medida que se producen nuevos episodios. Es así como después del primer episodio de depresión hay un 50% de probabilidades que se produzca un segundo episodio alguna vez en la vida. Con dos episodios, la posibilidad de que ocurra un tercer episodio sube a 70%, y cuando ya se han producido tres episodios la posibilidad de uno nuevo se eleva a 90%. También existe una tendencia a las recaídas en los primeros meses de recuperación de un episodio depresivo (Alvarado, Vega, Sanhueza y Muñoz, 2005; MINSAL, 2000).

Al ser esta situación como se describe, a lo menos cabe preguntarse: ¿Qué está pasando principalmente con los efectos de los tratamientos? ¿Por qué aumentan las cifras, acaso no deberían disminuir si fuera realmente eficiente el tratamiento, o a lo menos mantenerse? ¿Si se considera un éxito el reducir la sintomatología y luego se recae constantemente, la conclusión que habría que hacer es que existe un porcentaje de la población que estaría destinada a presentar depresión prácticamente de por vida? ¿Qué es lo que está sucediendo? entonces, ¿No será que al diagnosticar la depresión y atribuirle sólo un origen biológico/genético (cuestionado hasta hoy por los sectores científicos especializados), y tratada en términos individuales, sin considerar el contexto inmediato que podría hacerla más comprensible, no se abarcan todas las variantes o factores que intervienen? ¿No será que al ser abordada la depresión centrándose principalmente en la

sintomatología, se dejen de lado aspectos importantes para su mayor comprensión como, por ejemplo, el contexto socio-cultural, la historia de la persona, los significados relacionales y las narrativas de los consultantes?

Por lo tanto, las intervenciones que se han descrito para enfrentar la problemática de la depresión han permitido lograr avances sin duda importantes. Destacan, por ejemplo, el hecho de que la depresión haya dejado de ser sub-diagnosticada, que se haya podido concretar la creación de un protocolo de acción que permita lograr una mayor claridad y organización para tomar decisiones en distintas etapas del tratamiento, facilitando de esta manera el trabajo interdisciplinario y logrando como resultado uno de los objetivos más importantes que es la disminución, e idealmente, la eliminación de la sintomatología depresiva.

Sin embargo, a pesar de lograr estos resultados, cuestionamientos como los que se han expuesto anteriormente dan cuenta que de igual manera existen dificultades y problemáticas específicamente en la forma de intervenir la depresión principalmente en la Atención Primaria de Salud.

Pareciera ser que lo que tiende a ocurrir en occidente, principalmente cuando las personas se basan en postulados modernistas, es adherirse a conocimientos que les da una supuesta seguridad y certeza que lo planteado es la “verdad”, generando una sensación de que se está procediendo de buena manera respecto a algún fenómeno en cuestión. Teniendo estos principios epistemológicos de base, existe una tendencia a establecer una manera única de proceder, sobre todo cuando esto es realizado y respaldado por las autoridades del gobierno de un país, considerando el significado social que esto tiene, tal como ocurre con la problemática de la depresión.

Sin embargo, aunque se haya pretendido y acordado enfrentar la depresión como se ha descrito, los resultados demuestran que existe una importante tasa de recaída y, por lo tanto, se genera el espacio para debatir y plantear cambios en el sistema. No se pretende manifestar que el trabajo que se ha realizado hasta el momento no sea profesionalmente efectivo. Lo que ocurre es que limita y cierra nuevas posibilidades que puedan lograr un mayor enriquecimiento en el trabajo terapéutico.

Ante esta situación, surgen otros cuestionamientos y preguntas como ¿Qué influencias pueden tener los enfoques seleccionados de intervención? ¿Resulta ser eficiente realmente esta forma de enfrentar la problemática de la depresión, con sólo dos modelos teórico-prácticos? ¿Será conveniente escuchar otras voces, especialmente la de otros profesionales que opinen distinto, proponiendo otras modalidades de intervención? ¿Será más fuerte la posición de profesionales directivos con poder político y administrativo y de decisión, que por el hecho de establecer protocolos específicos y estructurados de intervención, escoja una o dos como la mejor alternativa para solucionar esta problemática?

Esta última pregunta surge a raíz de que los protocolos mencionados son seleccionados por cumplir con los “criterios de eficacia” establecidos por un grupo de investigadores, con una metodología sustentada en posturas “positivistas de evidencia científica” que no necesariamente representan la opinión y el acuerdo de otros. Además, lo eficiente no debería ser catalogado solamente desde un punto de vista externo, como sucede cuando se selecciona a un experto, sino que también a partir de la satisfacción de los consultantes luego de haberse realizado un tratamiento por depresión.

El buscar respuesta a estas preguntas y solución a las problemáticas planteadas previamente, que van relacionadas al modo de enfrentar la depresión principalmente en la APS de Chile, se sustenta en el supuesto de que no existe un solo camino para lograr resultados favorables.

Por lo tanto, lo que se pretende es contribuir a solucionar esto realizando un análisis crítico acerca de las intervenciones realizadas y las problemáticas que surgen hoy en día para generar nuevas posibilidades de cambio en las falencias existentes. Se requiere el desarrollo de un conocimiento continuo que permita ir evaluando y modificando las acciones que se estén realizando.

Una de las maneras para lograr este objetivo es realizando investigaciones en psicoterapia, tal como se pretende hacer mediante la presente investigación, ampliando el conocimiento y ofreciendo alternativas cada vez más viables para contribuir a favorecer la práctica clínica, alcanzando resultados homologables o superiores a los que se han obtenido hasta el momento. De este modo, se podrían aportar nuevos conocimientos para que en el

futuro existan mejores tasas de salud mental en la población y menos problemáticas, no solamente en el nivel de Atención Primaria de Salud, sino que también en otros centros de salud especializados y lugares particulares.

Por ello, se propone a través de esta investigación, realizar una primera propuesta alternativa a la tradicional que consiste en seleccionar una visión epistemológica posmoderna, específicamente la del construccionismo social, llevada a la práctica clínica a través de la terapia dialógica. Ella incluye una forma concreta de intervención psicoterapéutica, en la cual el foco de atención son los significados personales expresados por el consultante en la interacción lingüística con el terapeuta y entre ambos co-construyen nuevas alternativas de significación a eventos, hechos y visiones que le producen malestar psicológico en su experiencia personal, histórica, social y cultural.

Así, esta investigación puede ofrecer elementos específicos que logre justificar la importancia que tiene el poder realizar cambios epistemológicos, teóricos y prácticos a nivel de la clínica que favorezcan y complementen los resultados que se han obtenido anteriormente.

Unido a esto, se considera que resulta necesario flexibilizar el sistema de atención de salud de la población a nivel de políticas, sistemas organizativos y administrativos centrándose no sólo en el contexto de la situación particular del cliente, sino a nivel comunal y social en general. Se requiere el desarrollo de la capacidad y habilidad de integrar diferentes variables que primero expliquen y luego lleven a construir en conjunto nuevas y mejores posibilidades de atención que permitan alcanzar los resultados esperados. Esto exige también, por una parte, tener la humildad y respeto profesional para darse cuenta, reconocer y aprender de los errores que se puedan estar cometiendo, y por otra, reafirmar los aciertos que se hayan conseguido. De esta manera, posiblemente, los profesionales de la salud lograrán dar respuestas a las necesidades de bienestar individuales y sociales del país.

En síntesis, teniendo presente los elementos ya mencionados, y considerando principalmente la existencia de una visión reduccionista, estructurada y rígida en el sistema de salud pública, coherente con un enfoque modernista, entonces, el problema de

investigación se formulará a través de la siguiente pregunta: ¿Qué ocurriría si se aplica una terapia centrada en los fundamentos del posmodernismo, como una alternativa al enfoque modernista seleccionado en la Atención Primaria de Salud? Esto implica que se tendrían que considerar necesariamente en la terapia las variables como el contexto, la historia de la persona, las relaciones significativas, el ámbito laboral, los aspectos socio-culturales y la visión de agente de cambio, entre otros.

El Estudio, por tanto, pretende en lo principal, dar cuenta de los cambios producidos en el consultante durante la aplicación de un proceso de terapia dialógica.

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO Y EMPÍRICO

1.- DEPRESIÓN

1.1.- Antecedentes históricos de la depresión

Desde épocas muy remotas se pueden encontrar una gran cantidad de antecedentes, descripciones y explicaciones que se han realizado acerca de la depresión.

El término depresión, proviene del latín “depressus”, que significa "abatido", "derribado". Este término se remonta hasta la época Greco-Romana, donde en ese entonces se conocía bajo el nombre de melancolía (Hill, 1970). El primero en hacer alusión a los problemas que en la actualidad se denominan psiquiátricos fue Hipócrates, considerado como “el padre de la medicina”. En el siglo IV a.C., afirmaba, desde el punto de vista médico, que sería una reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Se consideraba que la melancolía era producida por la bilis negra o afraís. Luego, Galeno, en el siglo II, describe tres modalidades de melancolía: la melancolía cerebral, la melancolía digestiva y la melancolía generalizada (Smith, 1984).

Durante la Edad Media, se encuentran destacados filósofos como Santo Tomás de Aquino, quién sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia comienza a cambiar cuando en 1621, el filósofo inglés, Robert Burton, publicó su tratado “Anatomía de la melancolía”, obra que facilitó la identificación de los estados depresivos. A finales del siglo XVI, Right, describió un tratado sobre la melancolía, siendo uno de los primeros estudios que se escribe sobre este problema. Por su parte, Falret, realiza la primera descripción específica de los ciclos depresivos (Aguirre, 2008).

Hay evidencias que la época del Renacimiento fue una de las etapas más marcadas por la melancolía o la depresión. Uno de los médicos dedicados al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales más relevantes de esa época fue Philippe Pinel, quién a principios del siglo XIX, indicó que lo característico del pensamiento de los melancólicos era que se concentraban (obsesivamente) en un objeto. Además, planteó que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas pudiendo en ocasiones inducir al

suicidio. También, que las causas de la melancolía eran en primer lugar las psicológicas y en segundo lugar las físicas (Jackson, 1989).

Por su parte, Sorano de Ephesus, realiza una descripción del cuadro clínico de la melancolía, señalando como síntomas principales la tristeza, el deseo de morir, la suspicacia acentuada, la tendencia al llanto, la irritabilidad y, en ocasiones, la jovialidad (Ackerknecht, 1959).

Dentro de la historia de la depresión, se destaca el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, quien es considerado como el fundador de la psiquiatría científica moderna, la psicofarmacología y la genética psiquiátrica. En 1896, estableció la diferencia entre la psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz, la cual se llamó posteriormente esquizofrenia (Jackson, 1989). Los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maníaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo. Esto tuvo como consecuencia que el deprimido fuera calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves (Calderón, 2001).

En el año 1989, a partir de la tercera revisión que se hizo del DSM, los autores adoptaron una serie de términos nosológicos, suprimiendo el sistema que había establecido Kraepelin. Ellos clasificaron los trastornos del estado del ánimo separadamente de las psicosis y de otros trastornos (Conti, 2007).

1.2.- Epidemiología de la depresión

De acuerdo a los datos obtenidos, se indica que el diagnóstico por depresión ha ido aumentando de un modo acelerado durante el último tiempo. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2002, existían en todo el mundo alrededor de ciento cincuenta y cuatro millones de personas que presentaban depresión. Una década después, la OMS, señala que actualmente existen más de trescientos cincuenta millones de personas con depresión.

La incidencia de los trastornos depresivos en la población general de Chile mayor de quince años, se encuentra entre un 7,5% a un 10%, pudiéndose presentar en todos los

géneros, edades, niveles socioeconómicos y procedencias. La depresión suele ser más común en el grupo de edad que fluctúa entre los veinte a los cuarenta y cinco años, mientras que cuando se considera la variable género, resulta ser dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (Domínguez y Narváez, 1998; Vega *et al.*, 2001).

Al considerar la variable género como un factor importante en la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión, actualmente la investigación sigue concentrándose en la relación hipotética entre los fenómenos relacionados con la reproducción, como la menstruación, el embarazo y la menopausia, con las tasas más altas de depresión en las mujeres. Sin embargo, ninguno de esos fenómenos explican por sí solos la diferencia entre ambos géneros en cuanto a la depresión (MINSAL, 2006).

En el caso de los hombres, de acuerdo a las estadísticas, tienden a tener una menor probabilidad de sufrir depresiones que las mujeres, sin embargo, hay que tener presente que el hombre muchas veces no admite este diagnóstico. Además, en el género masculino, la depresión se manifiesta frecuentemente con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Incluso, cuando el hombre se da cuenta que presenta síntomas de depresión, tiende menos a buscar ayuda especializada. Por otra parte, el alcohol y las drogas suelen enmascarar la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer, al igual que el hábito de trabajar en exceso, lo que es socialmente aceptable. Por lo tanto, tomando en cuenta estos aspectos, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer, por lo que la depresión en el hombre suele ser sub-diagnosticada (MINSAL, 2009).

1.3.- Aspectos clínicos de la depresión

Se considera comúnmente que la depresión se suele presentar con cambios importantes en el estado de ánimo de las personas, existiendo variaciones que son propias de la depresión, como sucede cuando el decaimiento del ánimo es más permanente en el tiempo, variando poco día a día y siendo discordante con las circunstancias, a diferencia de los sentimientos transitorios de tristeza, desesperanza o desilusión que se consideran normales y comunes en la vida de todas las personas. Es por esto que resulta importante la clara diferenciación entre estas respuestas normales de adaptación a las exigencias, pérdidas

o frustraciones de la vida diaria con las manifestaciones clínicas de la depresión (Vega *et al.*, 2001).

A rasgos generales, la depresión es una enfermedad que afecta a diferentes aspectos de la persona, como el estado de ánimo y la forma de pensar; los hábitos de comer y dormir, y la forma en que la persona se valora a sí misma (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

La depresión se considera como un síndrome, esto quiere decir que es un grupo de signos y síntomas cuyo diagnóstico se establece sobre la base de criterios estandarizados. Algunos de estos criterios plantea que para diagnosticar que la persona tiene depresión, la sintomatología tiene que tener una duración de por lo menos dos semanas; no debe ser atribuible al uso de sustancias psicoactivas o a otro trastorno mental orgánico; ocurre en ausencia de síntomas maníacos y presenta una variedad de manifestaciones clínicas. Éstas se pueden reunir en cuatro grupos principales: del estado del ánimo (incluyen tristeza y/o irritabilidad); del pensamiento (se centran en un pensar ineficiente, con gran autocrítica); de la actividad psicomotora (físicamente las personas deprimidas se tornan menos activas, aunque esto puede ser ocultado por la presencia de ansiedad o agitación); pérdida de interés en actividades habituales y manifestaciones somáticas (cefaleas, alteraciones del sueño, etc.) (MINSAL, 2006).

Con respecto a los factores etiológicos de la depresión, se consideran los genéticos, bioquímicos, psicológicos y/o psicosociales (Vega *et al.*, 2001). En diversas investigaciones relacionadas a la depresión, se ha considerado que este trastorno podría tener una predisposición genética heredable, sin embargo, otras investigaciones han demostrado que la depresión afecta también a personas que no presentan historia familiar de esta enfermedad. Ahora bien, independiente de que la depresión sea heredable o no, esta patología se asocia principalmente a cambios que ocurren en las funciones cerebrales (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

Considerando los elementos que se han descrito hasta el momento, hay que tener en cuenta que el trastorno depresivo debe ser comprendido en su contexto y no como un fenómeno aislado. Por ejemplo, que el inicio de cada episodio depresivo esté asociado con

acontecimientos o situaciones estresantes (Selmes, 1995). Además, la presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Hay casos donde la alteración del estado de ánimo puede enmascarse por otros síntomas, como por ejemplo, aumento del consumo de alcohol, la irritabilidad, la ansiedad y la agitación psicomotriz, que pueden predominar sobre la sintomatología depresiva más característica.

1.4.- Impacto del diagnóstico de depresión

Algunas investigaciones evidencian las consecuencias directas que tiene la depresión en la salud de las personas. En Chile, la depresión es la segunda causa de discapacidad y muerte prematura por suicidio. Se estima que cada año alrededor de ochocientos cincuenta mil personas se suicidan. Los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre, sin embargo, la tasa de suicidio consumado en los hombres es cuatro veces más alta que en las mujeres (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002).

Cabe tener en consideración que el diagnóstico de depresión no solamente repercute en el ámbito específico de la salud de las personas. Por ejemplo, el Banco Mundial, realizó un estudio sobre el impacto económico de las enfermedades en general, y dentro de las primeras causas de gasto en salud entre diversas enfermedades se encontraba la depresión, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Las proyecciones que se estiman para el año 2020, según la OMS, plantean que la depresión sería la segunda causa de gastos en salud en el mundo, superada solamente por las enfermedades cardiovasculares (Fullerton, Florenzano y Acuña, 2000). Asimismo, el diagnóstico de depresión repercute en la cantidad de días al año de ausentismo laboral, teniendo como consecuencia una disminución de la productividad en el puesto de trabajo, influyendo por ende en el ámbito económico del país (Florenzano, Acuña y Fullerton (1998).

Otros gastos económicos que genera la depresión es el aumento de la utilización de los servicios de salud para el tratamiento de otros problemas médicos que generalmente son síntomas somáticos que ocultan una sintomatología depresiva subyacente. A su vez, los trastornos depresivos generan indirectamente hospitalizaciones prolongadas y un aumento

en la predisposición hacia otras patologías, lo cual produce pérdidas importantes para el Sistema de Salud (Suárez *et al.*, 2009).

Como se ha podido apreciar hasta ahora, la depresión tiene implicancias significativas en diferentes niveles de análisis. Por lo mismo fue que en el año 2006, el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, incorporó la depresión al plan AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas), más conocido y utilizado en la actualidad como GES (Sistema de Garantías Explícitas en Salud) (Ver ANEXO 2).

La Atención Primaria de Salud es el lugar donde se presenta la mayor demanda y problemáticas para tratar la depresión (Ver ANEXO 3), por lo mismo es que el análisis se centrará en este nivel de atención y el consiguiente programa de atención a los consultantes con síntomas depresivos.

2.- ENFOQUES TERAPÉUTICOS EN DEPRESIÓN

2.1.- Enfoque biomédico

Antecedentes históricos indican que el enfoque biomédico se desarrolló en la sociedad occidental contemporánea como un instrumento analítico muy poderoso para abordar la enfermedad (Taylor y David, 2006). Este enfoque se enmarca dentro de las ciencias biológicas y se conoce también bajo los nombres de modelo orgánico, modelo biológico o modelo biofísico (Corral, 1994; Vallejos, 2006).

Siendo un enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje de las enfermedades, se entiende como un modelo positivista de práctica e intervención que se caracteriza por su “objetividad”. En este caso, quiere decir que todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos, por lo que la enfermedad será explicada en términos de variables biológicas mensurables, donde componentes sociales intervinientes no tendrían cabida en el mismo, o en su extremo, que las anormalidades conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos (Fernández, 2004; Oblitas y Becoña, 2000).

Los postulados básicos de este modelo consisten en que la enfermedad tiene una etiología o una causa orgánica, lo cual quiere decir que existe un agente externo cuya acción sobre el organismo produce la enfermedad, generando una serie de síntomas que al ser agrupados sistemáticamente permiten realizar un proceso de diagnóstico y luego tener una claridad acerca del pronóstico (Goic, 2000). En cuanto al tratamiento, debe ser biológico (fármacos) e incidir sobre la supuesta etiología orgánica (Vallejos, 2006).

Los aspectos mencionados anteriormente se pueden comprender si se toma en consideración el contexto en el que este modelo ha sido desarrollado. A lo largo de la historia de la ciencia occidental, el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina. Es natural, por tanto, que la visión mecanicista de la vida, una vez establecida firmemente en el campo de la biología, haya dominado también la actitud de los médicos ante la salud y la enfermedad. La rigurosa separación que realizó Descartes entre la mente y el cuerpo, llevó posteriormente a crear el modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. Los médicos se concentraron en los aspectos específicamente biológicos, no considerando los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad (Capra, 1996).

En el modelo biomédico, desde el siglo XIX, se han utilizado métodos basados en la experimentación y la observación rigurosa para identificar las causas de las enfermedades. Se intenta explicar la causa por alteraciones anatómicas, funcionales o invasión de algún microorganismo (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001). Actualmente, la doctrina de la “etiología específica” es la que se utiliza mayormente. Esta aproximación alcanzó su máximo impulso con el advenimiento de la bacteriología a mediados del siglo XIX, lo que llevó a una confirmación al concepto monocausal. Es más, cuando existen enfermedades donde su etiología se desconoce, las investigaciones se orientan en general a descubrir un agente causal al cual se pueda atribuir la causa de la enfermedad (Goic, 2000).

Tal como se ha mencionado anteriormente, el énfasis en el modelo biomédico ha estado puesto en la localización y definición precisa de las patologías. Este mismo énfasis fue utilizado en el estudio médico para los denominados trastornos mentales, al que se le acuñó el término de “psiquiatría”. En vez de tratar de comprender los aspectos psicológicos de la enfermedad, los psiquiatras centraron sus esfuerzos en encontrar causas orgánicas,

infecciones, deficiencias de nutrición, lesiones en el cerebro para todos los trastornos mentales. De este modo, se puede apreciar que este enfoque se divide en médicos del cuerpo y médicos de la mente (Capra, 1996).

La medicina, como saber práctico, nace y se relaciona con el fenómeno que se denomina enfermedad, teniendo como afán evitarla y curarla. Si bien la enfermedad puede ser analizada desde diversos puntos de vista, ya sea histórico, cultural, antropológico, filosófico, religioso, etc., lo que caracteriza a la mirada biomédica, es que el análisis de la enfermedad se realiza desde una perspectiva clínica y basado en un sentido lógico, principalmente porque los conocimientos que han adquirido son considerados empíricos. En este enfoque, se entiende a la enfermedad como “una entidad clínica estructurada, caracterizada por una combinación de síntomas y signos que la definen y la diferencian de otras”. Los síntomas son considerados de naturaleza subjetiva, vale decir, únicamente el enfermo es quien los percibe y lo que hace el médico es interpretarlos. Por el contrario, los signos son objetivos y deben ser buscados por este último (Goic, 2000, p.78).

Otra manera de definir la enfermedad dentro de este enfoque, es la que realizan Delay y Pichot (1965, citado en Bayés, 1979), quienes señalan que puede ser definida de tres maneras diferentes: como un estado particular del cuerpo, como una interpretación del médico y como un peculiar estado de conciencia del enfermo.

Existencialmente, el sujeto percibe la enfermedad como algo que se le impone o lo invade en contra de su voluntad, que le es ajeno y de lo cual quisiera desprenderse; la enfermedad lo perturba y le impide realizar aquello que desea hacer. Además, la enfermedad se vincula a las condiciones de malestar y bienestar con que una persona lleva a cabo sus actividades, donde la situación más extrema resulta ser la incapacidad para realizar las actividades cotidianas (Goic, 2000).

El diagnosticar una enfermedad implica identificar y analizar los diferentes síntomas y signos, y agruparlos desde una perspectiva médica en una categoría clínica precisa denominada síndrome. Esta nominación implica una etiología concreta y única sobre la que se tendría que actuar eligiendo el tratamiento adecuado para eliminar la enfermedad diagnosticada (Goic, 2000).

En el enfoque biomédico se han postulado una gran cantidad de teorías que pretenden encontrar una causa biológica que explique a la depresión. El inicio de los primeros tratamientos antidepresivos eficaces, alrededor de los años cincuenta, comienza a favorecer el desarrollo de estas primeras teorías. Progresivamente, se van encontrando diferentes anomalías biológicas que se intentan relacionar con los postulados que plantean la existencia de las depresiones endógenas (Pérez, 1999).

Los resultados empíricos de los medicamentos antidepresivos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la mayoría de los estados depresivos sobre todo moderados y severos. En el caso de episodios depresivos severos con características melancólicas, los antidepresivos tricíclicos suelen ser la primera opción, siempre que la persona tolere adecuadamente los efectos adversos (boca seca, náuseas, vómitos, disfunción sexual, retención urinaria, afectación de la capacidad cognitiva, somnolencia, enlentecimiento de la conducción, aumento de peso, riesgos cardiovasculares, entre otros). En los casos de episodios depresivos moderados, la primera opción son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). En el caso de la depresión leve, se ha encontrado evidencia que los antidepresivos no deben utilizarse de manera rutinaria en el tratamiento. Sin embargo, existen condiciones especiales donde se puede indicar el medicamento después que los consejos sobre estilo de vida y terapia psicológica han sido inefectivos, a saber: cuando el individuo presenta historia de episodios depresivos severos o ante un desorden distímico persistente e incapacitante (MINSAL, 2009; Korman y Sarudiansky, 2011).

2.2.- Psicoterapia y depresión: enfoque cognitivo-conductual

Ante el surgimiento de la epistemología modernista, el foco de la investigación psicológica se desplazó desde la introspección y el estudio de la mente hacia el desarrollo y examen de los principios de la adquisición, mantenimiento y cambios de la conducta (Caro, 1997).

A principios del Siglo XX, basándose en las teorías del aprendizaje, se comienza a desarrollar el enfoque conductual para el tratamiento de diferentes sintomatologías físicas y psicológicas. El enfoque conductual se inserta en una tradición epistemológica positivista.

Se caracteriza fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas. Los tratamientos conductuales tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. Por lo mismo, el núcleo central de las intervenciones conductistas se dirigió a los comportamientos que se consideraban definibles, es decir, que podían ser fácilmente identificados y monitorizados (Jiménez, 2003).

Skinner (1977), postuló que el conductismo no se interesaba en estudiar los procesos internos que subyacen a la conducta debido a que no se conseguían observar directamente, lo que repercutía en que no se pudieran realizar mediciones y cuantificaciones al respecto. Cabe aclarar que esto no quiere decir que en ese entonces no se creyera en la existencia de los procesos internos de las personas.

Desde la perspectiva de la terapia de la conducta, se han desarrollado explicaciones teóricas e hipótesis acerca del origen y el mantenimiento de la depresión. El primer intento de un análisis conductual de la depresión está contenido en el libro de “Ciencia y Conducta Humana” de Skinner (1953), en el cual se define como un debilitamiento de la conducta debido a que el sujeto deprimido no responde a la tasa de reforzamiento social o positivo. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como una baja en la frecuencia de respuesta, ha sido el aspecto central a todas las posiciones conductuales (Salinas, 1998).

Dado el amplio número de terapias conductuales se expondrán brevemente las más relevantes.

El primer programa de tratamiento importante que se desarrolla fue el de Lewinsohn (1974), basado en las formulaciones conductuales de depresión de Skinner (1953) y de Ferster (1973). Su teoría consiste en una disminución de los eventos desagradables y el aumento de las actividades placenteras. El objetivo central de esta terapia, basada en la aproximación del reforzamiento, es enseñar a las personas deprimidas habilidades que pueden usar para cambiar sus patrones de interacción problemáticos y las habilidades necesarias para mantener esos cambios después de la finalización de la terapia. Se utiliza una gama amplia de técnicas conductuales y cognitivas como es la asertividad,

entrenamiento en relajación, planeación diaria de actividades, administración del tiempo y procedimientos cognitivos que permitan a la persona enfrentar más adaptativamente situaciones aversivas (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

La terapia conductual de auto-control creada por Rehm (1977), también es considerada relevante en este ámbito. Se plantea que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. Se enfatiza la importancia del reforzamiento y el castigo auto-administrado. El tratamiento consiste en un programa estructurado de seis a doce sesiones, donde se le enseña a los sujetos habilidades como el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento.

Otro enfoque psicoterapéutico que tiene relevancia en este modelo es la terapia de solución de problemas creada por Nezu (1987). Acá se plantea que el comienzo y el mantenimiento de la depresión se relacionan con los déficits o la ineficacia de las habilidades de un individuo al momento de resolver sus problemas. La depresión ocurriría ante situaciones conflictivas, de modo que si no son resueltas, traerían como consecuencia la baja tasa de reforzamiento positivo y de ahí la depresión. El procedimiento consiste en un programa estructurado de entrenamiento en habilidades sociales que puede ser aplicado tanto en grupo como individualmente. Su aplicación habitualmente es breve, no suele durar más de doce sesiones.

Posteriormente, entre los años 1960 y 1970, la psicología cognitivista reaccionó ante el modelo conductista, principalmente contra la certeza de la objetividad empirista, surgiendo el denominado “giro cognitivo”, incorporando los procesos cognitivos al estudio del ser humano, otorgando de esta manera la importancia a los fenómenos que ocurrían en la mente del individuo. Las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo (Pérez y García, 2001; Salinas, 1998).

Albert Bandura (1984), introduce nuevos conceptos teóricos en la investigación del comportamiento humano, lo que se denominó teorías del aprendizaje. Las cogniciones no eran del todo responsables del aprendizaje, como tampoco lo era realizar una conducta para consolidarlo (aprendizaje activo), también había que considerar la adquisición de nuevos comportamientos por medio de la observación de los otros sin necesidad de práctica (aprendizaje vicario o aprendizaje social o modelaje). Este concepto es un componente crucial de la teoría cognoscitiva social, y, aunque observar modelos no siempre garantiza el aprendizaje, sí cumple funciones de información y motivación: por una parte comunica la probabilidad de las consecuencias de los actos y por otra modifica el grado de motivación de los observadores para actuar del mismo modo. Según Bandura, el aprendizaje de una nueva conducta a través de la observación de otra persona puede ser mucho más eficaz que el aprendizaje de esa misma conducta a través del refuerzo directo (premiar al sujeto cuando realiza determinada conducta). Este modo de aprender, presente en todas las culturas y civilizaciones, resulta ser esencial en el proceso de socialización (Bandura y Walters, 2002).

Las intervenciones terapéuticas cognitivistas se caracterizan por ser un modelo psicoeducativo activo, directivo, estructurado y orientado hacia el problema. Tres suposiciones teóricas subyacen a este tipo de intervenciones. El principal supuesto es que la conducta y el afecto del individuo están determinados en gran parte por la forma en cómo la persona ve el mundo. En los trastornos emocionales se considera que la perturbación emocional es producto de una no correspondencia lo suficientemente válida entre las creencias que tiene el sujeto y la “realidad” externa. Vale decir, los sentimientos desagradables sólo revelan un pensamiento “distorsionado”. Esto se puede resumir en una de las frases más representativas de este enfoque: “tal como piensas, así sentirás”. Un segundo supuesto es que las cogniciones (pensamientos, creencias, fantasías, imágenes, etc.) pueden ser autoobservadas por el consultante y comunicadas. La identificación y la autoobservación de las cogniciones pueden requerir entrenamiento, asumiendo que estas cogniciones son o pueden llegar a ser conscientes. Un tercer supuesto, es que la modificación de las cogniciones conducirá a cambios en el afecto y en la conducta (Caro, 1997; Fernández-Álvarez, 1992).

La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), son los dos enfoques que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión.

La teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975), hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. Posteriormente, Abramson *et al.* (1978), reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión.

Por su parte, la teoría cognitiva de la depresión de Beck, señalada anteriormente, permitió que este autor fuese considerado como uno de los representantes más importantes e influyentes en el estudio de este trastorno. Concibe la depresión como el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Además, plantea que los individuos que se encuentran vivenciando una experiencia depresiva, poseen un paradigma personal que se caracteriza por presentar un contenido cognitivo disfuncional y negativo acerca de sí mismo, el mundo y su futuro. A esto le denominó la triada cognitiva de la depresión. El consultante deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. Este autor ve el manejo de la depresión enfocándose principalmente en las cogniciones que tienen las personas (Vásquez *et al.*, 2000).

Otro de los modelos destacables que se utiliza para el tratamiento de la depresión es la terapia racional-emotiva-conductual (TREC) de Ellis (1980), cuya contribución más significativa fue la distinción que realizó entre “creencias racionales” y “creencias irracionales”. Su terapia consiste principalmente en que el terapeuta ayude al consultante a

que identifique y dispute su pensamiento “irracional” con la finalidad de eliminar la sintomatología. Para lograr esto, el terapeuta intenta a través de diferentes medios de persuadir al consultante para que adopte creencias más “racionales” y actitudes más convenientes. Las creencias “irracionales” se contrastan con los axiomas lógicos de la “realidad” considerados como válidos.

Con el transcurso del tiempo, las teorías conductuales y cognitivas han podido ser integradas, conociéndose hoy en día con el nombre de psicoterapia cognitivo-conductual, siendo una de las que más firmemente se encuentra asentada en la actualidad.

En síntesis, las técnicas que se han desarrollado desde perspectivas cognitivas y conductuales, han demostrado su utilidad en el tratamiento de diversos "problemas" psicológicos y de la conducta en general. Se puede apreciar también que al igual como ocurre en el modelo biomédico, también el enfoque cognitivo-conductual utiliza el criterio causal para explicar las psicopatologías. Si en el modelo biomédico la causa se atribuye a aspectos bioquímicos, cerebrales o anatómicos, en el modelo cognitivo-conductual la causa es atribuida a una baja de reforzamiento en la conducta, o directamente a pensamientos “distorsionados” o creencias “irracionales”. Ahora bien, aunque las aproximaciones cognitivas y conductuales al tratamiento de la depresión difieren en relación al aspecto causal de la misma, es importante reconocer que existen similitudes. Ambas asumen que los consultantes deprimidos han adquirido patrones de reacción "mal-adaptativos" que pueden ser desaprendidos. Los síntomas son considerados como importantes en sí mismos y no como manifestaciones de conflictos subyacentes. Consecuentemente, los tratamientos son estructurados y limitados en el tiempo. El objetivo principal es lograr un autocontrol en el consultante, específicamente sobre las emociones que lo perturban. Para lograrlo, el tratamiento se diseña dándole énfasis a la modificación de las conductas y cogniciones relativamente específicas y/o enseñando otras que le permitan recuperar el equilibrio adaptativo que existía con su medio ambiente antes del comienzo de los síntomas.

En cuanto a la evidencia empírica, Roth y Fonagy (1995, citado en Korman y Sarudiansky, 2011), realizaron un análisis de diversas investigaciones y concluyeron que si bien las intervenciones psicológicas en general tienen buena evidencia para el tratamiento de la depresión, los datos en la actualidad permiten postular que las terapias psicológicas

específicas para la depresión son las que obtienen mejores resultados que las no específicas. Las terapias específicas se clasifican de este modo dado a que se estructuran en base a una planificación de un número determinado de sesiones, técnicas psicológicas específicas y objetivos preestablecidos que se aplican durante el proceso psicoterapéutico. Además, se plantea que incluso alcanzan una eficacia similar al tratamiento con antidepresivos (Korman & Sarudiansky, 2011). Por ejemplo, la psicoterapia cognitivo-conductual es una de las que se considera específicas. Para el caso de la depresión, el rango del número de sesiones tiende a ser entre doce y veinticuatro. La técnica específica predominante que se utiliza es la reestructuración cognitiva. Y en lo que se refiere al objetivo central al finalizar el tratamiento, es la disminución e idealmente la eliminación de la sintomatología depresiva.

Chambless y Ollendick (2001, citado en Korman y Sarudiansky, 2011), luego de realizar una amplia y meticulosa revisión de estudios desarrollados para evaluar el resultado de intervenciones psicoterapéuticas específicas para la depresión, llegaron a la conclusión que la psicoterapia cognitivo-conductual es la que presenta un mayor apoyo empírico.

3.- INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

3.1.- Antecedentes de investigación en psicoterapia

Durante la historia de la psicología la interrogante acerca del efecto de la actividad terapéutica ha ocupado, e incluso inquietado, tanto a psicólogos que ejercen en forma práctica como a investigadores (Krause, 2005).

El comienzo de las investigaciones respecto a intervenciones terapéuticas, se remonta a los estudios de Freud en el año 1895, sobre la histeria y en lo relativo a la efectividad a la década de los treinta, donde se publicaron las primeras estadísticas sobre resultados de tratamientos en Chicago y Berlín y se realizaron las primeras grabaciones de sesiones terapéuticas. Asimismo, en esos años, se aplicaron, por ejemplo, los primeros cuestionarios entre los miembros de la asociación británica de psicoanalistas con el propósito de compilar sus impresiones acerca de la técnica de tratamiento (Krause, 2005).

Sin embargo, el gran impulso en la historia de la investigación en psicoterapia acontece en el año 1952, gracias a una investigación realizada por Eysenck, la cual cuestionó la efectividad de los procedimientos terapéuticos que en ese tiempo eran por lo general de naturaleza psicoanalítica. A partir de ese momento, se comenzó a desarrollar la investigación en psicoterapia de una manera sistemática en diferentes partes del mundo. Este tipo de investigación, específicamente aquella centrada en los efectos de la terapia, se expandió durante la segunda mitad del siglo XX, llegando a conformar una gran cantidad de estudios empíricos acerca del tema (Krause *et al.*, 2007).

Este auge de la investigación en psicoterapia constó en gran parte de estudios comparativos de efectos terapéuticos. Al aumentar la cantidad de investigaciones se desarrolló una nueva forma sucinta de investigación denominada meta análisis. Este es definido como un procedimiento que unifica los resultados de distintas investigaciones respecto a una magnitud de efecto con el propósito de ser resumidos o comparados. Los meta análisis tenían como finalidad juzgar la efectividad global de la psicoterapia, y a partir de ello, identificar posibles diferencias entre métodos terapéuticos específicos (Krause, 2005).

Los hallazgos de los meta análisis, o estudios comparativos, permitieron demostrar la efectividad de los procesos psicoterapéuticos por encima de los parámetros considerados representativos en la práctica clínica. Pero al mismo tiempo, fue posible determinar la escasa diferenciación entre las distintas modalidades terapéuticas en relación a su efectividad, así como la necesidad de metodologías más convincentes que permitieran una mayor comprensión de los efectos psicoterapéuticos y la formulación de políticas basadas en datos empíricos (Valdés *et al.*, 2005).

Frente a esta situación, los investigadores realizaban muchos esfuerzos para lograr una diferenciación. A pesar de esto, de igual forma, los distintos procedimientos terapéuticos se distinguían entre ellos sólo en forma limitada. La ayuda profesional parecía tener un tipo de efecto homogéneo. Esta realidad, que fue denominada la paradoja de la equivalencia (Meyer, 1990 en Krause, 2005), hizo evidente que es muy difícil determinar qué intervención específica tiene cual efecto, y, además, que existe un abismo entre los factores de cambio postulados por las escuelas terapéuticas y los resultados empíricos de

las investigaciones terapéuticas. Por lo tanto, la preocupación inicial que había generado cuestionamientos de si la psicoterapia era efectiva o no, tomando los resultados realizados por Eysenck, no se pudo superar del todo, manteniéndose la duda respecto de los mecanismos, procesos y acciones responsables del cambio terapéutico. El problema ahora redefinido se sintetizaba en la siguiente pregunta. La psicoterapia es efectiva, pero ¿qué factores de la terapia o extra-terapéuticos, transversales a diferentes tipos de terapia, resultan responsables del cambio? Esta pregunta fue el impulso de nuevas investigaciones en psicoterapia y se constituyó en la preocupación tanto de teóricos del cambio como de psicoterapeutas (Krause, 2005).

Ante este nuevo escenario surgieron nuevas posibilidades que pretendían generar un cambio en la forma en la que se estaban realizando las investigaciones hasta ese entonces. Dentro de estas nuevas alternativas destacan tres líneas de investigación, las que se describirán brevemente a continuación:

1. En primer lugar, se encuentran los estudios de los “factores de cambio inespecíficos”, actualmente denominados “factores de cambio comunes”, donde su objetivo principal es identificar los factores internos o externos a la terapia responsables del cambio, y que son a su vez transversales a las diferentes modalidades terapéuticas (Krause *et al.*, 2006).
2. En segundo lugar, están las investigaciones del proceso psicoterapéutico, que tienen como énfasis el estudio de la interacción entre el terapeuta y el consultante en el análisis cronológico de los diferentes episodios de cambio, y más recientemente, en la estructura del discurso durante el proceso psicoterapéutico. Esto ha permitido conseguir conclusiones relevantes en relación al proceso-resultado, dirigiendo la mirada en los últimos años hacia la secuencia de momentos de cambio, relacionando las temáticas o contenidos del cambio psicoterapéutico (Valdés *et al.*, 2005).
3. Finalmente, se encuentran las investigaciones con una aproximación metodológica de naturaleza cualitativa orientadas al estudio tanto de las representaciones sociales como de las teorías subjetivas. La aplicación de estos conceptos impulsa la investigación empírica en psicología en diversos temas, por ejemplo: cómo interviene lo social en la elaboración

psicológica y cómo interviene ésta en lo social; el tipo de relaciones causales que los consultantes establecen con sus trastornos; el estudio de la relación terapéutica y sus efectos en el resultado de la psicoterapia (Winkler, Avendaño, Krause y Soto, 1993 en Vilches-Álvarez, 2005).

Para abordar la complejidad de esta situación, durante la historia ha prevalecido la investigación con un enfoque predominantemente de metodologías cuantitativas con la finalidad de encontrar las causalidades más relevantes para luego inferir y predecir resultados. Sin embargo, esta metodología cuantitativa, dejaba de lado un aspecto que es considerado de gran importancia que tiene que ver con estudiar el proceso que se da durante el tratamiento de sesión a sesión. Ante esto, se ha sugerido e implementado la combinación de métodos tanto cuantitativos como cualitativos, así como también, incluyendo a los consultantes, los terapeutas y los observadores, de modo que existan diversas perspectivas que puedan colaborar para comprender la complejidad de las secuencias y patrones que constituyen el cambio en psicoterapia (Altimir *et al.*, 2010).

Además, el uso de la metodología cualitativa permite combinar el estudio en profundidad de casos individuales con los análisis comparativos y conclusiones que van más allá del caso individual.

3.2.- Los Factores de Cambios Inespecíficos o Comunes

En la década de los 80's, dada la dificultad de determinar los factores de cambio específicos, surgieron diversas investigaciones que intentaron determinar los factores de cambio inespecíficos. A través de estudios empíricos se compararon resultados terapéuticos de profesionales con resultados obtenidos por legos, esto es, personas que no eran terapeutas y solo habían tenido unas pocas sesiones de instrucción. En estos estudios no se pudo constatar ninguna diferencia esencial entre profesionales y legos en lo concerniente a su efectividad terapéutica. De lo anterior se concluyó que la efectividad dependía de los factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, que son independientes de la formación profesional y de la experiencia del ejercicio en la psicoterapia (Krause, 2005).

En términos generales, los factores de cambio comunes incluyen condiciones generales de la terapia, tales como la alianza terapéutica, incorporando el aporte del

terapeuta y del cliente a ella, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y en cómo se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos (Orlinsky y Howard, 1978; Fernández-Álvarez et al, 2006). A esto, se ha agregado últimamente el potencial de autoayuda del cliente. La mayoría de los autores concuerda y señalan que la alianza terapéutica es como el determinante esencial del éxito terapéutico y es un factor de cambio común fundamental (Krause, 2005; Amezaga, Dávila y Vilches-Álvarez, 2013).

Replantearse la definición de lo específico, desligándolo de las escuelas terapéuticas particulares, ha llevado a unir la noción de “factores comunes” con la búsqueda de los mecanismos, procesos y acciones responsables del cambio. Para lograr este objetivo, se está estudiando el proceso terapéutico mediante la determinación de episodios de cambio y también su opuesto, vale decir, episodios de estancamientos, a fin de profundizar en las interacciones terapéuticas ligadas al cambio (Krause, 2007; Fernández *et al.*, 2012).

3.3.- Investigación sobre proceso terapéutico

Es muy relevante para el desarrollo de investigaciones sobre proceso terapéutico el estudio de la construcción de esquemas conceptuales o teorías subjetivas que denominen y expliquen los síntomas y problemas del consultante (Polkinghorne, 1988). Las nuevas construcciones que se vayan generando durante el proceso de la terapia serán un mayor aporte de cambio en tanto posibiliten experiencias exitosas al consultante como podrían ser nuevas significaciones cognitivas, afectivas y de comportamiento que signifiquen una transformación. La apreciación de transformación o avance se encuentra dentro de un marco epistemológico y teórico de la práctica terapéutica respectiva, como es la terapia dialógica sustentada en el construccionismo social en el caso de esta investigación. Al interior de la construcción de esquemas conceptuales se pueden distinguir tres momentos sucesivos: a) el establecimiento de relaciones entre síntomas, experiencias vitales (actuales y pasadas), afectos y conductas; b) la elaboración de constructos subjetivos sobre sí mismo y la propia biografía; y, c) la construcción de “teorías” sobre sí mismo y la relación con el mundo, incluyendo la propia historia de vida (Krause, 1998 citado en Vilches-Álvarez, 2005).

En términos teóricos, los cambios de significados han sido conceptualizados como

cambios en las “teorías subjetivas del consultante”, concepto definido por sus autores (Groeben, Wahl, Schlee, y Scheele, 1988, citado en Krause 2005) como cambios en la visión de sí mismo y del contexto que lo circunda. Ello se puede entender como un conjunto complejo de cogniciones estructuradas en forma argumentativa, mediante la reflexión y expresadas en su lenguaje a través del diálogo con el terapeuta.

En este marco conceptual, el cambio terapéutico consistirá en un proceso de construcción de nuevos modos de interpretación, significación y explicación acerca de “su realidad” la cual es narrada por el consultante. Este proceso de construcción cognitivo y afectivo orientará la acción del sujeto que está dialogando y reflexionado en el proceso terapéutico.

Bastine, Fiedler y Kommer (1989) plantean que el cambio terapéutico es un proceso que se va dando paso a paso a través del diálogo entre consultante y terapeuta, como una secuencia de períodos o fases, las cuales pueden ser identificadas por los propios actores y los observadores (Fernández *et al.*, 2012; Vilches-Álvarez, 2005).

3.4.- Contenidos generales del cambio psicoterapéutico e indicadores genéricos de cambio

Durante estos últimos años, los diferentes investigadores focalizados en el proceso terapéutico y cómo éste se desarrolla, se han interesado en obtener información acerca de lo que el consultante narra y percibe como cambio, ya sea respecto a los problemas, los síntomas o las conductas; o a nivel de significados en el área cognitiva, afectiva y de acción (Frank, 1982; Elliot, 1989; Krause, 1992; Shilkret y Shilkret, 1993; Berg y De-Jong, 1996 en Vilches-Alvarez, 2005), es lo que se ha definido como contenidos generales de cambio considerando la percepción de sí mismo, de otros y el contexto.

Con la finalidad de establecer criterios que permitieran determinar cuándo se produce un cambio en la psicoterapia, se construyó una lista de indicadores de cambio estableciéndose un orden jerárquico (Ver Anexo 6), desde cambios iniciales hacia cambios de periodos posteriores de la terapia (Krause, 2007). Sin embargo, ello no significa que durante los diferentes procesos terapéuticos estos indicadores de cambio subjetivo se van a identificar estrictamente en el orden establecido teóricamente, en forma secuencial y lineal,

ni menos que ellos sean buscados intencionalmente por el terapeuta, ya que en la co-construcción de significados se aprecia la recursividad de los procesos cognitivos y lingüísticos (Vilches-Álvarez, 2005).

En síntesis, existe la posibilidad de establecer en forma empírica indicadores de cambio en diferentes modalidades psicoterapéuticas y en distintos momentos de las terapias. Asimismo, es viable determinar el indicador en la verbalización del consultante, la cual es indicativa del contenido del momento de cambio, teniéndose en consideración el contexto de la interacción terapéutica y el proceso de la terapia (Krause *et al.*, 2006; Valdés *et al.*, 2005; Vilches-Álvarez, 2005).

Finalmente, existe el interés de identificar, delimitar y describir aquellos episodios que cumplen con determinados criterios que le dan el carácter de significativos o relevantes para el cambio. Los episodios son el lapso de tiempo, el segmento o la secuencia dentro de una o muchas sesiones terapéuticas en el que se identifican cambios significativos. Existen distintas formas para delimitar los episodios, que pueden durar desde un par de minutos hasta más de una sesión, resultando ser necesario considerar la subjetividad del terapeuta y la del consultante (Valdés *et al.*, 2005).

Los resultados específicos de las investigaciones de proceso dependerán tanto del marco epistemológico del terapeuta que participa en la terapia como del investigador, como a su vez, del foco que determine y utilice el investigador. Es así como algunas investigaciones se focalizarán en el estudio del manejo de las diferentes técnicas terapéuticas; en los cambios de comportamientos, ya sea en conductas explícitas o emociones y sentimientos; en los cambios de relación entre terapeuta y consultantes y en la consiguiente alianza terapéutica o en los cambios de significados cognitivos, afectivos como de acción del consultante.

En esta investigación, la forma de identificar y describir la transformación de significados personales dentro de un proceso psicoterapéutico, además de la aplicación de la lista de los indicadores genéricos de cambio que se mencionaron anteriormente, se complementó con la aplicación del cuestionario OQ-45-2., con la finalidad de evaluar, desde el punto de vista de la percepción del consultante, su bienestar psicológico durante el proceso psicoterapéutico.

CAPÍTULO 3 MARCO EPISTEMOLÓGICO

1.- Antecedentes del posmodernismo y construccionismo social

Los antecedentes históricos indican que previamente a que surgiera la epistemología posmodernista y la perspectiva construccionista social, el periodo dominante en ese entonces se basaba en los principios de la modernidad. En ese periodo, se encontraban dos grandes tradiciones que permiten comprender de mejor manera el posterior desarrollo del posmodernismo: el empirismo, que propone el conocimiento como una copia de la realidad. Y el racionalismo, que plantea que el conocimiento depende de procesamientos internos del organismo que organizan la realidad para hacerla entendible. Ambos planteamientos han generado un debate de larga duración (Gergen, 1985).

Una de las premisas más importantes que caracterizan al periodo de la modernidad es la premisa realista, que plantea que se puede acceder y conocer una realidad que se encuentra afuera del sujeto y que es unívoca. Para lograr el acceso a esta realidad se consideran dos elementos fundamentales: la racionalidad, entendida como una forma que permite tener una lógica para comprender y ordenar el mundo; y el lenguaje, especialmente las palabras, que tendrían la función de ser un vehículo para reflejar la realidad y describirla tal cual es. Esto quiere decir que el lenguaje puede y debe operar de modo tal de suministrar descripciones exactas de lo que sucede. Esta concepción ha sido heredada por la mayoría de las ciencias que se proponen reemplazar las creencias engañosas, falaces o supersticiosas, con descripciones verdaderas y exactas del mundo (Gergen, 1997).

Un aspecto que Gergen (1994) cuestiona al enfoque modernista, es el hecho de centrarse principalmente en los aspectos individuales de las personas no tomando en consideración las variables relacionales, contextuales, históricas y culturales. Una gran cantidad de trabajos realizados desde una perspectiva posmoderna, han contribuido a cambiar la concepción modernista ofreciendo una postura crítica ante estos postulados centrales de la psicología del siglo XX. Por ejemplo, trasladando el foco desde la racionalidad individual hacia las relaciones interpersonales; teniendo una concepción del universo como socialmente construido; entendiendo al lenguaje no como un reflejo de la “realidad” sino como una acción en sí misma; poniendo en tela de juicio la supremacía de

la ciencia para el estudio de los asuntos humanos, y creyendo que la realidad se construye a través de los relatos y de las interpretaciones que realizan las personas.

Los trabajos posmodernistas se centran en las ideas vinculadas al texto y a la narración, poniendo énfasis en la importancia de las perspectivas dialogales y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales y simétricas versus las jerárquicas, y focalizando la atención en el proceso terapéutico más que en plantear objetivos desde la mirada de un observador. Además, se concibe el Yo, el self o sí mismo como una entidad narrativa, y se considera al individuo dentro de un contexto de significado social (McNamee y Gergen, 1992).

Para el estudio del ser humano como un ser social, dentro del posmodernismo, han surgido diversos enfoques que han realizado importantes aportes, tanto en la psicología como en otras disciplinas de las ciencias sociales y humanidades. Las aproximaciones que más sobresalen son la psicología crítica, el análisis del discurso, la deconstrucción y el posestructuralismo, teniendo éstos en común lo que en la actualidad se entiende como “construccionismo social”, que en mayor o menor grado abarca todas estas aproximaciones (Burr, 1995).

Los antecedentes del posmodernismo y del construccionismo social, como un movimiento intelectual, tiene sus orígenes principalmente en el arte, la arquitectura, la literatura y en los estudios intelectuales. Como una aproximación a las ciencias sociales, emergió fundamentalmente a través de escritores norteamericanos, británicos y europeos durante más de treinta años, así como también de disciplinas como la filosofía, la lingüística y la sociología, haciéndola de esta manera multidisciplinaria en su naturaleza (Burr, 1995).

Desde el ámbito de la sociología, un autor que logró influir en el desarrollo de este pensamiento es George Mead, que en el año 1934, sentó las bases del “interaccionismo simbólico”, planteando que las personas construyen su propia identidad y la de cada uno de los otros a través de los encuentros diarios con los demás en la interacción social. En 1972 Berger y Luckmann, plantean que los seres humanos primero crean juntos y luego sostienen todo el fenómeno social a través de las prácticas sociales. Acorde con esta línea de

pensamiento, la etnometodología, perspectiva metodológica de la sociología que estudia las prácticas del sentido común a través de las cuales los miembros de la sociedad coordinan, estructuran y entienden sus actividades diarias. Se pretende comprender los procesos por los cuales la gente construye la vida social y le da sentido para ella y para los demás (Burr, 1995).

En el ámbito de la psicología social, Kenneth Gergen (1973), argumenta que todo el conocimiento, incluyendo el conocimiento psicológico, es histórico y culturalmente específico y sugiere que las investigaciones deben extenderse más allá del individuo, hacia las esferas social, política y económica, con la finalidad de alcanzar una comprensión apropiada de la evolución de la psicología del presente y de la vida social. Además, no tiene sentido buscar descripciones siempre válidas de la gente o de la sociedad, puesto que la vida social tiene como característica central el encontrarse en continuo cambio. Ante este escenario, plantea que todo lo que se puede hacer entonces, es tratar de entender e informar cómo el mundo parece ser en el presente.

2.- Postulados Centrales del Construccinismo Social

El construccionismo social es un movimiento interdisciplinario que tiene como objetivo principal explicar los procesos mediante los cuales las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo en el que viven y acerca de ellos mismos. Invita a que se tenga una mirada crítica y sospechosa acerca de las presunciones de cómo el mundo parece ser. Esto significa que las categorías que utilizan los seres humanos para comprender el mundo, no necesariamente corresponden a categorías reales. Por lo mismo cuestiona la idea de que las observaciones que se tengan se producen de manera natural, desafiando la visión que el conocimiento convencional está basado en una observación objetiva. Esto se encuentra en oposición a lo que se conoce como positivismo y empirismo de la ciencia tradicional, que postula que a través de la observación, las presunciones de la naturaleza del mundo pueden ser reveladas, y lo que existe es lo que las personas perciben que existe. (Boczkowski, 1995; Vilches-Álvarez, 2009).

Si el conocimiento del mundo y las maneras comunes de entenderlo no están derivados de la naturaleza del mundo tal como realmente es, entonces ¿cómo lo conocemos? La respuesta del construccionismo social es que las personas construyen el

conocimiento entre ellas. Lo que se considera conocimiento acerca del mundo no es producto de la inducción o de la construcción y evaluación de hipótesis, sino que es a través de las interacciones cotidianas que se generan entre la gente en el transcurso de la vida social. Lo que se observa como “verdad” es un producto no de la observación objetiva del mundo, sino de los procesos sociales y las interacciones en las cuales las personas se encuentran constantemente comprometidas con otros. Por lo tanto, desde este enfoque, lo que se considera como realidad, será entendida como los significados que las personas le atribuyen a los sucesos y experiencias de sus vidas. Los significados no existen en la cosa misma; más bien, es una atribución socialmente construida que es formada y reformada por el lenguaje (Anderson, 1997; Burr, 1995).

Lo que se intenta lograr es dejar atrás un concepto de conocimiento como objetivo, individualista, ahistórico y acultural con el propósito de lograr entender la investigación científica no como la aplicación impersonal de reglas metodológicas descontextualizadas, sino como el resultado del intercambio activo y comunal entre personas. Estos entendimientos “negociados” pueden tomar una amplia variedad de formas y, por lo tanto, se puede hablar de muchas posibles “construcciones sociales” del mundo. Pero cada construcción distinta también trae consigo e invita una clase de acción diferente desde el ser humano. Todas las maneras de entendimiento son relativas cultural e históricamente, ya que son producto de esa cultura y esa época específica y particular. Por lo mismo, las personas no deberían asumir que sus maneras de entendimiento son necesariamente mejores o más cercanas a la verdad que otras (Burr, 1995; Gergen, 1985).

El construccionismo social involucra el mayor desafío al conocimiento de las personas que interactúan en el mundo, en el sentido de que no ofrece simplemente un nuevo análisis acerca de ciertos temas que puedan ser agregados a un marco de entendimiento. Lo que se propone es que el propio marco tiene que cambiar, y con él, la comprensión acerca de cada aspecto de la vida social y psicológica (Burr, 1995).

En el enfoque construccionista, cuando se hable de Self, Sí mismo o la identidad del sujeto, se entenderá como “persona en relación”, como un self dialógico, múltiple que está involucrado en variadas y significativas relaciones, como las de parentesco, amistades, profesionales, etc. No busca la negación o destrucción de las tradiciones, por el contrario,

es un enfoque que invita a la exploración del self, aunque teniendo claro que no es la única manera ni la esencial. La identidad, se entiende como un proceso de construcción que no puede ser logrado por los individuos en sí mismos, más bien, es algo que se da en las distintas interacciones que el sujeto tiene con otras personas en sus experiencias cotidianas. Las personas se encuentran activa o implícitamente involucradas en ese intercambio estando en el proceso de construcción y reconstrucción de sí mismos constantemente. La identidad, puede argumentarse que fue construida en los diferentes discursos culturales, ya sean referidos a la edad, sexo, género, clase social, estatus económico, educacional, etc. Todos estos componentes son construidos socialmente a través de los discursos o conversaciones que están presentes en la cultura (Anderson, 1997; Anderson, 1999; Burr, 1995; Mc Namee y Gergen, 1992).

Lenguaje, significados, narrativas, discursos

Es precisamente la insistencia sobre la naturaleza del lenguaje como cambiando constantemente y variando en sus significados en las interacciones lingüísticas lo que se considera la clave maestra del construccionismo social. Desde esta perspectiva, el individuo se considera como un fenómeno lingüístico, con una condición de existencia que posee la capacidad de darle un sentido a la vida, interpretándose constantemente tanto a sí mismo como al mundo al que pertenece. El lenguaje tiene un rol sumamente importante en la vida de las personas, a tal punto que se ha postulado que la naturaleza de las personas, los pensamientos, sentimientos y experiencias, son resultado del lenguaje (Burr, 1995; Echeverría, 1994).

El lenguaje, por lo tanto, no es una capacidad individual, sino un rasgo evolutivo, que basándose en condiciones biológicas específicas, surge a partir de la interacción social. No puede haber un “lenguaje privado”. El lenguaje no es ni la consecuencia externa de procesos psicológicos internos, ni la herramienta de expresión e influencia del ambiente sobre el individuo; por el contrario, los individuos al interactuar realizan “juegos de lenguaje”, que es una forma de coordinar sus relaciones en un contexto de significaciones. Esto puede argumentarse en el planteamiento de Wittgenstein (citado en Vilches-Álvarez 2001) cuando explica que si las personas tuvieran un sistema de símbolos exclusivo para sí mismo, éste no

tendría ningún sentido. Más aún, estos juegos lingüísticos tienen una capacidad generativa, ya que en su acontecer se construye socialmente la experiencia del mundo. El lenguaje, por lo tanto, es un instrumento común a un grupo de personas que les permite comunicarse a través de símbolos que no representan la realidad sino que la generan (Boczkowski, 1995; Vilches-Álvarez, 2007).

No se puede tener un conocimiento directo del mundo. Los seres humanos son seres interpretativos de sus experiencias a medida que van viviendo sus vidas. Las palabras aisladas no tienen un significado en sí mismas, adquieren su significado a través de los sentidos con que se usan en el intercambio conversacional (Gergen, 1994). Los significados derivados de su interpretación no son neutrales en cuanto a su efecto en la vida, tienen efectos reales en lo que se hace y en los pasos que se dan. Para entender la experiencia debe relatarse, y es el relato lo que determina la forma de expresión de esa experiencia (White, 2002).

El lenguaje “construye” la realidad e irá variando según los contextos en los cuales este lenguaje es utilizado, y será significativo según quién lo use, con quién y en qué situación. Anderson y Goolishian (1995), plantearon que los sistemas humanos son generadores de lenguaje y, simultáneamente, sistemas generadores de significados. Esta capacidad de significar también nace de la relación, y es en esa relación donde se incluyen las experiencias personales, los sentimientos, las emociones. El significado del lenguaje y la transformación de éste, por tanto, también es producto de su uso social en un contexto determinado (Vilches-Álvarez, 2007).

Sin embargo, cabe agregar que el lenguaje tiene un formato preconcebido para pensar, que ya existe en la cultura y en la historia, que es transmitido por las personas en el contexto interaccional que se encuentran y limita lo que éstas puedan y deban hacer con su uso. Es a través del lenguaje que se transmite el conocimiento y se logra la comprensión con otros. Desde esta perspectiva, la conversación es parte de la lucha hermenéutica para alcanzar comprensión y entendimiento entre quienes se encuentran en contacto (Anderson y Goolishian, 1995; Fried-Schnitman y Fuks, 1992; Vilches-Álvarez, 2007).

En otros términos, el lenguaje es la transformación de la experiencia y al mismo tiempo transforma lo que las personas pueden experimentar. Es por esto que el lenguaje es considerado como acción (Anderson, 1999). El lenguaje construido y estructurado en un relato es lo que se denomina la narrativa, la cual le entrega un sello a un individuo (Anderson y Goolishian, 1995; Vilches-Álvarez, 2007). El desarrollo de una narración, de un relato, es algo que las personas realizan en conjunto mediante un proceso donde definen quiénes son, en interacción con los significados que otros perciben acerca de ellos, es decir, se trata de un proceso recursivo a través del diálogo. Las personas moldean el mundo en el que viven y, por ende, crean su propia “realidad”. Las personas se “revelan” en cada momento de la interacción por medio de las continuas narraciones que se intercambian con los otros (McNamee y Gergen, 1992).

En resumen, las construcciones sociales son construcciones lingüísticas que en las diferentes acciones comunicacionales van adquiriendo significados. Estos significados se transmiten a través de las narraciones o historias que las personas cuentan de sí mismas, de los otros y con otros. Las historias son formas de ordenar la realidad y se ordenan en secuencias los diferentes eventos de acuerdo a cada persona.

Tomando integradamente los aspectos que se han descrito en el párrafo anterior, se puede pasar a comprender cómo es que se llega a conformar un discurso. De acuerdo a Burr (1995), un discurso se refiere a un set de significados, metáforas, representaciones, imágenes, historias, declaraciones, etc., que en conjunto producen una versión particular de los eventos. Múltiples versiones alternativas de los eventos son potencialmente disponibles en el lenguaje, esto quiere decir que existe una gran variedad de discursos, donde cada uno tiene una propia y diferente historia que contar acerca del objeto en cuestión, en otras palabras, tiene una manera diferente de representárselo en el mundo. Esto conlleva a que numerosos discursos puedan rodear a un mismo objeto y cada uno pueda representarse o construirse de diferentes maneras.

A pesar de esto, hay que tener muy presente que las posibilidades y restricciones políticas, económicas, sociales y culturales fijan los límites de las narraciones a través de los discursos transmitidos en situaciones de poder comunicacional, que son los discursos

sociales dominantes. Por lo tanto, las posibilidades de elección no son ilimitadas, sino que se dan dentro de determinados contextos lingüísticos comunales.

Si se toman en cuenta los argumentos que se han presentado hasta el momento, en relación a la construcción de la realidad, el lenguaje, los significados, las narrativas y los discursos, es posible entonces establecer una relación entre las narrativas que tienen las personas acerca de su vida y lo que se entiende en este modelo por identidad.

La identidad, se entiende como un proceso de construcción que no puede ser logrado por los individuos en sí mismos, más bien, es algo que se da en las distintas interacciones que el sujeto tiene con otras personas en sus experiencias cotidianas, siendo un proceso de construcción y reconstrucción de sí mismo en forma constante (Burr, 1995).

Hasta el momento se puede sintetizar lo que se ha descrito acerca de la aproximación del construccionismo social que postula principalmente que la realidad es múltiple según múltiples son las visiones que se tienen y con que se percibe el mundo y las personas se relacionan. La realidad que se puede observar es relacional entre los diferentes participantes de una interacción comunicacional, de un diálogo ya sea verbal y/o gestual. El concepto de persona sólo tiene sentido como un ser relacional. Esa realidad construida dependerá en su forma y contenido de las personas que las mantienen. Son esas diversas interacciones personales las que se observan y escuchan pero en las cuales las personas se encuentran insertas (Vilches-Álvarez, 2007).

Finalmente, el construccionismo invita a adoptar una actitud de curiosidad infinita, a mantenerse constantemente abiertos a lo que cada tradición adopta de riqueza y combinaciones impensadas. Si se admite que las realidades de hoy dependen de los acuerdos que se alcanzan hoy, se abren enormes posibilidades. No se está destinado a repetir el pasado; la innovación a través de la colaboración abre perspectivas nuevas. Además, invita a la flexibilidad, es decir, a abandonar la búsqueda de fundamentos, ese punto de vista único y singular que predomina sobre los demás. El intento construccionista no representa un abandono de los valores tradicionales, más bien, amplía el rango de los valores considerados, puesto que cualquier resultado puede ser visto como positivo; y moviliza diálogos donde se discuten los valores o los resultados (Gergen, 1982). Lynn

Hoffman (1999), propone que las teorías representan lentes que obligan a entender que lo “inmutable” y “eterno” puede verse de otra manera.

3.- Construccionismo social y su aplicación clínica: Terapia dialógica.

La perspectiva terapéutica ha ido cambiando con el transcurso del tiempo gracias a los aportes que se han generado principalmente desde los planteamientos posmodernistas que han pretendido que se pase desde un análisis centrado en el individuo hacia un análisis que considere como fundamental el espacio relacional, tomando en cuenta también el espacio relacional construido en la terapia entre los consultantes y el terapeuta. Es por esto que los terapeutas posmodernistas se interesan en cómo se crean y mantienen determinadas formas de relacionarse lingüísticamente entre sí, y sólo después, a partir de esas formas, pueden entender sus circunstancias y sus significados. Es justamente a partir de este tipo de planteamientos que la psicoterapia se fundamenta y se entienda como un proceso de comunicación en el que ambas partes, terapeuta y consultante, construyen roles recíprocos y construyen juntos un contexto interpersonal que se da dentro de un ámbito consensual. El saber, se convierte en un acto para el cual el significado surge a través de la coordinación de las creencias del consultante y del terapeuta, y no desde una posición de experto como sucede en las terapias tradicionales (McNamee y Gergen, 1992; Vilches-Álvarez, 2007).

Al iniciar un proceso psicoterapéutico, ante el terapeuta habitualmente surge una pregunta central que será respondida de diferentes maneras de acuerdo al enfoque teórico que se encuentre a la base ¿Cómo llega un consultante a terapia? ¿Cómo toma la decisión de consultar a otro que está fuera de su contexto interaccional habitual? Desde la psicoterapia construccionista social, la respuesta tiene que ver con que las personas llegan a terapia dando varias razones, pero lo que usualmente ocurre, es que han sido partícipes de un quiebre conversacional y han percibido una pérdida de su sentido de autonomía y de sus competencias, ya sea como individuo, como miembro de una familia, integrante de una pareja o de un equipo de trabajo, o de cualquier otro ámbito donde interactúan socialmente en un contexto en el cual se sienten pertenecientes. Además, los significados integrados en su narrativa dominante, la historia que cuentan y se cuentan, les limita la libertad para lograr agenciarse de su propia vida; transmiten haber perdido o cambiado el propio sentido

de la vida personal y no le encuentran una explicación que le satisfaga (Vilches-Álvarez, 2007).

El terapeuta inmerso en ese nuevo espacio terapéutico, acoge e invita a participar al consultante quién formará parte de una red de significados que se va transmitiendo y co-creando en el lenguaje. Cada palabra empleada no tiene una esencia en sí misma, sino que tiene un significado dependiendo del contexto en que se usa la frase, incluyendo todos los elementos que la acompañan como la prosodia, la cualidad de la voz, la postura corporal, la mirada, el movimiento de las manos, etc. (Vilches-Álvarez, 2007).

El construccionismo social, considera a la psicoterapia como un suceso lingüístico, que tiene lugar en una conversación terapéutica. Este tipo de conversación se entiende como una mutua búsqueda y exploración que se logra por medio del diálogo. Existe un intercambio bidireccional, un entrecruzamiento de ideas en las cuales continuamente evolucionan nuevos significados que posteriormente facilitarán la disolución de los dilemas (Anderson y Goolishian, 1995; Fried-Schnitman y Fuks, 1992).

Este enfoque permite que a través del diálogo las personas vayan narrando sus historias con las diferentes experiencias en el transcurso de sus vidas, las maneras de relacionarse e interactuar. La labor del terapeuta es estar atento a escuchar y a preguntar, más que a interpretar o dar instrucciones, lo que permite a los clientes ampliar sus miradas no sólo ante la sintomatología que presentan, sino que también en cuanto a sus comportamientos, actitudes, creencias y significados, y en cómo ello ha repercutido en la visión de esa sintomatología (Vilches-Álvarez y Germain, 2002).

La psicoterapia basada en el construccionismo social, además se interesa en los procesos psicológicos, es decir, cómo es que se generan los fenómenos interaccionales entre las personas que se relacionan, cómo se comunican, cómo hablan entre ellas, cómo se describen, quién habla con quien, quién no participa en el diálogo y muchas veces se mantiene observando las interacciones en silencio, cómo se miran, cómo se sientan, cómo cambian de postura o aun se ponen de pie. No se está atento a evaluar, ni diagnosticar la naturaleza psicológica del comportamiento ni las estructuras de personalidad, familiar etc. (Vilches-Álvarez, 2007).

La propuesta básica es que el terapeuta co-construye las significaciones junto con los consultantes involucrándose en el diálogo. En la medida en que se participa en el diálogo, es inevitable el que se pase a formar parte de la generación de significados. El terapeuta lo hace desde su historia, sus pensamientos, creencias y sus emociones, transmitiéndolas no en un monólogo aseverativo e instructivo. Este tipo de conversación es diferente de una conversación retórica donde lo que se hace o lo que se intenta hacer es cambiar el significado de lo que el otro dice para los propósitos que uno tiene. También es diferente de una conversación pedagógica, que tiene como propósito instruir y conducir a alguien hacia una verdad que se conoce de antemano (Anderson y Goolishian, 1995; Fried-Schnitman y Fuks, 1992). En tanto, no existe una narrativa que deba emerger, se co-construye una nueva narrativa en la coparticipación en el diálogo, con la intención compartida y concertada por involucrarse en un proceso de mutua comprensión y generación de nuevas significaciones.

Lo anterior implica que el terapeuta asuma una posición de no-saber. Es una posición de respeto y de curiosidad, de interés por indagar mediante la reflexión compartida de lo que le sucede a quien consulta. Tiene conocimientos amplios de la teoría pero no de la particularidad y especificidad del sujeto que tiene enfrente. Las preguntas no provienen de un método que demanda respuestas específicas (Anderson y Goolishian, 1995). Son preguntas reflexivas o conversacionales que dan espacio para que el consultante narre su historia sin ser desafiado por las nociones preconcebidas del terapeuta. La pregunta terapéutica es el instrumento primario que facilita el desarrollo del espacio conversacional y el proceso de diálogo que permite que el consultante narre su experiencia.

El terapeuta se suma a este despliegue natural de la narrativa del consultante con un esfuerzo sincero y de curiosidad ilimitada por conocer y comprender los significados del consultante. En este contexto terapéutico, el propósito de conocer es la creación de un proceso de diálogo conversacional en el cual se desarrolla mutuamente un nuevo significado y una nueva comprensión, siempre dentro de las reglas de significado negociadas para el caso. Tal como señala Anderson (1997), el declararse dentro de una postura desde el no saber, no significa que no se busque experticia tanto en conocimiento como en destrezas terapéuticas. El ir preguntando por parte del terapeuta y el preguntarse a

sí mismo del consultante una y otra vez sobre un hecho, sobre una relación, le permite la de-construcción del texto de su historia tal como se la ha contado hasta ahora, validando lo que considera importante, "invitando a poner los pensamientos en palabras". Sin embargo, serán aquellos trozos no relatados los que podrán ser recordados en esta nueva situación (Vilches-Álvarez y Germain, 2002).

Diálogo, en este enfoque, significa hablar "con" en vez de hablar "a". Se refiere a un entrecruzamiento de ideas en la cual ninguna idea es más importante que otra. Es un proceso generador de significados en el que el cliente y terapeuta están creando significados entre sí mientras buscan una comprensión nueva acerca del problema. El rol del terapeuta es generar las condiciones para que semejante proceso pueda tener lugar; esto implica que el terapeuta durante el proceso dialógico va a cambiar en esta conversación con el consultante (Anderson y Goolishian, 1995; Fried-Schnitman y Fuks, 1992).

En terapia, entonces, no se sabe cómo los consultantes han construido sus historias, con qué experiencias, con qué emociones, con qué significados, con qué atribuciones, con qué exclusiones, y es por ello que el terapeuta se declara como no expertos en sus vidas. Pero también se declara no experto en el sentido de que no se puede estar en la posición de elegir por los consultantes "desde afuera", porque un consejo, una interpretación o una instrucción podría "no calzar" con la historia que traen que da coherencia a sus vidas, o ser demasiado ajeno a la visión de su mundo. Para dar ese sentido a la vida, la persona realiza un esfuerzo organizando los diferentes acontecimientos en secuencias temporales lo que le permite tener un relato coherente para sí misma en el transcurso del tiempo. En este relato integrará experiencias del pasado, del presente y las expectativas de futuro, y el interjuego temporal de evocación de experiencias determinarán la interpretación de los hechos actuales (Vilches-Álvarez, 2001; 2007).

Un terapeuta construccionista, a través del diálogo y la reflexión, mediante el uso preferentemente de preguntas en la conversación, intenta co-construir junto con el consultante nuevas alternativas de significación a lo que le acontece en su contexto relacional, lo que incide en una transformación de su experiencia vital y de su narrativa. El énfasis no está puesto en producir un cambio, sino en abrir un espacio para la conversación (Anderson y Goolishian, 1995).

Desde esta perspectiva, consultante y terapeuta se embarcan en una exploración mutua donde no se sabe cuándo surgirá una nueva narración. Las sesiones no están predeterminadas ni se procede en ellas según un plan u objetivos específicos o siguiendo un curso de acción en pos de un objetivo establecido de antemano, no hay, por tanto, un determinado desenlace. Tampoco se limita a utilizar técnicas específicas, por el contrario, el terapeuta construccionista tiene a su disposición todo el bagaje de formas de intervención existentes, sumadas todas aquellas que en la conversación pueden emerger como posibles.

La psicoterapia se desarrolla desde dentro de la conversación local, es creada mutuamente y está diseñada a la medida de la persona o personas involucradas. Cómo ocurre la transformación y a qué se parece variará de consultante a consultante, de terapeuta a terapeuta, de situación a situación. Dicho simplemente, no hay manera de saber la dirección en la cual el relato se desplegará o el resultado cuando se involucren en una conversación dialógica y en una relación colaborativa (Anderson, 2007).

Aquí los terapeutas se enfrentan con lo que parece ser para un profesional lo más temido: la incertidumbre. Al no tener un marco teórico de interpretaciones, el terapeuta debe fluir junto con el otro; no tiene respuestas a los emplazamientos de soluciones: cree en las múltiples posibilidades de resolver o disolver lo que a las personas les complica (Vilches-Álvarez y Germain, 2002).

Otro aspecto importante a considerar, es que habitualmente los terapeutas son formados y aprenden a operar con pensamientos, juicios e hipótesis privadas e invisibles acerca del consultante. Estas hipótesis elaboradas y sustentadas en sus propios marcos teóricos influyen en la manera en que ellos escuchan y guían sus preguntas. Desde la postura construccionista, dialógica y colaborativa, el terapeuta hace visible sus pensamientos invisibles para el consultante, compartiendo sus ideas y opiniones en un diálogo reflexivo (Anderson, 2007).

Como se puede apreciar, el quehacer terapéutico de inmediato cambia de dirección según la perspectiva tanto teórica como práctica. Los problemas, o mejor dicho, los dilemas que se trabajan en sesión, serían y son los dilemas de la vida cotidiana de cualquier ser humano que en un momento determinado queda entrampado en ciertas pautas relacionales

que afectan su sentir, su pensar y actuar, ya sea dentro del llamado dominio personal, grupal y social en general (Vilches-Álvarez, 2009).

Dentro del proceso psicoterapéutico existe un aspecto sumamente importante que tiene que ver con lo que se va a entender por cambio. La psicoterapia dialógica y colaborativa es un proceso que consiste en desplazar el discurso “problemático” del consultante hacia otro discurso más fluido y en hacer posible una gama más amplia de interacciones. En todo este juego de lenguaje la persona irá descubriendo los diferentes significados atribuidos en su discurso, y puede ir descubriendo significados alternativos que lo lleva a un relato diferente distante del problema y a encontrar nuevas alternativas de vida. El cambiar el discurso y con ello el cambiar su lenguaje, cambian los significados, lo que hace el cambio terapéutico (McNamee y Gergen, 1992) o transformación de los significados. El poder de transformación de la narrativa reside en su capacidad de re-relatar los hechos de la vida en el contexto de un significado nuevo y diferente. Las personas viven en y a través de identidades narrativas que desarrollan unos con otros al conversar (Anderson y Goolishian, 1995).

Es en ese proceso de de-construir y co-construir lo que permite analizar lentamente y en pequeñas fracciones la narración de su historia, que los llevará incluso a revisar no sólo lo que constituye su dilema, sino las diversas soluciones intentadas que muchas veces han constituido el propio problema. Es decir, el consultante narra y se escucha contar una nueva historia que incluye nuevos significados, no sólo en cuanto a pensamientos, sino también a cambios emocionales y de acción, lo que permitirá probablemente transformar sus relaciones y sus aconteceres generando en su vida la esperanza de que habrán muchas maneras posibles de ser y actuar (Vilches-Álvarez, 2007).

Lo que se ha mencionado hasta ahora tiene diversas implicancias. Cambia no sólo la forma de observar, comprender, explicar e interpretar las problemáticas de los consultantes, también nuevas teorías que permiten intentar comprender a los consultantes, sus experiencias y vivencias tal como ellos las transmiten. Especialmente cambia la mirada o el foco de atención desde los déficits de ellos hacia sus recursos. El consultante y el terapeuta son actores en ese escenario relacional siendo ambos activos y participativos en la terapia, constituyendo un sistema terapéutico dialógico y colaborativo. Esta relación que se crea

entre el terapeuta y el consultante es entonces un aprendizaje mutuo; preguntas, opiniones, explicaciones y sugerencias se mezclan en un intercambio en el que hay respeto y colaboración. Mientras uno pregunta el otro puede entregar datos, información, como también puede preguntar al terapeuta. La distinción de quién dirige la conversación no es necesaria. La relación terapéutica ya no es asimétrica ni de poder, sino que es una relación igualitaria en la conversación (Vilches-Álvarez, 2007).

CAPÍTULO 4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PREGUNTAS DIRECTRICES

1.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.- OBJETIVO GENERAL:

- Describir y analizar el proceso psicoterapéutico en una consultante con sintomatología depresiva, aplicando la terapia dialógica basada en los fundamentos epistemológicos del construccionismo social.

1.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la evolución del proceso psicoterapéutico a través de la narrativa de una consultante con sintomatología depresiva.
- Identificar los momentos relevantes de cambio a través de los indicadores genéricos de cambio.
- Describir los cambios de significado que se co-construyeron durante el proceso psicoterapéutico en relación a sí misma, al ámbito familiar y laboral.
- Describir la autoevaluación respecto a su sintomatología, relaciones interpersonales y rol social de la consultante al inicio y al final del proceso psicoterapéutico, a través de la aplicación del cuestionario OQ-45-2.

2.- PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿El diálogo terapéutico podrá generar un cambio de significado en la atribución de su diagnóstico de depresión como causal de sus problemáticas vitales?
- ¿Disminuirá la sintomatología depresiva en una consultante mediante el proceso reflexivo durante la terapia?

- ¿A través del uso del lenguaje durante el proceso psicoterapéutico se podrá modificar en la consultante la percepción de sí misma y sus relaciones interpersonales?
- ¿La co-construcción de nuevos significados repercutirá en un cambio en la acción de la consultante?
- ¿Podrá un investigador nóvel aplicar la teoría de los indicadores genéricos de cambio que le permita evaluar su accionar terapéutico?
- ¿El realizar una investigación de proceso psicoterapéutico le permitirá modificar el estilo personal al terapeuta?

CAPÍTULO 5 MARCO METODOLÓGICO

1.- Enfoque metodológico

Siguiendo la lógica de la aproximación teórica del construccionismo social así como los objetivos y las preguntas directrices, para la presente investigación se utilizó una metodología cualitativa.

La investigación cualitativa se basa principalmente en el estudio en profundidad de la experiencia humana, centrandó su interés en las narrativas, las descripciones, las interpretaciones, el contexto y los significados (Kazdin, 2001).

La complejidad de un estudio cualitativo hace difícil predecir con gran precisión lo que va a suceder, por ello la característica fundamental del diseño cualitativo es su flexibilidad. Es preciso planificar, pero sin perder de vista las características esenciales acerca de lo que se está estudiando (Erlandson, Harris, Skipper y Allen, 1993).

La metodología cualitativa es a menudo llamada “holística”, debido a que tiende a considerar el “todo” sin reducirlo al estudio de sus partes, lo que permite abordar a la persona o la situación considerando las influencias de los elementos contextuales que rodean al sujeto en el estudio del fenómeno. Se trata, por tanto, de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas (Taylor y Bogdan, 1998).

Esta metodología permite al investigador aportar sus propias creencias, perspectivas y disposiciones en la comprensión y explicación del fenómeno en estudio.

Se justifica el uso de metodología cualitativa, puesto que se pretende aumentar el conocimiento sobre aspectos favorecedores de cambio y que son aún desconocidos (Maione y Chenail, 1999). Otra justificación es que las preguntas que orientan esta investigación son del tipo "cómo se produce el cambio" durante un proceso terapéutico (Krause, 1995).

2.- Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo, lo que lo caracteriza es describir principalmente situaciones, personas, interacciones y comportamientos. También alude a los relatos que tienen los participantes de sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y

reflexiones tal y como son expresados por ellos mismos, ya sea directamente mediante las propias palabras de las personas o a través de la conducta observable (Taylor y Bogdan, 1998). Además, el estudio es inductivo, lo que significa que se desarrolla la comprensión de los fenómenos partiendo de la información recopilada. Finalmente, el tipo de estudio es longitudinal, puesto que permite investigar la evolución y desarrollo de un fenómeno a lo largo del tiempo, en este caso, el proceso psicoterapéutico a través de las sesiones que se realizaron dentro del periodo de siete meses aproximadamente.

3.- Tipo de Diseño: Estudio de Caso

Para la presente investigación, se utilizó el diseño de estudio de caso, el cual puede entenderse como una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad; que es visto y analizado como una entidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2004). El estudio de caso ha adquirido una mayor importancia en los últimos años ya que como señala Pardinas: “...*estos datos otorgan al investigador una mayor variedad, riqueza y profundidad en el conocimiento de la persona o de las comunidades*” (1989, p.56).

Hopkins (1985), define el estudio de caso como: “...*una recogida formal de datos presentada como una opinión interpretativa de un caso único, e incluye el análisis de los datos recogidos durante el trabajo de campo y redactados en la culminación de un ciclo de acción, o la participación en la investigación*” (citado en McKernan, 1997, p. 96).

Se considera que el propósito de un estudio de caso es poder penetrar profundamente en el fenómeno en estudio y llevar esa comprensión a otros. La investigación cualitativa puede contribuir de manera importante a este respecto, ya que contiene procedimientos metodológicos flexibles que permiten considerar el caso aislado reconstruyendo el proceso terapéutico en detalle, abordando la complejidad y las condiciones contextuales de éste, e indagando en la vivencia del consultante desde su perspectiva subjetiva, incluyendo su propia valoración (Krause, 1995).

Dentro de las características más relevantes del diseño de estudio de caso, se destacan, según McKernan (1997), que es fenomenológico, ya que permite indagar el fenómeno tal y como es representado por el sujeto y el investigador; es ecléctico, en el

sentido de utilizar diversos métodos de recolección de información, enfatizando más en la comprensión que en la medición o predicción; permite dar una explicación para el fenómeno en estudio utilizando como unidad de análisis la narrativa de un individuo.

Dentro de las ventajas más importantes en este tipo de estudio, se destaca su valor heurístico en el origen y desarrollo de nuevos enfoques y perspectivas teóricas.

4.- Universo

El universo de la muestra está constituido por todos los consultantes adultos con sintomatología depresiva, atendidos terapéuticamente, en el Centro Integral de Psicoterapia y Estudios Psicosociales, CIPSEP.

5.- Muestra

La muestra es teórica e intencional. Se seleccionó el caso según criterios previamente establecidos: solicitar atención terapéutica por su sintomatología depresiva; presentar Trastorno Depresivo (de acuerdo a los Criterios Diagnósticos del Manual DSM IV); y estar de acuerdo en colaborar voluntariamente con la investigación, firmando su consentimiento por escrito (ver anexo 1).

6.- Unidad de análisis

En este estudio, la unidad de análisis fue la narrativa de una consultante durante las dieciocho sesiones que constituyó el proceso psicoterapéutico.

7.- Procedimiento de recolección y registro de la información

Para poder llevar a cabo los objetivos de este estudio, la recolección de la información se obtuvo a través del registro de las sesiones que se realizaron durante el proceso psicoterapéutico del caso seleccionado. Se registró sesión a sesión, abordando las diferentes temáticas que presentaba la consultante y que mediante la reflexión conjunta se fueron analizando y co-construyendo durante la terapia, destacándose la percepción de sí misma, la relación con su marido, relación con sus hijos y el ámbito laboral, las cuales se enlazaban a partir de la temática central o motivo de consulta que era la sintomatología depresiva. Sin embargo, siempre se consideró la posibilidad que la consultante narrara y

reflexionara sobre otros temas que no necesariamente se referían a las temáticas consideradas como principales y relacionadas con su motivo de consulta.

Las sesiones se grabaron en formato audio y posteriormente se transcribieron textualmente, etiquetándose en forma secuencial con las fechas correspondientes. Luego fueron analizadas por dos investigadores (uno de ellos el autor de esta tesis) con la finalidad de cotejar criterios intersubjetivos respecto al material obtenido e identificar los indicadores genéricos de cambio (ver anexo 7) y sus respectivos momentos relevantes y episodios.

Para identificar los indicadores genéricos de cambio se requirió el cumplimiento de los requisitos establecidos en investigaciones previas (Vilches-Álvarez, 2005): a) Coincidencia con los contenidos de los indicadores correspondientes a la teoría del cambio subjetivo, es decir, correspondencia teórica; b) Que el cambio fuese observado durante la sesión, verificabilidad; c) Que su contenido apareciera por primera vez, definido como novedad; d) Que fuese confirmado por conductas coherentes al indicador de cambio señalado o consistencia; y, e) Constancia, que el cambio permaneciera en el tiempo, es decir, no fuese contradicho en momentos posteriores, ya sea dentro de la misma sesión o en sesiones posteriores.

Además, se estableció un criterio de rigor metodológico de importancia al lograr un intersubjetivo entre el investigador y el tutor de tesis respecto a la identificación de los indicadores genéricos de cambio y sus respectivos episodios relevantes de cambio.

Luego se revisaron los relatos que hiciera la consultante de sus experiencias de vida en las interacciones cotidianas en los diferentes contextos en los cuales ella participaba y que tuviese correspondencia temática con lo que se estaba trabajando en su proceso terapéutico. Estos se agruparon en relación a la percepción de sí misma, la relación de pareja con su esposo y las relaciones con sus hijos.

Finalmente, para complementar el análisis de la información obtenida en la narrativa de la consultante, se programó previamente a este proceso terapéutico y aun a la investigación realizada, la aplicación del cuestionario OQ-45.2 antes de cada sesión, con la finalidad de evaluar la autopercepción de la consultante durante el proceso psicoterapéutico (ver anexo 8). Esta evaluación se focaliza en tres aspectos: sintomatología, relaciones

interpersonales y rol social. Cabe tener en consideración que a pesar de ser el OQ-45.2 un instrumento de preguntas preestablecidas y respondidas en una modalidad de autoregistro, cuyos resultados dan un puntaje, el análisis siguió siendo cualitativo.

8.- Procedimiento de análisis de la información

Las sesiones fueron analizadas con dos finalidades. Una de ellas fue la identificación de episodios de cambio intra y extra sesión a través de los indicadores genéricos de cambio. Luego, se revisó el contenido que narrara la consultante durante el episodio de cambio intrasesión y que se relacionara con las temáticas que se construyeron durante la terapia.

Por último, se evaluó el resultado del proceso psicoterapéutico en cuanto a su efectividad a través de los datos obtenidos por el OQ-45.2.

Estos análisis se expondrán como resultados en la presentación clínica del caso estudiado.

CAPÍTULO 6 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

PSICOTERAPEUTA: Ps. Jorge Rosende

SUPERVISORA: Mg. Ps. Oriana Vilches Álvarez

Identificación:

Nombre Consultante: Sarah

Edad: 62 años Estado civil: Casada

Nivel educacional: Universitario Ocupación: Profesora de Educación Básica

Nº sesiones programadas: 20 Nº sesiones asistidas: 18 Asistencia: 89%

Etapas del proceso: Finalizado

Fecha ingreso: 23/05/2011 Fecha informe final: 11/01/2012

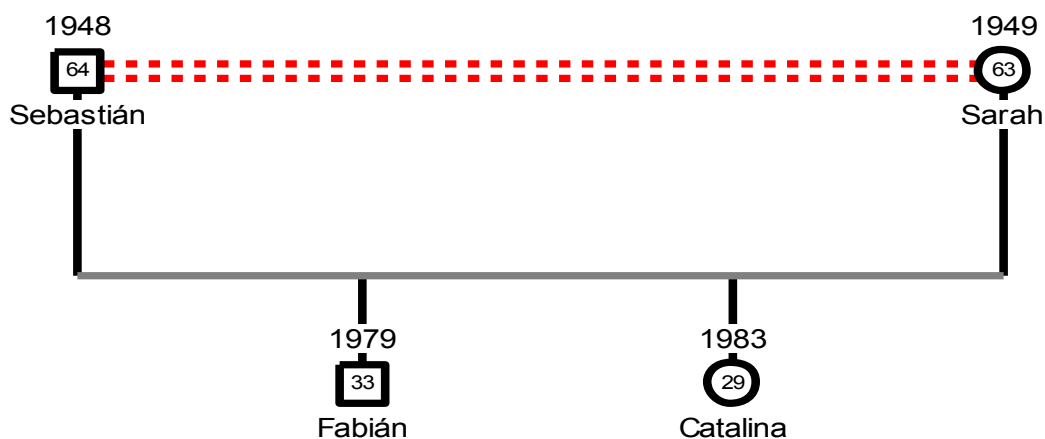
- **Datos OQ 45-2.** Puntaje ingreso: 91 Puntaje final: 54
- SD: 62 RI: 14 RS 15 SD: 33 RI: 10 RS 11

ANTECEDENTES

Motivo de referencia: Sarah, es referida por la pareja de su hijo, “con la finalidad de que pueda realizar una psicoterapia ya que se encuentra en estado depresivo”.

Motivo de consulta: Sarah refiere: *“la depresión que tengo doctor...he estado llorando mucho, cansada, triste, tengo pocas ganas de hacer las cosas”*.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y GENOGRAMA:



Sarah, 63 años, profesora básica, se jubilaría en el 2013. Casada hace 34 años con Sebastián, 64 años, jubilado hace 5 años. Viven con sus dos hijos: Fabián, 33 años, congeló su carrera universitaria de contabilidad el año 2004. Trabaja como promotor en telefonía y Catalina de 29 años, trabaja como diseñadora.

Sarah y Sebastián se conocen cuatro meses antes de casarse. La relación entre ellos se caracterizaba por una serie de dificultades. Ella narra: *“Es que sabe, estoy chata de este matrimonio, harta de esta porquería de matrimonio que tengo...siento que a mi marido la casa le importa un rábano...que yo le importo un rábano...el problema es mi matrimonio... la relación es pésima”*. Sarah plantea que el matrimonio con su marido no ha sido como ella esperaba, sintiéndose abusada, poco validada y con diferentes situaciones que la hacen sentirse decepcionada de él y de su matrimonio. Hoy en día, la separación es una posibilidad que se encuentra a punto de concretar, como una decisión que le permita lograr una mayor tranquilidad para los integrantes de la familia, pero sin dejar de considerar las dificultades y consecuencias que esto trae por cierto.

La relación de Sarah con sus hijos la describe como buena, salvo en ciertas circunstancias donde no se siente apoyada por ellos como lo desearía, sobre todo en labores domésticas: *“...no le encuentro sentido a trabajar y trabajar como burro para que al final me vean de nana...que no valoren...yo no quiero eso...pero quiero que vean que también me canso, que también conozco el cansancio” (...)* *“que las cosas cambien, que no me vean como la nana de la casa, que soy la mamá de la casa”*.

ANTECEDENTES RELEVANTES AL DILEMA PLANTEADO

Sarah plantea como motivo de consulta y antecedente: “...*la depresión que tengo...he estado llorando mucho...cansada...triste...tengo pocas ganas de hacer las cosas...hace como dos años...pero estas dos últimas semanas es donde me he sentido más mal...se ha intensificado esto*”. Además señala: “...*es que yo ya había tenido tratamiento, o sea...había tenido episodios depresivos*” (...) “*No quiero vivir, no quiero la vida...yo me decepcioné de la vida...es que son muchas cosas*”. Desde la primera sesión, Sarah expresa verbalmente emociones de tristeza, desánimo, pena, impotencia, rabia y culpabilidad.

El matrimonio vivido con su marido no ha sido como ella esperaba: “...*mi marido siempre fue dominante...él fue criado como hijo único entre 6 hermanos...y yo cometí la torpeza de ser con él igual que su mamá...él no comía la comida si yo no se la servía...él me llamaba para pasarle el salero, entonces la comodidad de él era tan grande que al lado de la cama yo le dejaba los soquetes planchados, con el pañuelo, el pantalón, la camisa y todo...y preguntaba: ¿y a qué hora está lista la comida? Y llegó un momento que me cansé, cuando vi que se transformaba en abuso...y yo creo que son rencores que he estado guardando en mi vida*”.

Sarah plantea que la sintomatología depresiva la relaciona con el hecho que en ese tiempo se entera que su hija es lesbiana y que tiene una pareja, quién tiene un hijo de cuatro años de una relación anterior.

Otro antecedente que evoca al conversar acerca de eventos que pueden haberle afectado emocionalmente, señala que en el año 2003 fue operada de la columna y de vesícula, dejándole algunas limitaciones como no hacer fuerzas, no poder realizar las actividades cotidianas como lo hacía anteriormente, entre otras cosas.

Sarah presenta principalmente emociones de rabia, pena, impotencia y culpabilidad.

PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

El proceso psicoterapéutico a analizar se realizó durante siete meses y fue constituido por dieciocho sesiones y estaba adscrito a una perspectiva construccionista y definido como terapia dialógica. Será descrito dando respuesta a los objetivos planteados en esta investigación en forma integrada: a) Identificar los momentos relevantes de cambio a través de los indicadores genéricos de cambio; b) Evolución del proceso psicoterapéutico a través de la narrativa de una consultante con sintomatología depresiva; c) Describir los cambios de significado que se co-construyeron durante el proceso psicoterapéutico, en relación a sí misma, al ámbito familiar y laboral; y, d) Describir la autoevaluación respecto a su sintomatología, relaciones interpersonales y rol social, según los resultados en el cuestionario OQ-45-2.

Se iniciará el análisis con la identificación de los indicadores genéricos de cambio que permitirá dar respuestas al mismo tiempo al objetivo de describir la evolución y la transformación de significados que se co-construyeron durante el proceso psicoterapéutico.

Indicadores Genéricos de Cambio

Los resultados confirman la posibilidad de establecer la evolución de un proceso psicoterapéutico, a través de un análisis de las verbalizaciones del consultante durante el diálogo colaborativo y generativo entre terapeuta y consultante, en forma similar a lo realizado con otros modelos terapéuticos, identificando los indicadores genéricos de cambio en la verbalización de la consultante.

Se identificaron durante la sesión y referida al momento mismo en que se realiza ésta, los indicadores de cambio intrasesión y aquellos contenidos que relata y relaciona con momentos fuera de la sesión, los que se llamaron extrasesión. Las verbalizaciones de la consultante son referidas al cambio de significados de las diferentes explicaciones, emociones y acciones con que la consultante asocia a la imagen de sí misma y a su relación con otros y su contexto.

CUADRO N° 1

Identificación de los indicadores genéricos de cambio intra y extrasesión durante el proceso

INDICADORES INTRASESIÓN	INDICADORES EXTRASESIÓN
<p>CUESTIONAMIENTO DE FORMAS HABITUALES DE ENTENDIMIENTO (S1, Ep1, IGC5, 191-220)</p> <p>220. C: “yo creo que eso es lo que está aflorando ahora (llora) yo creo que ahora lo estoy haciendo sufrir como él me hizo sufrir a mí”.</p>	
<p>RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA PARTICIPACIÓN EN LOS PROBLEMAS (S2, Ep2, IGC7, 105-128)</p> <p>128. C: “Me doy cuenta que al parecer tengo que cambiar yo algunas cosas...porque yo también puedo cometer errores como toda la gente”.</p>	
	<p>RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA PARTICIPACIÓN EN LOS PROBLEMAS (S3, Ep1, IGC7, 21-31)</p> <p>27 y 31. C: “y yo permití quizás en algún momento que él se sintiera superior a mí” (...) “yo fui prácticamente una geisha, hacía todo...le servía todo”.</p>
<p>CUESTIONAMIENTO DE FORMAS HABITUALES DE ENTENDIMIENTO (S4, Ep3, IGC5, 70-77)</p> <p>77. C: “No sé, será que soy catete con él”.</p>	
<p>DESCUBRIMIENTO DE NUEVOS ASPECTOS DE SÍ MISMO (S5, Ep4, IGC8, 212-230)</p> <p>230. C: “Quiero enamorarme, quiero amar, quiero sentir ese amor bonito, sin obligaciones de atender a nadie, de un amor como incondicional, convivir con esa persona”.</p>	
	<p>MANIFESTACIÓN DE UN COMPORTAMIENTO O EMOCIÓN NUEVOS (S6, Ep2, IGC9, 27-29)</p> <p>29. C: “Porque me he atrevido a ponerme en mi lugar, porque yo vivo en mi casa, que a mí me costó” (...) “y esta mañana mi marido me gritó...y yo le dije, qué estás gritando tú le dije, yo estaba ocupada, y tú no tienes por qué gritarme, si no soy sorda, ni soy tonta tampoco”.</p>
	<p>MANIFESTACIÓN DE UN COMPORTAMIENTO O EMOCIÓN NUEVOS (S6, Ep3, IGC9 34-37)</p> <p>37. C: “yo tenía miedo a contestarle, a reclamarle” (...) “entonces ahora sí me siento más libre, ahora le digo voy a salir”.</p>
	<p>MANIFESTACIÓN DE UN COMPORTAMIENTO O EMOCIÓN NUEVOS (S7, Ep4, IGC9, 16-20)</p> <p>20. C: “y le dije, ya, ahora vamos a conversar” (...) “acá te digo que no quiero nada más contigo, que me decepcionaste, que me defraudaste, le dije todo lo que tenía que decirle”.</p>
	<p>MANIFESTACIÓN DE UN COMPORTAMIENTO</p>

	<p>O EMOCIÓN NUEVOS (S7, Ep5, IGC9, 59-60)</p> <p>60. C: “la otra vez intenté pasar por afuera de la pieza, y cuando la veía desordenada, entonces, en vez de hacerla, cerré la puerta y seguí”.</p>
<p>ESTABLECIMIENTO DE NUEVAS ASOCIACIONES ENTRE ASPECTOS PROPIOS Y ELEMENTOS BIOGRÁFICOS (S7, Ep5, IGC11c, 79-92)</p> <p>92. C: “Es que igual me criaron así, todo ordenado, todo limpio, bien presentado...es que tal vez soy un poco intolerante cuando no veo esto como que está todo ordenado, limpio...porque vi el ejemplo en mi casa, el ejemplo de mi abuela” (...) “terminábamos siendo esclavas del plumero, esclava del traperero” (...) “me crié en el campo, tuve que aprender muchas cosas”.</p>	
<p>EXPRESIÓN DE LA NECESIDAD DE CAMBIO (S8, Ep6, IGC6, 55-64)</p> <p>64. C: “creo que tengo derecho a tener rabia, y quiero decírselo, pero quiero estar bien para decírselo, quiero estar serena, quiero estar tranquila”.</p>	
	<p>APARICIÓN DE SENTIMIENTOS DE COMPETENCIA (S8, Ep6, IGC10, 65-68)</p> <p>68. C: “Pero ahora como que me he sentido mucho más fuerte, ya fui capaz de decirle algo el otro día sin ponerme a llorar, sin pelear, nada”.</p>
	<p>MANIFESTACIÓN DE UN COMPORTAMIENTO O EMOCIÓN NUEVOS (S9, Ep7, IGC9, 3-13)</p> <p>3 y 13. C: “Largué todo” (...) “y se las fui largando, terminé de decirle todo, todo, todo, todo, todo, todo, todo lo que tenía...y me sentí tan bien doctor”.</p>
	<p>DESCUBRIMIENTO DE NUEVOS ASPECTOS DE SÍ MISMO (S9, Ep8, IGC8, 19)</p> <p>19. C: “pero yo extrañada, extrañada porque me decía, por qué no me sale una lagrima, por qué no me da susto, porque a mí me daba susto...por qué no me da rabia...tenía un sentimiento de...me sentí valiente, sentí que sí podía decir las cosas que sentía, sin tener que estar llorando, sin tener que enojarme, sin tener que amurrarme”.</p>
<p>DESCUBRIMIENTO DE NUEVOS ASPECTOS DE SÍ MISMO (S9, Ep7, IGC8, 40-49)</p> <p>49. C: “Sí, ahora salió, me siento libre de esos rencores hacia él”.</p>	
<p>APARICIÓN DE SENTIMIENTOS DE COMPETENCIA (S9, Ep8, IGC10, 70-73)</p> <p>73. C: “ya aprendí que ya puedo decir las cosas y que las puedo decir en el momento, no me voy a callar más las cosas...caiga quien caiga, yo siempre me he callado las cosas por temor a herir a las personas, pero ya sé que puedo decir las cosas sin tener que herir a las personas...pero sí voy a decir las cosas”.</p>	
RECONOCIMIENTO DE LA PROPIA	

<p>PARTICIPACIÓN DE LOS PROBLEMAS (S9, Ep9, IGC7, 90-91)</p> <p>91. C: “Creo que ahora me falta ponerle los puntos sobre las íes a mis dos hijos, qué es lo que yo espero de ellos” (...) “quiero que me vean como dueña de casa, no como la dueña de la casa, la casa es de todos, y que no abusen conmigo, porque yo he dejado que abusen conmigo”.</p>	
	<p>ESTABLECIMIENTO DE NUEVAS ASOCIACIONES ENTRE ASPECTOS PROPIOS Y DEL ENTORNO (S10, Ep9, IGC11b, 1-12)</p> <p>12. C: “pero cada vez que estoy cerca de él siento ya un rechazo...siento que ya no lo amo...pensé que podía revertir esto, pero sabe, si hay algo que me sirvió la conversación que tuve la otra vez con él... fue para darme cuenta que aunque lograra hacer eso, siento que no hay caso... que estoy aburrída, que no me dan ganas de llegar a la casa...no me imagino jubilar y tener que estar en la casa con él todo el día, me muero, yo trabajaría en cualquier cosa pero todo menos eso”.</p>
	<p>ESTABLECIMIENTO DE NUEVAS ASOCIACIONES ENTRE ASPECTOS PROPIOS Y DEL ENTORNO (S10, Ep10, IGC11b, 80)</p> <p>80. C: “no quiero hacerles daño porque ellos son algo muy preciado para mí”.</p>
<p>RECONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROPIOS PROBLEMAS Y/O SÍNTOMAS (S10, Ep10, IGC12, 83-98)</p> <p>98. C: “Me arrepiento tanto de no haber tomado antes la decisión de separarme...de haber hecho esto antes, de haber callado tanto tiempo, de haber sido tan débil...de no haberme dado cuenta de cómo me estaban tratando, de no haber tenido el valor de decirle las cosas antes de una vez...pero sabe, por algo son las cosas, y nunca es tarde para hacerlo, y siento la necesidad de hacerlo...la confianza para hacerlo...siento que merezco ser feliz”.</p>	
<p>TRANSFORMACIÓN DE VALORACIONES Y EMOCIONES EN RELACIÓN A SÍ MISMO U OTROS (S11, Ep11, IGC13, 26-39)</p> <p>39. C: “siento que ahora que he podido soltar tantas cosas que me pasaban, que puedo decir las más tranquilamente, así que espero que ahora pueda hacerlo de esta manera”.</p>	
<p>TRANSFORMACIÓN DE VALORACIONES Y EMOCIONES EN RELACIÓN A SÍ MISMO U OTROS (S11, Ep12, IGC13, 94-108)</p> <p>108. C: “yo siempre voy a querer tu felicidad, me cuesta aceptarlo, ha sido un gran dolor, pero creo que es cosa de tiempo...pero no quiero que esto vaya a echar a perder más nuestra relación”.</p>	

	<p>TRANSFORMACIÓN DE VALORACIONES Y EMOCIONES EN RELACIÓN A SÍ MISMO U OTROS (S13, Ep11, IGC13, 1-6)</p> <p>6. C: “pero no con hacerles daños a mis hijos, al escucharlos sentí que a ellos les iba a afectar igual, pero no sería tanto como yo me lo imaginaba, y eso me dejó tranquila”.</p>
<p>ENRAIZAMIENTO DE LOS CONSTRUCTOS SUBJETIVOS EN LA PROPIA BIOGRAFÍA (S13, Ep13, IGC15, 39-56)</p> <p>56. C: “me siento valiente...libre...contenta...los demás, por ejemplo, en el colegio me dicen: Reina que estás bien, por fin volviste a ser la Reina alegre, entusiasta, poto loco jajaja, y eso me hace sentir bien, porque siento que proyecto otra cosa”.</p>	
<p>ESTABLECIMIENTO DE NUEVAS ASOCIACIONES ENTRE ASPECTOS PROPIOS Y ELEMENTOS BIOGRÁFICOS (S14, Ep14, IGC11c, 5-20)</p> <p>20. C: “Quizás viene de mi vieja, sí...yo la recuerdo a ella como culposa, se culpaba por todo y de paso nos culpabilizaba también a nosotros con mis hermanos...tal vez venga de ahí, quien sabe...también yo creo que viene de la religión”.</p>	
	<p>TRANSFORMACIÓN DE VALORACIONES Y EMOCIONES EN RELACIÓN A SÍ MISMO U OTROS (S15, Ep12, IGC13, 56)</p> <p>56. C: “yo sé que se necesitaba voluntad de mi parte también para que las cosas se puedan llevar mejor entre nosotros” (...) “yo igual veo a mi hija y la veo feliz, entonces tampoco puedo ser tan egoísta de solamente pensar en mí”.</p>
<p>FORMACIÓN DE CONSTRUCTOS SUBJETIVOS RESPECTO DE SÍ MISMO A TRAVÉS DE LA INTERCONEXIÓN DE ASPECTOS PERSONALES Y DEL ENTORNO, INCLUYENDO PROBLEMAS Y SÍNTOMAS (S17, Ep15, IGC14, 29-52)</p> <p>52. C: “siento que puedo aún, como que no es tarde poder dirigir mi vida a donde la quiero llevar y no sentirme como encarcelada teniendo que pagar toda mi vida por una mala decisión que creo que tomé” (...) “ya está y ahora hay que salir adelante y luchar por los proyectos que tengo, siento que me voy a sentir más tranquila de todas maneras”.</p>	
<p>AUTONOMÍA EN CUANTO AL MANEJO DEL CONTEXTO DE SIGNIFICADO PSICOLÓGICO (S18, Ep16, IGC16, 13-20)</p> <p>20. C: “Un paso hacia adelante...un crecimiento personal muy importante...porque no sólo fue la separación, sino que todo lo que pasó durante el proceso que llevó a la separación...el haberme hecho respetar, de aprender a enfrentar los problemas...a no quedarme callada, a controlar mis emociones”.</p>	

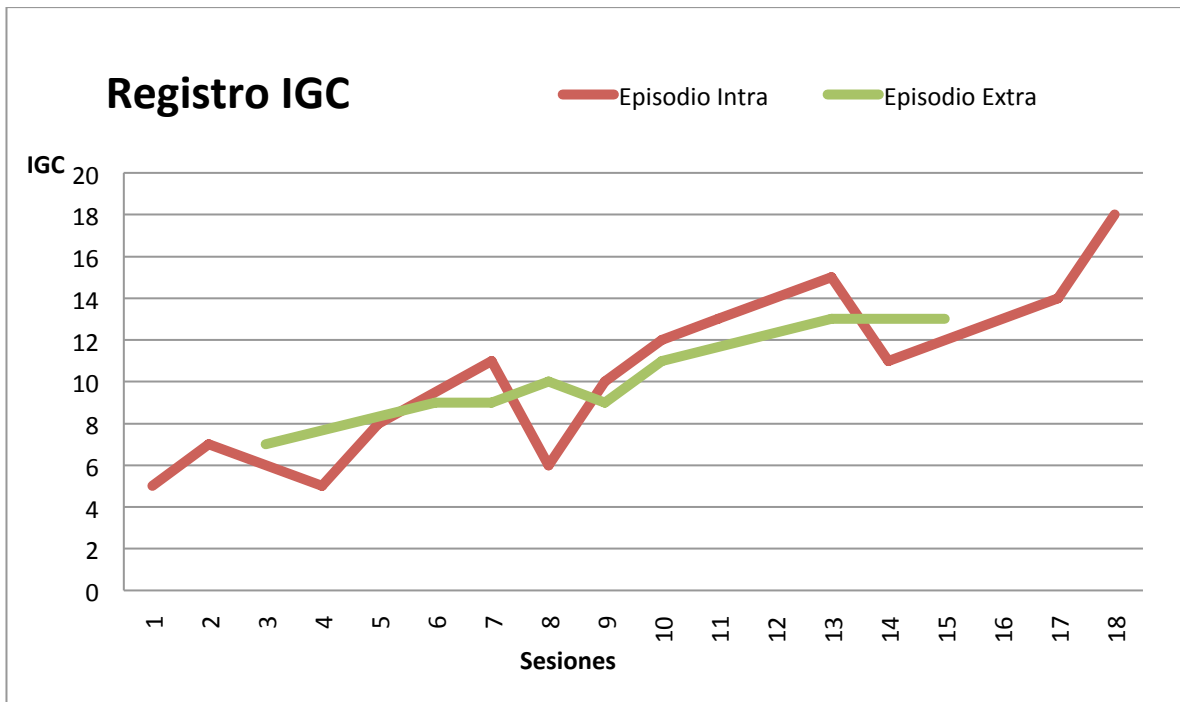
**CONSTRUCCIÓN DE UNA TEORÍA
SUBJETIVA, BIOGRÁFICAMENTE FUNDADA,
SOBRE SÍ MISMO Y LA RELACIÓN CON EL
ENTORNO**

(S18, Ep17, IGC19, 23-24)

24. C: “siento que lo que viene en adelante lo quiero hacer sola” (...) “quiero sentir que puedo hacer las cosas de ahora en adelante independiente, quiero que esto sea mío... siento que he aprendido muchas cosas acá y creo que ya es hora de aplicarlo en mi vida”.

Gráfico 1

**Evolución en el proceso terapéutico: identificación
de los indicadores genéricos de cambio**



Una de las primeras conclusiones que se puede apreciar a partir de los resultados observados tanto en el cuadro N°1 como en el gráfico N°1, es que durante el proceso de la psicoterapia se identificaron un total de 29 momentos de cambio, correspondiendo a 17 intrasesión y 12 extrasesión.

Al analizar descriptivamente la totalidad del proceso con sus dieciocho sesiones, se aprecia que al inicio del proceso terapéutico la consultante co-construye significados de baja jerarquía los cuales aumentan en ella en el transcurso del proceso, ya que los indicadores genéricos correspondientes a los momentos de cambio, tanto los intra como los extrasesión, se manifestaron en forma similar ascendente respecto al nivel de jerarquía planteado teóricamente (Krause, 2005). Sin embargo, en los intra se aprecia una tendencia ascendente en forma irregular, ya que después de un avance en la jerarquía se identificaron nuevamente indicadores de nivel inferior. Por el contrario, en los momentos de cambio extrasesión, sus indicadores correspondieron a un ascenso en la jerarquía en forma regular, no obstante, los momentos de cambio intrasesión alcanzaron un nivel de jerarquía superior a los extrasesión.

Teniendo en consideración la división del proceso terapéutico en tres partes, se relacionó esta división con la identificación de los IGC según los niveles de jerarquía establecidos en investigaciones anteriores (Krause *et al.*, 2006; ver anexo 6 cuadro IGC por niveles). En este trabajo, aunque se tomó como base esos niveles, se modificó dicha división al considerar al indicador 13 Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros como del tercer nivel. El primer nivel se describe como “consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica”; el segundo nivel se refiere a “permeabilidad a nuevos significados” y el tercero se refiere a “construcción de nuevas significaciones”.

Lo primero que se aprecia es que se identifica la mayor cantidad de momentos de cambio en el tercio medio del proceso en relación al primer y tercer tercio. A su vez, se puede apreciar que en el primer tercio se identificaron siete indicadores correspondientes al primer nivel (dos del IGC 5 cuestionamiento de formas habituales de entendimiento y dos del IGC 7 reconocimiento de la propia participación en el problema) y tres del segundo nivel (uno del IGC 8 descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y dos del IGC 9 manifestación de un comportamiento o emoción nuevos).

En el segundo tercio se identificaron 15 indicadores, correspondiendo dos indicadores del primer nivel, en el cual (uno del IGC 6 expresión de la necesidad de cambio y uno del IGC 7 reconocimiento de la propia participación en el problema). Luego, se

identificaron 11 indicadores, correspondiente al segundo nivel (dos del IGC 8 descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo; tres del IGC 9 Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos; dos IGC 10 aparición de sentimientos de competencia; tres IGC 11 establecimiento entre nuevas asociaciones entre aspectos propios, del entorno y elementos biográficos y un IGC 12 reconceptualización de los propios problemas y síntomas). Y, finalmente, se identificaron dos indicadores del tercer nivel, correspondiente al IGC 13 transformación de valoración y emociones en relación a sí mismo u otros.

Por último, en el tercer tercio, se identificaron siete indicadores, en el cual uno pertenece al segundo nivel (IGC 11 establecimiento entre nuevas asociaciones entre aspectos propios, del entorno y elementos biográficos) y seis corresponden al tercer nivel (dos al IGC 13; uno al IGC 14 formación de constructos subjetivos respecto a sí mismo; uno del IGC 15 enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía; uno del IGC 16, autonomía en cuanto al manejo del contexto del significado psicológico, y uno del IGC 19 construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.

En síntesis, se identificaron una diversidad de indicadores relacionados tanto a la transformación de significados en cuanto a la percepción de sí misma, a la relación con otros y la percepción de los otros. Además, se aprecia que durante el proceso se produce una evolución en la jerarquía de los indicadores genéricos de cambio intrasesión finalizando el proceso con el indicador de más alto nivel establecido en la construcción de teorías subjetivas. Finalmente, se constató que el IGC que más se repite es el nueve (manifestación de un comportamiento nuevo), que se da cinco veces, identificándose éste solamente extrasesión, ya que dada su cualidad conductual se espera que éste se dé especialmente en el contexto fuera de la sesión lo que visibiliza la repercusión que tiene fuera de la sesión los otros cambios de significados intrasesión.

Temáticas o dilemas planteados por la consultante

Desarrollar este acápite permitirá dar respuesta a uno de los objetivos que es el punto c) del análisis, describir los cambios de significado que se co-construyeron durante el proceso psicoterapéutico, en relación a sí misma, al ámbito familiar y laboral, lo cual, de parte de la consultante, estuvo siempre relacionado con el motivo de consulta y con su sintomatología.

Sintomatología

Sarah, en un comienzo no manifestaba tener una claridad respecto a la sintomatología ni a las causas de su diagnóstico de depresión. Sólo manifestaba que de acuerdo a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que había realizado anteriormente, sabía que tenía que aprender a vivir con este diagnóstico, consultando cada cierto tiempo para estabilizar su sintomatología depresiva. Manifestaba que había tenido varias crisis depresivas, incluso le otorgaron una pensión por invalidez mental debido a este motivo, sin embargo, señala que nunca se había sentido como esta vez que consulta.

“...nunca, nunca tan fuertes como ésta y nunca me había durado tanto como ésta, ésta ha sido la más fuerte, la más intensa y la más extensa”.

Dentro de la sintomatología depresiva, especialmente al inicio del proceso, la consultante presentaba ideación suicida.

“...no quiero vivir, no quiero la vida...yo me decepcioné de la vida...es que son muchas cosas” (...) “lo único que quería era morirme, pero le tengo miedo a la muerte, entonces hay una contradicción bastante grande, porque le tengo pánico a la muerte...por lo tanto, no sé si sería capaz de suicidarme” (...) (llora) “a mí me gustaría tener el valor de tomarme todas las pastillas juntas que me dio el doctor porque yo no quiero vivir”.

Luego del proceso psicoterapéutico, se puede apreciar en Sarah una resignificación de su diagnóstico de depresión, teniendo una mayor claridad de las situaciones que se relacionaban con su malestar emocional. Esto se puede apreciar cuando Sarah refiere:

“... yo desde que he estado viniendo para acá, estoy mucho más clara de cuáles han sido mis problemas, de mis tristezas, mi depresión, así

como también he podido descubrir lo que realmente quiero para mi vida”.

Además, a medida que avanzaba la terapia, se puede apreciar un bienestar en su estado emocional, lográndose cambios respecto a la sintomatología que existía al iniciar el proceso. *“...he logrado estar tranquila...ya no tengo esa angustia, no he llorado...estoy bien, he estado bastante bien en este último tiempo le diré” (...)* *“yo sé que me he sacado mucha rabia y yo le agradezco infinitamente por haberme escuchado” (...)* *“no quiero volver a echar esa carga en la mochila, me la saqué, la boté, y se acabó (...)* *“siento que merezco ser feliz”.*

Relación con el marido

El matrimonio de Sarah se había caracterizado por una serie de problemáticas, no siendo lo que ella esperaba para su vida. La consultante describe la relación que ha tenido con su marido de la siguiente manera:

“...la relación ha sido pésima en todo sentido...sufrí el control de mi marido con celos enfermizos...él abusaba de mi de forma masoquista, abusaba en el sentido de que si quería comerse un pan no era capaz de hacérselo...no importaba que yo estuviera cuidando al niño...cómodo, todo había que servirselo...desatento conmigo...una vez intentó pegarme...agarré un cuchillo y le dije pégame, me voy a dar un solo combo”.

En cuanto a la imagen que Sarah tiene de su marido:

“...mi marido es enfermo de celoso...siempre fue dominante...autoritario...se ha sentido superior a mí, muy soberbio, prepotente, él solo todo lo sabe...ahora que jubilé flojea todo el día”.

Además, Sarah pensaba que su marido la utilizaba y que estaba con ella solamente porque la necesitaba y no porque la quería.

“...yo toda la vida he sido atenta con él, he sido prácticamente una geisha con él, hacía todo...le servía todo” (...) *“yo siempre me sentí como utilizada, como un tiesto que se utiliza para vaciarse y ya te vaciaste, te lavaste y vamos a dormir”.*

Sarah manifiesta que dentro de su matrimonio ha vivido varias situaciones que le han sido difíciles de enfrentar. Dentro de las más importantes se encuentra la disfunción sexual de su marido.

(llora) “...hace como 15 años que él sufre de eyaculación precoz...y yo me he aguantado sentirme así...y ahora ya no me acerco a él...entonces ahora ya pasan meses que no me toca...no hay una relación sexual con mi marido, y mi marido solamente me dice que me quiere...yo veo ya que mi cama tiene una joroba en el centro...y yo no soy adicta al sexo, pero también yo necesito sentirme mujer...” (...) “...es que yo le digo a él, hay solución para esto...yo le digo anda al médico y él me dice no”.

A pesar de los intentos que Sarah señaló para solucionar la problemática en la actividad sexual de su marido, no se pudo lograr.

Percepción de sí misma

La percepción que tenía Sarah de sí misma al comienzo de la terapia y los cambios producidos posteriormente, cabe destacar que la imagen que predominaba en la consultante en diferentes ámbitos se puede ejemplificar en el siguiente relato de Sarah:

“...me siento inútil con todo el mundo...porque siento que no sirvo para nada...me siento menospreciada, me siento utilizada en todas partes”.

En el ámbito familiar, Sarah presentaba una imagen cotidiana de sí misma de tonta, inútil, “nana” y que abusaban de ella, lo que la hacía sentirse poco valorada y como un objeto que cumplía la función de servir solamente. Esta imagen personal, Sarah la construyó a partir de los comportamientos que los integrantes de su familia tenían con ella. La consultante lo refiere de la siguiente manera:

“...me hacen sentirme tonta, y yo sé que no es así, pero me da rabia y me hacen sentir así” (...) “me sentí tratada como la nana de la casa, la sirvienta, como una cosa que hay en la casa que sirve para hacer las cosas, que hace el aseo, que plancha, que cocina, la que hace todo sin chistar” (...) “no le encuentro sentido a trabajar y trabajar como burro, para que al final me vean de nana...que no valoren...yo no quiero que me digan que eres buena, que aquí que allá...yo no quiero eso...pero quiero que vean que también me canso...me siento utilizada”.

Para ir cambiando esta situación, durante el proceso, Sarah, por ejemplo, en vez de cambiar la imagen que tenía de su marido, transforma los significados respecto a la percepción de sí misma en su relación con él. Que fue ella la que permitió estar con él en las circunstancias mencionadas anteriormente, lo que se puede apreciar cuando la consultante refiere:

“...y yo permití quizás en algún momento que él se sintiera superior a mí...porque yo fui prácticamente una geisha, hacía todo...le servía todo”.

Luego de darse cuenta de esto, Sarah comienza a realizar y concretar cambios en la relación con su marido.

“...me he atrevido a ponerme en mi lugar, porque yo vivo en mi casa, que a mí me costó” (...) “ahora me he sentido mucho más fuerte, ya fui capaz de decirle algo el otro día sin ponerme a llorar, sin pelear, nada” (...) “esta mañana mi marido me gritó...y yo le dije qué estás gritando tú le dije, yo estaba ocupada, y tú no tienes por qué gritarme, si no soy sorda, ni soy tonta tampoco”.

La consultante comenta que anteriormente le era muy difícil hacer cambios en la relación con su marido, puesto que le tenía miedo desde el comienzo del matrimonio, teniendo que hacer muchas cosas que no quería.

“...yo tenía miedo a contestarle, a reclamarle, a las reacciones que podría tener” (...) “entonces ahora sí me siento más libre, ahora le digo voy a salir...”

Otro aspecto importante fue aclarar la duda que presentaba Sarah respecto al sentimiento por su marido, específicamente si lo amaba o no, pues se encontraba muy decepcionada y con rabia, lo que generaba un cuestionamiento en ella de que al estar en ese estado emocional, con sintomatología depresiva, podría impedirle tener una claridad de lo que sentía por él.

Luego de reflexionar durante el proceso, la consultante logra identificar lo que sentía por su marido, señalándolo así:

“...ahora le tengo rabia...fui guardando muchos rencores, yo creo que eso es lo que está aflorando ahora (llora), yo creo que ahora lo estoy haciendo sufrir como él me hizo sufrir a mí...cada vez que estoy

cerca de él siento ya un rechazo...siento lástima por él” (...) “yo sé que ya no lo amo, no siento amor por él...pero hay un cariño yo creo que por los treinta y cuatro años de convivencia, por los niños más que nada”.

Dentro de las posibilidades que se co-construyeron con la consultante para solucionar los conflictos con su marido, Sarah eligió tener una conversación con él, teniendo claro a su vez que era una situación difícil de enfrentar. Sarah logró dejar de callar lo que le ocurría por años, manifestándole lo que pensaba y sentía acerca de la relación de pareja y del matrimonio.

“...le dije yo es que son muchas cosas, muchas penas, muchas rabias, muchas frustraciones que he tenido contigo que yo aún no he superado...han sido treinta y cuatro años de gotita a gotita que ya han formado una poza que ya no tiene límites, ya mi mochila está demasiado pesada y ya tengo que sacarme el peso” (...) “y se las fui largando, terminé de decirle todo, todo, todo, lo que tenía...y me sentí tan bien” (...) “yo extrañada, extrañada porque me decía, por qué no me sale una lagrima, por qué no me da susto, porque a mí me daba susto...por qué no me da rabia...tenía un sentimiento de...me sentí valiente, sentí que sí podía decir las cosas que sentía, sin tener que estar llorando, sin tener que enojarme, sin tener que amurrarme”.

Esta conversación tuvo consecuencias a mediano plazo en la convivencia cotidiana con su marido y en el estado emocional de la consultante, lo que se puede ver reflejado cuando Sarah comenta:

“...sentí un alivio tan grande, tan grande...era verdad que sentía una mochila que me pesaba, porque esa carga de odio y de rencor pesa...yo siempre dije, sufro más el que odia que el odiado, y es la pura verdad, porque yo sufría más, sufría más deseándole la muerte, deseándole a él que se muriera, pero ahora ya ni eso, llego a la casa, si quiere me saluda, si no quiere no me saluda y yo feliz de la vida” (...) “me siento libre de rencores hacia él” (...)“pensé que podía revertir esto, pero sabe, si hay algo que me sirvió la conversación que tuve la otra vez con él, fue para darme cuenta que aunque lograra hacer eso, siento que no hay caso, que estoy aburrida”.

Si la consultante hubiese tomado la decisión de separarse, sin haber previamente realizado una resignificación en la percepción de sí misma en relación a su matrimonio, no se habría considerado esto como un cambio, ya que sería un cambio de un comportamiento sin ser acompañado de un cambio de reflexión y asociación de significados relacionales

ocurrido anteriormente en la persona. Por el contrario, la consultante luego de co-construir nuevos significados durante el proceso, logró concretar una conversación con su marido respecto a los problemas de pareja que tenían, lo que posteriormente le permitió agenciarse y tomar la decisión de separarse. Desde esta perspectiva, sí se consideró que se produjo un cambio terapéutico.

Para llevar a cabo esta decisión, se trabajaron algunas temáticas ligadas a la separación que para Sarah eran difíciles de enfrentar, emergiendo éstas a través del diálogo terapéutico.

Una de las dificultades que presentaba la consultante consistía en cómo su marido iba a enfrentar la separación.

“...me da un sentimiento de lástima...sería como dejarlo solo botado...me da pena que vaya a estar solo...es que siento que va a comer todos los días fideos, no tiene idea de cocinar, va a comer todos los días lo mismo...además, a dónde se va a ir, si la familia ya ha dicho cuántas veces que no lo recibiría, entonces...se va a morir este viejo solo...entonces, me sentiría así como mala, culpable, no sé”.

Por lo mismo, el hecho de que su hijo haya planteado que se iba a ir a vivir con él, ayudó a que esta preocupación disminuyera y pudiera continuar enfrentando la separación con su marido.

Otra dificultad, al momento de tomar la decisión de separarse, se vinculaba directamente con sus hijos. Sarah comenta, respecto al matrimonio y la relación con su marido, que lo único valorable son sus hijos. En lo que respecta a su hija, Sarah refiere:

“...ella adora a su padre, su padre son sus ojos...ella por más que me dice mamita te amo, te amo, te amo, yo sé que igual a él lo adora...cada vez que despotrico en contra de él, ella se aferra a él y lo defiende y dice: pero mamá cómo se te ocurre decir cosas de mi papá” (...) “habría, creo yo, un resentimiento, y que siempre me condenaría y me echaría en cara de que me separé de su papá...entonces creo que no me lo perdonaría que yo le haga esto a él”.

El gran temor es que su hija no le perdone la decisión de separarse, a diferencia de su hijo que cree que sí la apoyaría en su decisión.

“...Fabián siempre ha respetado mis decisiones, me dice que ya tengo mis años y que decida lo que decida él me entendería y que me apoya, porque me dice que yo me he sacrificado mucho ya y me he sacado la cresta toda la vida”.

Sarah reflexiona que existe un costo emocional en ellos:

“...tengo dos hijos que me quieren mucho...no quiero hacerles daño porque ellos son algo muy preciado para mí” (...) “desgraciadamente van a sufrir porque adoran a su padre” (...) “la Cata se derrumbaría si me separo”.

Luego de las sesiones que asistió la consultante con sus hijos, se puede apreciar un cambio en la forma de percibir las consecuencias en sus hijos producto de la separación. Lo más importante fue saber lo que ellos pensaban y sentían respecto a ese tema, y por sobre todo, la aprobación de su decisión. Sarah logró una mayor seguridad y tranquilidad, logrando posteriormente concretar la separación.

“...al escucharlos sentí que a ellos les iba a afectar igual, pero no sería tanto como yo me lo imaginaba, y eso me dejó tranquila”.

Finalizado el proceso se puede apreciar el cambio de imagen que tuvo la consultante de sí misma en general, resumiéndose esto cuando Sarah refiere:

“...mi imagen ha cambiado...me he dado cuenta de que valgo, y antes sentía que no valía nada”.

Relación con los hijos

Sarah manifestaba sentirse principalmente “abusada” y poco valorada por sus hijos, ya que ella no lograba que ellos cooperaran y terminaba haciendo todas las cosas de la casa. Posteriormente, la consultante comprende que en la relación con sus hijos, ha sido protagonista en que ellos aprendieran algunos comportamientos o patrones que se habían consolidado con el tiempo, que no necesariamente significaba que sus hijos se comportaban en contra de ella.

Esta temática estuvo muy relacionada con los diálogos co-construidos respecto a la imagen de sí misma que tenía Sarah. La consultante se agencia y toma protagonismo para

solucionar este tipo de problemáticas con sus hijos. En lo que respecta a los problemas específicos que presentaba Sarah:

“...creo que ahora me falta ponerle los puntos sobre las íes a mis dos hijos, qué es lo que yo espero de ellos, porque lo que ellos han esperado de mí, creo que se los he dado” (...) “quiero que me vean como dueña de casa, no como la dueña de la casa, la casa es de todos, y que no abusen conmigo, porque yo he dejado que abusen conmigo”.

En el caso de la relación con su hijo Fabián, plantea que tiene una imagen de él como de alguien que no ha madurado acorde a la edad que tiene, ejemplificando esto en diferentes ámbitos.

“...mi hijo...me cuesta ver que su pieza está desordenada...más que mal tiene 33 años...es que pueden pasar semanas y no la hace, y al final siempre se la terminaba haciendo” (...) “yo le digo que no va a madurar, porque él es un tonto con las mujeres, porque ha tenido un ojo con las mujeres...y nunca pierdo la esperanza...hace dos años le diagnosticaron un quiste en el testículo, que tenía varicocele, todavía no se lo trata...yo sé que va a llegar un momento que él va a decir ya mamá, voy a tener un hijo, pero tampoco tengo la esperanza, salvo que se haga un tratamiento” (...) “a lo mejor yo me cree otras expectativas, quise ver a mi hijo exitoso, que tuviera sus cosas, que en el fondo es un fracasado, que no ha logrado nada en la vida...incluso me digo, dónde estuvo la falla mía”.

Durante el proceso, Sarah, al tomar protagonismo para transformar la relación con sus hijos, logró hacer cambios no sólo respecto a su relación afectiva con ellos, sino también a nivel comportamental, lo cual requirió trabajar en forma reflexiva respecto a esa relación. A nivel cognitivo, decidió colaborar para que su hijo fuese más responsable y autosuficiente, en hechos concretos como era el aseo de su pieza, reconociendo que cuando él no lo hacía ella lo ejecutaba.

“...me doy cuenta que al parecer tengo que cambiar yo algunas cosas...porque yo también puedo cometer errores como toda la gente”.

“...la otra vez intenté pasar por afuera de la pieza, y cuando la veía desordenada, entonces, en vez de hacerla, cerré la puerta y seguí”.

Posteriormente, en la misma línea de que su hijo “pueda madurar” (constructo social acerca del desarrollo integral de los hijos), la consultante ve una oportunidad para que esto ocurra cuando el hijo decide irse a vivir con su padre luego de la separación,

puesto que de esta manera él va a poder adquirir responsabilidades que anteriormente no las tenía.

“...creo que le va a servir a mi hijo, sobre todo para tomar una responsabilidad, para hacerse cargo de mínimas cosas de su vida. Yo creo que le va a servir para madurar de una como se dice, aunque ya está tomando de apoco un rumbo eso si, debo reconocerlo, pero falta afianzar algunas cosas más”.

En lo que respecta a su hija, la temática central, Sarah la asocia con el evento de hace dos años atrás cuando ella se entera que su hija ha escogido la opción del lesbianismo, además de tener una pareja homosexual. Esto es algo que Sarah lo describe “como una experiencia vital que está intentando asumir y superar”, especialmente a nivel emocional. Además, se cuestiona si la homosexualidad de su hija podría deberse a un castigo de Dios por algún error que ella haya cometido en su vida.

“...ocurrió la decepción más grande de mi vida...mi hija...es homosexual...fue una apuñalada, tremendo dolor”.

“...y yo me pregunto por qué...no sé, puedo haber hecho algo mal...yo soy muy de piel, soy muy de hacer cariño...yo le digo hijita te amo, hijita te adoro...entonces no sé si eso le hizo daño”.

“...es que en el fondo me siento frustrada...yo a mi niña la crié...que fuera una mujer finita, sana...que forme una familia (llora), que tuviera hijos, que fuera feliz con un hombre, y me resultó todo lo contrario”.

En este caso, tomar el factor cultural para el análisis y comprensión de esta situación fue fundamental, especialmente en cómo los prejuicios y concepciones que se han construidos socialmente acerca de la homosexualidad repercuten en las expectativas de las personas. En el caso de Sarah, siempre tuvo la expectativa de que su hija formara una familia “socialmente tradicional”. El hecho de que su hija sea lesbiana, atenta contra esto y repercute en la relación entre ellas generando “una problemática a resolver”.

Frente a esta situación, durante la terapia se pudo lograr que Sarah amplificara y flexibilizara algunos puntos de vista y significados acerca de la homosexualidad, junto con asumir las expectativas de su hija, que aunque no fueran las mismas de ella, igualmente se mantenía y mantuvo el respeto y cariño entre madre e hija. Se lo expresó a su hija durante la sesión de la siguiente manera:

“...te voy a decir algo que pensaba no decírtelo nunca, pero yo sé que me tengo que sacar la espina, va a ser muy difícil que yo digiera lo que pasó contigo, pero lo estoy intentando, me está ayudando el psicólogo...me ha hecho muy bien le dije” (...) “yo siempre voy a querer tu felicidad, me cuesta aceptarlo, ha sido un gran dolor, pero creo que es cosa de tiempo...pero no quiero que esto vaya a echar a perder más nuestra relación”(...) “lo que importa es que uno no pierda el apoyo y el cariño con las personas que uno quiere...no creo que esto de aceptar sea de la noche a la mañana, pero siento que he avanzado, tal vez lento, pero siento que cada vez lo puedo tolerar más, digerir, así que te pido paciencia también...y discúlpame por cómo reaccioné en su momento”.

Luego de haber realizado una sesión con ambas, posteriormente Sarah manifiesta:

“...yo sé que se necesitaba voluntad de mi parte también para que las cosas se puedan llevar mejor entre nosotras” (...) “yo igual veo a mi hija y la veo feliz, entonces tampoco puedo ser tan egoísta de solamente pensar en mí” (...) “entonces, aceptamos la relación, porque ella estaba feliz”.

Rol Social y ámbito laboral

En cuanto al ámbito laboral, su desempeño como profesora era muy importante para Sarah, le dedicaba gran parte del día, recibía una importante valoración, especialmente de sus alumnos y apoderados.

“...me quedo en la escuela haciendo cosas, jardineando, haciendo talleres...estoy a cargo del centro de padres...los apoderados me quieren mucho, se preocupan por mí, ellos se preocupaban cuando me veían triste”.

Por lo mismo, el hecho de que se presentaran problemas en este ámbito, repercutía de una manera importante en Sarah. Uno de ellos ocurrió cuando percibió que sus alumnos no le tenían confianza, generando un cambio en su imagen personal.

“...los niños no me tienen confianza, porque no me dicen a mí las cosas, y me sentí pasada a llevar” (...) “lo que pasa es que siento que la gente se aprovecha de mí”.

En el colegio, cuando Sarah se encontraba mal emocionalmente, recibía la atención y preocupación por parte de los demás.

“...cuando me ven distinta me dicen tía anda mal...incluso cuando un día que ni siquiera me maquillé, una mamá me dice, tía qué le pasa, está triste, me hace tanta falta su alegría, porque yo llegaba a la escuela, firmaba, pero era como una cosa no más que estaba en la escuela, y me decían, está pálida, está mal y vamos llorando y vamos llorando” (...) *“los niños me decían qué le pasa tía, anda con carita de pena, tiene problemas me preguntan” (...)* *“mis colegas también se dan cuenta y están preocupadas, me dicen Saritah qué te pasa, ya estay mal otra vez”.*

Luego del proceso se pueden apreciar cambios favorables en Sarah en este ámbito.

“...me siento valiente...libre...contenta...los demás, por ejemplo, en el colegio me dicen Sarah que estás bien, por fin volviste a ser la Sarah alegre, entusiasta, poto loco jajaja, y eso me hace sentir bien, porque siento que proyecto otra cosa, antes estaba muy, como decirle...muy apagada” (...) *“en la misma relación con los niños me di cuenta de que estaba bien...yo tengo una muy buena relación con los niños, yo permito que me abracen, que me besuqueen”.*

ANÁLISIS DE RESULTADOS TEST OQ 45.2

Los puntajes obtenidos en el cuestionario OQ-45.2, se utilizaron para evaluar los cambios y resultados que se dieron durante el proceso psicoterapéutico y específicamente **la efectividad de éste**. Este análisis complementa lo ya descrito en el punto anterior y ejemplificado con viñetas de las sesiones acerca de cómo la consultante se percibía a sí misma en tres áreas específicamente: cómo se siente (síntomatología), cómo se relaciona con otros significativos (relaciones interpersonales) y cómo funciona en su ámbito laboral (rol social).

Normas: Puntaje de Corte (PC) e Índice de Cambio Confiable (ICC)

ÁREA	PC NORMA	PRIMERA SESIÓN	ÚLTIMA SESIÓN	ICC NORMA	ICC
OQ TOTAL	73	91	54	17	37
SINTOMATOLOGÍA	43	62	33	12	29
RELACIONES PERSONALES	16	14	10	9	4
ROL SOCIAL	14	15	11	8	4

Interpretación y análisis del cuestionario OQ-45.2

La consultante en la primera sesión obtiene en el cuestionario OQ-45.2 un puntaje total de 91, lo que según los autores de la validación de este cuestionario (von Bergen y de la Parra, 2002), indica que la consultante admite **un elevado nivel de discomfort** en su calidad de vida en general, tanto en lo referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social, **ubicándola en la categoría disfuncional**. Al finalizar el proceso psicoterapéutico, el puntaje total es de 54 puntos, lo que indica que su autopercepción respecto a su confort psicológico, **la ubica dentro de la población normal**.

Respecto al valor del índice de cambio confiable (ICC), su puntaje total entre la primera y última sesión, disminuyó en 37 puntos, lo que significa que se produjo un cambio en ella clínicamente significativo y que **el proceso terapéutico fue exitoso**.

Análisis por subescalas

Sintomatología: el puntaje inicial es de 62, lo que se interpreta que en la consultante había presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, como también desórdenes de ajuste y estrés. Este resultado en comparación con la última sesión, baja significativamente obteniéndose un puntaje de 33, lo que indicaría en la consultante **ausencia o negación de síntomas**.

Relaciones interpersonales: se puede apreciar que existe una disminución de cuatro puntos entre la primera y última sesión, lo que indicaría que en la consultante hay ausencia de problemas interpersonales como también **satisfacción en la calidad de sus relaciones más cercanas**.

Rol social: en la primera sesión la consultante obtuvo un puntaje levemente superior al puntaje de corte, lo que indicaría **dificultades en el ajuste de su rol social en el ámbito laboral**. El puntaje inicial en esta subescala fue de 15 puntos, y en la última 11 puntos, existiendo una variación de cuatro puntos entre la primera y la última sesión, lo que se podría interpretar que aunque la variación es mínima dado los bajos valores, en la consultante **existe un adecuado ajuste al rol social**.

Finalización de la terapia

Habitualmente cuando el proceso psicoterapéutico llega a su fin, los enfoques tradicionales le suelen llamar a esta etapa el “alta terapéutica”, la cual se realiza unidireccionalmente desde el terapeuta al consultante, desde la posición de experto a paciente (pasivo). Desde la perspectiva del modelo de terapia dialógica y de esta investigación, no existe tal unidireccionalidad y el término del proceso psicoterapéutico es un acuerdo que se realiza en conjunto entre terapeuta y consultante, donde la percepción que tenga de sí mismo este último resulta ser fundamental.

En este caso se puede apreciar que el fin de la terapia es acordado luego de que la consultante por iniciativa propia señala lo siguiente: *“siento que lo que viene en adelante lo quiero hacer sola” (...)* *“quiero sentir que puedo hacer las cosas de ahora en adelante independiente, quiero que esto sea mío...siento que he aprendido muchas cosas acá y creo que ya es hora de aplicarlo en mi vida”*.

Relación consultante/terapeuta

La relación que se estableció entre consultante y terapeuta durante el proceso psicoterapéutico se caracterizó principalmente por los siguientes aspectos que se describirán a continuación.

Lo de mayor relevancia se desprende de la decisión de haber aplicado la terapia dialógica, una perspectiva del enfoque socioconstruccionista, puesto que las bases teóricas que la sustentan permitieron construir una relación basada en el respeto por las creencias, emociones, acciones, significados y decisiones que la persona manifestaba en cada sesión de acuerdo a su historia particular, intentando en lo posible no invalidarlas ni generar un cambio desde una visión unidireccional desde terapeuta hacia consultante. Por el contrario, se realizó constantemente un esfuerzo colaborativo entre ambos mediante el lenguaje, co-construyendo nuevos significados y buscando alternativas para poder hacer frente a los dilemas que presentaba la consultante en su momento.

Otro aspecto importante a destacar, se relaciona en que el terapeuta presentó una disposición a entender los dilemas de la consultante tomando en consideración siempre la historia personal de ella y la cultura en la que se desarrolló. Por ejemplo, la crianza que tuvo en el campo, junto a las creencias y costumbres que provenían de ese lugar, para luego conectarlas con el contexto presente.

Un ejemplo relevante ocurrido durante la terapia, tiene que ver con la dificultad que tuvo la consultante para enfrentar la decisión de su hija de ser lesbiana. En este caso particular, es sumamente importante tomar en cuenta al momento de realizar el análisis, el aspecto socio-cultural, puesto que hay una serie de creencias que se relacionan con el tema

de la homosexualidad que repercuten significativamente en el modo que tienen algunas personas de pensar y enfrentar este tipo de temas, por lo que dialogar, reflexionar y relativizar las creencias sociales, fue algo necesario de trabajar, sobre todo desde una postura sin juicios rígidos al respecto.

Finalmente, otro punto a considerar, se relaciona en que desde un comienzo se tomó la decisión de no “etiquetar” a la consultante, ni centrarse en el diagnóstico que ya le habían realizado anteriormente por años y por lo cual había sido tratada médicamente. Tampoco centrarse en las explicaciones que la consultante se daba acerca de que era una persona depresiva y que cada cierto tiempo presentaba recaídas de “crisis depresivas”. Esto se realizó no con el fin de invalidar sus creencias, sino que con el sentido de no limitar nuevas posibilidades, de no tener la visión de ella como si tuviera una “personalidad depresiva”, más bien, que era alguien que en diferentes momentos había presentado este tipo de sintomatología, pero donde se relacionaba con experiencias que se daban dentro de un contexto particular. Esto permitió sobre todo en creer siempre que la consultante era una persona que poseía una serie de recursos que le permitirían enfrentar los dilemas de su vida, por lo que no tenía por qué ser alguien que iba a estar destinada a vivir episodios depresivos por un asunto de una deficiencia en su personalidad, un componente biológico u otra causa similar. Esto puede apreciarse durante el proceso terapéutico, donde en la medida en que la consultante va encontrando nuevas posibilidades y va trabajando con sus emociones, creencias y construye una nueva “realidad” a través del lenguaje, las limitaciones son cada vez menores, hasta que logra encontrar el camino por el cual libremente elige para su vida.

Percepción de recursos y habilidades como terapeuta

Durante el proceso, el terapeuta logró identificar algunos recursos de sí mismo, como por ejemplo, el sentido del humor, que sirvió principalmente para expresar que a pesar de los momentos de mayor tristeza, siempre puede existir una luz de esperanza que se puede reflejar simplemente con una sonrisa. Es cierto que existe un límite bastante sutil que hay que tener presente y saber manejarlo, algo que con la experiencia se puede ir trabajando.

Una de las habilidades identificadas fue la disposición de estar en una escucha activa en el diálogo con la consultante, implicando un esfuerzo considerable en tener varios sentidos físicos simultáneamente que tienen que estar presentes durante gran parte de la sesión para lograr una verdadera escucha activa.

La empatía es otro de los recursos que estuvo presente, especialmente en lo que se refiere a la capacidad de focalizar la atención y de distinguir en la consultante estados emocionales, tiempos, señales implícitas y todos aquellos aspectos que tienen que ver con lo que no resulta ser explícito en el lenguaje verbal, en otras palabras, el lenguaje no verbal.

Otro aspecto relevante fue el haber establecido un vínculo de confianza, que sirvió para generar un apoyo y contención, sobre todo en momentos como cuando la consultante experimentó emociones difíciles y tuvo que enfrentar temáticas complejas de su vida.

La confianza y la seguridad son otros de los recursos que el terapeuta evalúa en sí mismo, que los relaciona en este caso particular, con el hecho de no haber perdido el optimismo a pesar de que la consultante, al igual que otros profesionales que la atendieron anteriormente, creían que ella era una persona depresiva, por lo que significó un desafío personal el hecho de intentar cambiar esta creencia, a partir de la propia creencia que las experiencias depresivas que pudo haber experimentado en su vida tenían relación con su historia, su contexto particular y sus relaciones interpersonales, especialmente con su familia, por lo que su depresión no respondía esencialmente a algo “deficiente” que estuviera en ella.

Finalmente, la adaptación, la flexibilidad y el deseo por aprender por parte del terapeuta, fueron fundamentales para poder incorporar el enfoque del construccionismo social y luego llevarlo a la práctica en la terapia dialógica, sobre todo porque es una postura dentro de todo nueva y novedosa a la vez, por lo que hay que tener una disposición a cuestionarse y flexibilizar creencias antiguas, desafiar dogmas establecidos y validados por mucho tiempo en la propia psicología y sociedad en general, y tener la apertura para incorporar una alternativa de psicoterapia que es la que se trabajó en el caso clínico presentado en esta ocasión.

Recursos de la consultante

Uno de los aspectos más relevantes que se encuentran contenidos en los fundamentos del construccionismo social, es que en la terapia se trabaje con los recursos de las personas más que en sus déficits.

Dentro de los recursos que se pueden apreciar en la consultante, es que presenta voluntad y perseverancia al momento de tomar una decisión, lo que puede verse reflejado cuando Sarah refiere “...*fumaba mucho en ese tiempo, como tres cajetillas diarias, hasta que un día tome la decisión de que no fumo más, dije, a las 6 de la tarde me fumo el último cigarro y así fue, porque cuando tomo una decisión la tomé, me cuesta tomarla pero la tomo*”.

Otro de los recursos importantes de la consultante es que escribe poemas. Sarah, en sus momentos de tristeza o melancolía, escribió una gran cantidad de poemas que le sirvieron para sobrellevar sus estados emocionales de tristeza y melancolía.

Sarah, también tiene el recurso del humor, lo que podría considerarse una paradoja o una ironía de la vida, considerando su historia de varias experiencias depresivas. Este fue uno de los recursos que más se tuvo que trabajar y tener en cuenta, puesto que le permitía sostenerse en situaciones difíciles “*siento que me lo merezco, aunque sea una vieja...pero vieja linda jejejeje*”.

Finalmente, Sarah presenta un recurso que se relaciona con sus habilidades interpersonales. Cuenta con una facilidad para obtener el cariño de las personas. Esto puede verse ejemplificado especialmente con las personas que se encontraban en el establecimiento educacional donde trabajaba “...*el cariño me lo he ganado tratando a la gente con dulzura, no saludando de mala forma a los auxiliares, de buena forma a la directora...cuando estoy bien yo me ando riendo, ando cantando*”.

CONCLUSIONES

Evaluar el accionar terapéutico durante la realización de una terapia ha sido un recurso empleado con múltiples finalidades. Por un lado, ha servido para los fines de diagnóstico, luego se utilizó para estimar los resultados de un proceso terapéutico, y hoy en día es empleado como evaluación de los cambios ocurridos a lo largo de ese proceso (Valdés *et al.*, 2005; Vilches-Álvarez, 2005). El empleo sistemático de la evaluación del proceso ha permitido, de manera simultánea, el desarrollo de una potente corriente orientada a la investigación empírica (Fernández-Álvarez, 2006; Krause, 2005) y ha comenzado a constituirse como una de las habilidades fundamentales que debe manejar cualquier terapeuta y/o investigador. Por lo cual, la presente investigación se encuadró en aquellas focalizadas en el proceso psicoterapéutico.

El haber decidido realizar el estudio de caso a través de la metodología cualitativa utilizada en investigaciones anteriores (Hill, Thompson y Williams, 1997; Krause, 1998; Stiles, 1997), permitió analizar detalladamente la construcción del proceso psicoterapéutico abordando la complejidad y las condiciones contextuales de éste. Además, facilitó que se pudiera indagar de una manera flexible la vivencia de la consultante desde su perspectiva subjetiva, otorgando una mayor variedad, riqueza y profundidad en el conocimiento de las explicaciones a la problemática relacionada a su depresión previa y posteriormente a su proceso terapéutico, su evolución y transformación de los significados de su experiencia.

En distintas etapas del proceso psicoterapéutico, se logró identificar empíricamente los episodios relevantes del cambio a través de los indicadores genéricos de cambio en la narrativa de la consultante, verbalizada durante la sesión y referida al momento mismo en que se realiza ésta (intrasesión) y aquellos contenidos significativos que relata y relaciona con momentos fuera de la sesión (extrasesión).

Las verbalizaciones de la consultante fueron expresando el cambio de significado de las diferentes explicaciones, emociones y acciones que ella asociaba a la imagen de sí misma y a su relación con otros, considerando el proceso que se va dando paso a paso, a través del diálogo entre consultante y terapeuta, como una secuencia de períodos o fases en relación a un contexto específico.

Además, permitió describir que la construcción de los cambios subjetivos no se va produciendo en un orden establecido teóricamente ni menos impuesto por el terapeuta, sino que se da en una serie variable de fases ya que existe una recursividad en los procesos cognitivos de reflexión, asociación e interpretación, volviendo a veces a fases anteriores ya expresadas y nuevamente revisadas, para luego realizar la construcción de nuevos significados. Por lo tanto, el análisis permitió no sólo identificar y ordenar los indicadores de ese cambio, sino que a su vez, se pudo apreciar cómo se construyen los cambios en la subjetividad de la consultante a través del lenguaje reflexivo.

En esta investigación se confirmó lo planteado por los estudios anteriores (Krause, 2005, Valdés et al, 2005, Vilches-Álvarez, 2005) que sostienen que el cambio psicoterapéutico evoluciona en etapas, que son construidas unas sobre otras, en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación aumenta progresivamente, lo que se expresa en la re-significación. Ello permite pronosticar una progresión continua durante el proceso psicoterapéutico, tanto en el nivel de complejidad de los patrones subjetivos de explicación e interpretación, así como también respecto a los significados sobre sí misma, su entorno y sus relaciones sociales.

Al analizar descriptivamente la totalidad del proceso con sus dieciocho sesiones, se aprecia que los IGC correspondientes a los momentos de cambio, tanto los intra como los extrasesión, se manifestaron en forma similar ascendente respecto al nivel de jerarquía establecido teóricamente (Krause, 2005). Sin embargo, en los intra se aprecia una tendencia ascendente en forma irregular, ya que después de un avance en la jerarquía se identifican nuevamente indicadores de nivel inferior, lo que da cuenta de la recursividad del pensamiento (Vilches-Álvarez, 2005), no obstante, los momentos de cambio intrasesión alcanzan un nivel de jerarquía superior a los extrasesión. Por el contrario, en los momentos de cambio extrasesión, los indicadores corresponden a un ascenso en la jerarquía en forma regular. Por lo tanto, no hubo solamente un cambio en la forma de mirar una problemática en particular, sino que la consultante logró un cambio a nivel epistemológico tanto de sí misma como en la forma de mirar al “mundo”.

Además, hay que señalar que los indicadores genéricos con sus respectivos momentos de cambio, tanto intra como extrasesión, aumentaron no sólo en nivel de

jerarquía sino que también en frecuencia a lo largo del proceso terapéutico, lo que confirma que el efecto de la terapia no depende solamente de momentos aislados, sino de la conexión y concatenación entre ellos, junto con determinadas características de la relación terapeuta-consultantes y características del contexto.

Este estudio permitió confirmar pero a su vez diferenciarlo de estudios anteriores, (Krause, 2006) ya que al dividir el proceso en tres tercios según el número de sesiones y considerar la identificación de los IGC según los tres niveles de jerarquía, lo establecido en estudios anteriores se tomó como base en su mayor parte, y solamente se realizó una modificación al considerar al indicador 13 -transformación de valoración y emociones en relación a sí mismo u otros- como parte del tercer nivel, en vez del segundo nivel, ya que al analizar el contenido de las verbalizaciones de la consultante, se identificó un mayor nivel de complejidad en la construcción de nuevas significaciones relacionales. Además, en esta investigación se identificó una mayor cantidad de IGC intrasesión que extrasesión como lo planteado en los otros estudios.

A su vez, la identificación de los momentos de cambio extrasesión, confirma que, al desarrollar la capacidad reflexiva y discursiva de un consultante, todos aquellos nuevos significados expresados en su narrativa durante la sesión, siguen un proceso continuo fuera de ella con las otras personas significativas que se relaciona, favoreciendo aún más el cambio de significados en el interlocutor, lo que corrobora la perspectiva del construccionismo social y fundamenta la terapia dialógica y como señala Anderson (1999), los problemas son fenómenos sociales cuyo desarrollo, persistencia y eliminación ocurren en un campo interaccional, de tal manera que el foco de la terapia no es un proceso considerado al interior del individuo ni de la familia, sino más bien las personas en relación. De hecho, en el proceso se observa que la consultante establece nuevos patrones relacionales con sus hijos y con su pareja, observándose paralelamente, un alivio de su malestar emocional.

Esto último se puede enfatizar ya que otro de los resultados alcanzados en esta investigación fue la supresión de la sintomatología depresiva en la consultante, así como también, paralelamente, se le suspenden los antidepresivos que estaba consumiendo hasta ese entonces. Esto se considera en parte producto de la reflexión y establecimiento de

nuevas asociaciones y significaciones entre diferentes experiencias cognitivas y emocionales personales que ocurrieron tanto durante la sesión terapéutica como en sus interacciones comunicacionales en su contexto relacional familiar y laboral, lo que confirma que el diálogo terapéutico permite generar cambios en distintos niveles relacionales. Esto se corroboró con los resultados obtenidos en el cuestionario OQ-45.2 sobre la autopercepción de bienestar psicológico de la consultante, que ingresando al proceso terapéutico presentaba tal sintomatología que ella se autodefinía como con un “estado depresivo” y al finalizar el proceso se autopercebe sin sintomatología correspondiente a ese cuadro clínico.

Al considerar al lenguaje como una herramienta potencial de cambio, permitió desplazar el discurso “problemático” hacia uno más fluido, generando una nueva mirada de su situación vital. Esto puede verse reflejado, por ejemplo, cuando cambia la atribución de la consultante respecto a su depresión como la causa de sus problemas, a realizar una conexión de su sintomatología con aspectos relacionales y experienciales en el contexto de su trabajo, con sus hijos y con su relación de pareja. La consultante al comienzo del proceso psicoterapéutico no tenía una claridad respecto a su sintomatología ni a las causas de su depresión. Sus problemáticas vitales las solía atribuir a la depresión, limitando el surgimiento de nuevas posibilidades de cambio, quedando “atrapada” su narrativa a una sola explicación. Posteriormente, a lo largo del proceso psicoterapéutico, la consultante pudo encontrar nuevas alternativas que le permitieron hacer frente a su situación personal, modificando la percepción de sí misma, de los otros y de las relaciones interaccionales del contexto presente. Previamente a lograr este cambio, la consultante construyó nuevos significados y explicaciones acerca de la construcción de “su realidad”, y éstos posteriormente los pudo llevar a la acción.

Hay que tener en cuenta que la construcción de nuevos significados no necesariamente va a implicar que se genere un cambio en la acción. En este caso sí se pudo lograr un cambio a nivel cognitivo, afectivo y conductual, permitiendo que la consultante se agenciara de su propio cambio. El motivo de aclarar desde esta perspectiva lo que se considera cambio, es porque en otros enfoques concluyen que existe un cambio cuando observan en forma aislada e independiente, ya sea una reducción de la sintomatología, un

cambio conductual, o bien, un cambio de un pensamiento o creencia. Desde esta mirada teórica, cuando ocurre un cambio solamente en algunos de estos ámbitos, no se considera un cambio de significados, puesto que no ha habido previamente un cambio en la teoría subjetiva de la persona que le permita consolidarlo con el paso del tiempo.

Con los resultados de este estudio se confirma la posibilidad de favorecer la evolución de un proceso psicoterapéutico, a través del dialogo reflexivo y colaborativo con el modelo de terapia dialógica, una de las perspectivas posmodernas socioconstruccionistas, de manera similar a lo realizado con otros modelos terapéuticos. Esta aproximación da la principal importancia a la co-construcción de nuevos significados a través de la interacción lingüística colaborativa y generativa entre terapeuta y consultante.

Las limitaciones de esta investigación que pueden señalar algunos investigadores responden principalmente al tipo de estudio seleccionado que fue de caso único. En efecto, todas las amenazas básicas a la validez interna se pueden aplicar al caso único, señala Kazdin (2001). A esto, Gergen y Gergen (2011), señalan que en todo estudio, “el reto, es considerar los escritos científicos como una forma de relacionarse en el seno de una comunidad” y “en tales escritos está, además, explícito que lo que se expone es una construcción y que otros pueden ver las cosas de diferente manera” (pp. 84-85).

Desde la perspectiva construccionista social y de la terapia dialógica, esto no se considera una limitante, puesto que no se busca el dato “real” o la “verdad” de los hechos, sino cómo la persona construyó y significó el acontecimiento en el pasado perteneciendo a una comunidad de un contexto social determinado y cómo durante el proceso reflexivo que permite el diálogo terapéutico estos hechos se co-construyen como una forma válida y con sentido de vivir en el presente y en el contexto social actual preparándose para el futuro.

En cuanto a las relevancias y alcances de este estudio, consistió por una parte, en haber elegido la metodología cualitativa, y por otra, la aplicación de la teoría y praxis de los indicadores genéricos de cambio (Krause; 1992; 2005; Valdés et al, 2005; Vilches-Álvarez, 2005) a fin de identificar y analizar comprensivamente los momentos relevantes de cambio y su contenido durante el proceso psicoterapéutico lo que explicitó las temáticas centrales e importantes para ella.

Otra de las relevancias de esta investigación, es el aporte a la teoría y a la práctica clínica, puesto que al realizar investigaciones en psicoterapia, se amplía el conocimiento y se abordan empíricamente algunas interrogantes que no han sido respondidas satisfactoriamente en investigaciones especialmente de enfoque cuantitativo, permitiendo de esta manera alcanzar resultados homologables o superiores a los obtenidos hasta el momento.

La relevancia social se desprende de lo anterior, en el sentido de que al conocer resultados como los que se obtuvieron en este estudio, y éstos se suman a los obtenidos en otras investigaciones similares, probablemente aumente la posibilidad de que se realicen en el futuro nuevas propuestas que diversifiquen la utilización de otros modelos terapéuticos que repercutan en cambios importantes, sobre todo en las políticas de salud de prevención y tratamiento. De modo que finalmente haya un progreso en las tasas de salud mental de la población, junto a un mejor servicio de atención no solamente en la APS, sino que también en centros de salud especializados y lugares particulares.

Además, esta investigación tiene una relevancia teórico-práctica en la formación de futuros psicólogos y psicoterapeutas, ya que permite la enseñanza y difusión de este modelo de terapia dialógica, describiendo y aplicando los fundamentos centrales del construccionismo social, permitiendo no sólo un cuestionamiento respecto al conocimiento teórico, sino que también en cuanto a la postura y quehacer del terapeuta. Es relevante, por lo tanto, haber comprobado que un investigador novel puede aplicar la teoría de los indicadores genéricos de cambio, obteniendo resultados exitosos, y, a su vez, al momento de ir aplicando esta teoría, puede ir evaluando su accionar terapéutico.

El hecho de realizar una investigación de proceso psicoterapéutico, le permitirá incorporar nuevos recursos al terapeuta, puesto que al conocer en detalle cómo es que van ocurriendo los cambios durante el proceso, al mismo tiempo en que evalúa la teoría y la aplica a la praxis, logra alcanzar un análisis mucho más enriquecedor, puesto que la retroalimentación es útil no solamente en el momento que se está analizando el caso, sino que también tiene efectos a largo plazo en el terapeuta en el sentido de tener una mayor claridad y por ende, un mejor desempeño en las futuras intervenciones que realice.

Lo mencionado anteriormente genera repercusiones directas en el estilo del terapeuta, que además es influido por el enfoque y la epistemología que se haya seleccionado en la intervención. En este caso, el haber utilizado la terapia dialógica basada en el construccionismo social, permitió que el terapeuta centre su atención en escuchar y preguntar más que en interpretar o dar instrucciones. De esta manera se facilitó que la consultante vaya narrando sus historias, sus experiencias de vida, las maneras de relacionarse e interactuar, entre otras cosas, lo que le permitió ampliar su mirada no sólo ante su sintomatología, sino que también de sus comportamientos, actitudes, creencias y significados, y cómo ello ha repercutido en la visión de esa sintomatología.

Además, este enfoque psicoterapéutico, repercutió en que el terapeuta se haya centrado en sus contextos relacionales explorando el significado pragmático de su discurso en dicho contexto más que en aspectos subjetivos -pensamientos, sentimientos, emociones- propios o de la consultante. A diferencia de las terapias tradicionales, donde destacan, por ejemplo, el establecimiento de estructuras jerárquicas de experto-no experto, discursos de patologías y disfunciones que se establecen en un contexto de certezas y verdades, entre otras. Esta perspectiva sugiere una colaboración mutua entre terapeuta y consultante, lo que repercute que en vez de ser jerárquica y autoritaria, pasa a ser una relación más horizontal, democrática e igualitaria, que permitió no sólo que el consultante asuma un rol de agente en su propio cambio, sino que además se puede establecer un proceso de comunicación en el que ambas partes, terapeuta y consultante, adquirieron roles que fueron recíprocos y construyeron juntos un contexto interpersonal que se dio dentro de un ámbito consensual. Por lo demás, esto es muy relevante, puesto que una vez más se confirma que la alianza terapéutica es determinante esencial del éxito terapéutico.

Aspectos como los mencionados recientemente, también permitieron que durante la terapia se haya establecido una relación basada principalmente en el respeto por las creencias, emociones, acciones, significados y decisiones que la consultante manifestó durante todo el proceso, de acuerdo a su historia singular. Además, se intentó en lo posible, que los cambios que se lograran en la consultante, no se impusieran de un modo unidireccional desde el terapeuta a la consultante, por el contrario, que estos cambios se realizaran como resultado de un constante esfuerzo colaborativo entre ambas partes, donde

el terapeuta tuvo una postura de curiosidad y escucha y una visión centrada más en los recursos que en los déficits.

Finalmente, el trabajo y el esfuerzo dedicado a esta investigación, permitió obtener los resultados que en gran parte se resumen en estas conclusiones. Sin embargo, hubo un resultado que tuvo un alcance inesperado para el terapeuta hasta antes de finalizar este estudio, que consistió en desafiar una creencia que ha estado social, cultural e históricamente presente en los discursos y representaciones sociales: “las personas de la tercera edad no cambian”. La consultante tenía 62 años, por lo que queda sustentado, mediante la identificación de los indicadores genéricos de cambio, que a través del uso de la terapia dialógica ella fue agente de su propio cambio no sólo a nivel personal, sino a nivel contextual tanto a nivel laboral como familiar al ofrecerle un contexto terapéutico reflexivo, colaborativo y generativo de nuevos significados.

Es decir, el resultado de esta investigación, además, abre nuevas alternativas de explicación, de comprensión y nuevas posibilidades de atención y tratamiento no sólo independiente del diagnóstico con que llega el consultante sino también de la edad que tenga, ampliando las expectativas tanto de consultantes como de terapeutas dentro del sistema de salud público y/o privado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L., Seligman, M. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Acherknecht, E.H. (1959). *A short history of psychiatry*. New York: Hafner Publishing.
- Aguirre, A. (2008) Antropología de la depresión. *Revista Malestar subjetivo*, 8 (3), 563-601.
- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echávarri, O., Vilches-Álvarez, O., Pérez C. (2010). Clients', therapists' and observers' agreement on the amount, temporal location and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20, 472-487.
- Alvarado, R. & Rojas, G. (2011). El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Revista médica de Chile*, 13 (5), 592-599.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G. & Muñoz, M. (2005). Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4-5), 278-286.
- Amezaga, A.C.; Dávila P., Y. y Vilches-Álvarez, O. (2013). *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (en prensa).
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Anderson, H. (1999). Reimaginar la terapia familiar: reflexiones sobre la familia invisible de Minuchin. *Revista de terapia de pareja y familia*, 25 (1), 1-8.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1995). El cliente es el experto: Un enfoque de la terapia del “no saber”. *Sistemas familiares*, 11 (3), 9-22.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. & Walters, R. (2002). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Bayés, R. (1979). *Psicología y medicina: Interacción cooperación, conflicto*. Barcelona: Fontanella.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1972). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Boczkowski, P.J. (1995). Articulaciones del construccionismo social en terapia familiar sistémica. *Sistemas familiares*, 11 (2), 37-48.
- Burr, V. (1995). *Una introducción al construccionismo social*. Londres: Routledge.
- Calderón, G. (2001). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. Mexico: Trillas.
- Capra, F. (1996). *El punto crucial: Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Buenos Aires: Editorial Estaciones.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado en cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Colomer, C. & Alvarez-Dardet, C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Conti, N. (2007) Historia de la depresión: La melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX. Buenos Aires: Polemos.
- Corral, C. C. (1994). *El razonamiento médico: Los fundamentos lógicos del método clínico*. Madrid: Díaz de Santos.
- Domínguez, R. & Narváez, P. (1998). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención. Guía metodológica*. Unidad de Salud Mental, DISAP, Ministerio de Salud de Chile.
- Echeverría, R. (1994). *Ontología del lenguaje*. Santiago, Chile: Dolmen.
- Ellis, A. & Ibáñez, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Erlanson, D.A., Harris, E. L., Skipper, B. L. & Allen, S. D. (1993). *Realizando indagación naturalista: Una guía de métodos*. Newbury Park, CA: Sage.
- Fernández, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2006). La filosofía de la psicoterapia cognitiva: entre Descartes y Spinoza. *Revista argentina de clínica psicológica*, 15 (3), 193-201.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J. C., Valdés, N., Vilches-Álvarez, O., Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 5-22.
- Fester, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Florenzano, R., Acuña, J. & Fullerton, C. (1998). Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 126, 397-405.
- Fried-Schnitman D. & Fuks, S. (1992). *La complejidad como recurso terapéutico*. Trabajo presentado en el Instituto de Estudios sobre la Familia y los Sistemas Humanos, Bruselas.

- Fullerton, C., Florenzano, R. & Acuña, J. (2000). Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Revista Médica de Chile* 128 (7), 729-734.
- Gergen, K.J. (1973). Social psychology as history. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26 (2), 309-320.
- Gergen, K.J. (1982). *Toward Transformation in social knowledge*. New York: Springer-Verlag.
- Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40 (3), 266-275.
- Gergen K.J. (1994). Hacia una psicología posmoderna y posoccidental. *Psykhé*, 3 (2) 105-113.
- Gergen, K.J. (1997). La comunicación terapéutica como relación. *Sistemas familiares*, 13 (3), 11-23.
- Gergen, K.J. & Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Goic G., A. (2000). *El fin de la medicina*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Gil, J. & Pérez, V. (2005). Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de Atención Primaria en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (2), 220-241.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2004). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

- Hill, C.E., Thompson, B.J. & Williams, E.N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Hill, D. (1970). *La depresión en la historia*. Nueva York: Medcom.
- Hoffman, L. (1999). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*, 2 (2), 41-53.
- Jackson, W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
- Jiménez, J.P. (2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada. *Psiquiatría y Salud Mental*, 20 (3), 143-154.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15 (1), 119-145.
- Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica: Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhé*, 1, 41-52.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 1-22.
- Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetivas a través de la psicoterapia. *Terapia psicológica*, 2 (30), 29-43.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Tomicic, A., Dagnino, P., Echávarri, O.,

- Valdés, N., Vilches-Álvarez, O., Ben-Dov, P., Altimir, C. (2006). Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-325.
- Krause, M. (2007). La psicoterapia al microscopio. *Revista de psiquiatría universitaria*, 3 (3), 258-265.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echávarri, O., Vilches-Álvarez, O., Ben-Dov, P., Strasser, K., Reyes, L., Altimir, C., Ramirez, I. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En R.J. Friedman y M.M. Katz (dirs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Nueva York: Wiley.
- Linares, M. (2008). *El reconocimiento de la depresión en atención primaria*. Tesis de Magister, UCLA, Lara, Venezuela.
- Maione, P.V. & Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. En: M. Hubble, B. Duncanm & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 57- 88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Manes, J. & Ayuso, J. L. (2010). Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Atención primaria*, 42 (1), 47-49.
- McKerman, J. (1997). *Investigación-acción y currículum*. Madrid, España: Morata.
- McNamee, S. & Gergen, K.J. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona:

Paidós.

Mead, G.H. (1934). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós, 1972.

MINSAL (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Unidad de Salud Mental. Santiago de Chile.

MINSAL (2006). *Tratamiento de personas con depresión. Guía clínica*. Unidad de Salud Mental. Santiago de Chile.

MINSAL (2009). *Tratamiento de personas con depresión. Guía clínica*. Unidad de Salud Mental. Santiago de Chile.

Nezu, A.M. (1987). Una formulación de solución de problemas de la depresión: Una revisión de la literatura y propuesta de un modelo pluralista. *Psicología Clínica*, 7, 121-144.

Oblitas, L. A. & Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.

Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)*. Ginebra: O.M.S.

Orlinsky, D.E. & Howard. (1978). *The relation of process to outcome in psychotherapy*. En Garfield S.L. & Bergin, A.E. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

Pardinas, F. (1989). *Metodologías y técnicas de investigación en ciencias sociales: introducción elemental*. México: Siglo XXI.

Pemjeam, A. & Rojas I. (2006). Atención de personas con depresión en el Auge. *Gaceta*

Universitaria, 2, 244-246.

Pérez, F.A. (1999). Biología de los trastornos afectivos. *Revista Medicina y humanidades*, 56 (1288), 57-59.

Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493-510.

Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: State University of New York Press.

Rehm, L. P. (1977). Un modelo de auto-control de la depresión. *Terapia del comportamiento*, 8, 787-804.

Salinas, J. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: un caso. *Revista electrónica de psicología iztacal*. 1 (1), 1-17.

Sánchez, J. & Cárdenas, L. (2005). Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. *Revista de salud global*, (3), 1-8.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Selmes, J. (1995). *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Limusa.

Skinner, B. (1953). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.

Skinner, B. (1977). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella

Smith, S. (1984). *Ideas de los grandes psicólogos*. Barcelona: Laia.

Stiles, W.B. (1997). Consensual qualitative research: some cautions. *Counseling*

Psychologist, 25, 586-598.

Suárez, M., Pujol, S., Arboleda-Florez, J. & Goñi, M. (2009). Estudio del conocimiento sobre los trastornos depresivos entre los médicos asistenciales en Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 20, 405-410.

Taylor, R. B. & David, A. K. (2006). *Medicina de familia: Principios y práctica*.

Barcelona: Masson.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.

Buenos Aires: Paidós.

Valdés, N., Krause, M., Vilches-Álvarez, O., Dagnino, P., Echavarri, O., Ven-Dov, P.,

Arístegui, R., de la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psyche*, 14 (2), 3-18.

Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología conductual*, 8 (3), 417-449.

Vega, J., Muñoz, M., George, M. & Monreal, V. (2001). *La depresión: detección diagnós-*

tico y tratamiento. Guía Clínica para la Atención Primaria. Unidad de Salud Mental, DISAP, Ministerio de Salud de Chile.

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Revista Médica de Chile*. 130 (5), 27-36.

Vilches-Álvarez, O. (2001) Intento de suicidio en adolescentes. Proceso terapéutico.

- Mirada desde la narrativa y el construccionismo social. *Terapia Psicológica*, 19 (2), 177-183.
- Vilches-Álvarez, O. & Germain, L. (2002). De-construcción y construcción de narrativas familiares. Una alternativa en el trabajo clínico, psicológico y psiquiátrico. *Terapia Psicológica*, 20 (2), 177-182.
- Vilches-Álvarez, O. (2005). *Proceso de cambio psicoterapéutico: momentos de cambio y acciones comunicacionales en una terapia familiar, construccionista social*. Tesis de Magister, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.
- Vilches-Álvarez, O. (2007). *Construccionismo Social y Psicoterapia. Vínculo terapéutico*. VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia y I Congreso Uruguayo de Psicoterapia; Septiembre 2007, Montevideo, Uruguay.
- Vilches-Álvarez, O. (2009). *Conversación en la psicoterapia: Uso del lenguaje, monólogos versus diálogos colaborativos*. IX Congreso Latinoamericano de psicoterapia y II Congreso Nacional de la Asociación Peruana de Psicoterapia, Septiembre 2009. Lima, Perú.
- Von Bergen, A. & de La Parra, G. (2002). OQ-45.2. Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*. 20, 161-176.
- White M. (2002) *Reescribir la vida*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Zarragoitia, I. (2006). La Depresión en Atención Primaria de Salud Mental. *Revista*

Hospital Psiquiátrico de la Habana. 3 (2).

Zurro, M. & Jodar, G. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar comunitaria.*

España: Elsevier.

Zurro, M. & Pérez, J. (1994). *Atención primaria, conceptos, organizaciones y prácticas clínicas.* Barcelona: Doyma.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de Valparaíso

Escuela de Psicología

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO

(Consultante)

Yo....., he sido invitado/a a participar en el estudio denominado **“Terapia dialógica: narrativa y cambios de significados durante el proceso psicoterapéutico”**. Este es un proyecto de investigación científica acerca del cambio en procesos psicoterapéuticos. La realización de este proyecto tiene la aprobación de la Universidad de Valparaíso.

Estoy en conocimiento que en este estudio, las sesiones psicoterapéuticas en las cuales yo participaré en calidad de consultante, se grabarán en formatos de audio.

He sido informado que dado que mi decisión a participar es voluntaria, participe o no en este estudio, recibiré toda la atención necesaria, regular y sistemática que ofrece esta Unidad de tratamiento. Asimismo, sé que puedo negarme a participar y retirarme en cualquier momento del estudio, sin que esta decisión tenga un efecto adverso sobre la atención terapéutica que recibiré.

Habiendo leído este consentimiento y estando de acuerdo en participar en este estudio

Firma

Santiago, _____ 2011

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Ps. Jorge Rosende, al teléfono: (32) 250 8775, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

ANEXO 2

SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

El Sistema de Garantías Explícitas en Salud, consiste en el derecho que otorga la ley a todos los afiliados de FONASA e ISAPRE y a sus respectivas cargas, para ser atendidos en condiciones especiales que garantizan su acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, en el caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud de Chile (Superintendencia de Salud de Chile, 2008).

El GES, identifica los problemas de salud más prioritarios, bajo los criterios de las enfermedades que padecen los chilenos que son más frecuentes, más graves, que tienen un alto costo económico y que dañan más a la calidad de vida, asegurando respecto de ellos, la atención médica y, al mismo tiempo, un máximo de co-pago por parte del usuario por esa atención (Pemjean y Rojas, 2006).

Los afiliados y beneficiarios de FONASA que presentan depresión y opten por atenderse bajo la modalidad GES, se deberán atender en los Establecimientos Públicos de Salud que les corresponda, esto es, en los consultorios de Atención Primaria. En los casos de las personas que tienen ISAPRE, deberán atenderse en los establecimientos privados de salud de acuerdo a los convenios establecidos (Pemjean y Rojas, 2006).

Tal como se ha mencionado hasta el momento, la Atención Primaria de Salud es el lugar donde se presenta la mayor demanda y problemáticas para tratar la depresión, por lo mismo es que el análisis se centra en este nivel de atención. A continuación se mencionarán algunos aspectos relevantes de la APS, para luego abordar con mayor detalle el PDITD, principalmente en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la depresión.

ANEXO 3

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata, definió la Atención Primaria de Salud en el año 1978 como: “Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS), del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas” (Zurro y Jodar, 2011).

La APS, ha de estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y los problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de las actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación comunitaria (Zurro y Pérez, 1994).

ANEXO 4

PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN (PDTID)

Dentro de este marco de referencia y con la finalidad de cumplir con las necesidades imperantes en el país, el Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Salud, generó un programa estandarizado de alcance nacional, llamado Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión (PDTID), el cual tuvo como finalidad enfrentar de un modo planificado, coordinado y sistematizado este desafío. Este programa debía ser llevado a cabo por cada uno de los profesionales pertenecientes a los Centros de Atención Primaria de Salud, con el objetivo de mejorar las habilidades y destrezas de los profesionales y así aumentar la resolutivez y satisfacción de los usuarios. Con esta estrategia de tratamiento, el acceso a la Atención Primaria permitía ampliarse en el sentido de no incluir sólo a los severamente enfermos, sino también a pacientes en estadios tempranos de sus procesos de enfermedad depresiva (Vega *et al.*, 2001; Zarragoitia, 2006).

Los objetivos y componentes del programa para el tratamiento consisten principalmente en reducir y/o eliminar los signos y síntomas del trastorno, como a su vez, restablecer el funcionamiento psicosocial, laboral o vocacional al nivel premórbido, minimizando las posibilidades de recaídas. Para alcanzar estos objetivos, la evaluación diagnóstica debía ser amplia e integral, de modo de incluir la salud física, las manifestaciones fisiológicas, emocionales y conductuales de la depresión junto a los antecedentes personales, familiares y la situación de vida actual. El tratamiento de la depresión se organizó en planes estructurados de atención, puesto que se consideró que de esta forma se lograrían mejores resultados, en términos de disminución de la sintomatología (MINSAL, 2009).

Detección de Depresión en la APS

La Guía Clínica para la depresión establece que el reconocimiento de un trastorno depresivo puede y debe hacerlo cualquier profesional del equipo en sus actividades habituales: controles de salud, consultas de morbilidad, entrevista social, visitas domiciliarias, etc.

Para una adecuada detección, los profesionales de la APS deben familiarizarse con las preguntas básicas sobre síntomas de depresión que han sido incluidas en el Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA).

Un aspecto que complementa lo anterior, es que dentro del protocolo además se estableció la aplicación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12). Ante la sospecha de depresión, por tamizaje positivo o presencia de varios factores de riesgo, se estableció la derivación a un médico general o médico de familia para la confirmación diagnóstica.

Diagnóstico de Depresión en la APS

Luego de realizar el tamizaje para detectar la depresión y realizar las derivaciones correspondientes, se procede a establecer el diagnóstico definitivo.

Actualmente existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas y que resultan ser las más importantes a nivel internacional: la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en su versión actual (DSM IV-TR) y la clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS en su versión décima (CIE 10).

Respecto a la primera, la psiquiatría, específicamente, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) creó un sistema categorial de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales denominado DSM, que en español quiere decir (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). En este manual se utiliza el término de Trastorno Mental, lo que conlleva a que se realice una distinción entre los trastornos físicos y los trastornos de la mente (un anacronismo reduccionista del individuo mente/cuerpo). Este sistema de clasificación es fruto principalmente del modelo Médico (Belloch, 1995).

Ambos manuales tienen como propósito proporcionar criterios que sirvan para mejorar la fiabilidad del diagnóstico y describir claramente las categorías diagnósticas. Los criterios que se utilizan se establecen fundamentalmente sobre la base de los comportamientos observables directa o indirectamente. Es estrictamente descriptivo y no implica asunciones teóricas. Una de las finalidades más importantes es tener un lenguaje común entre los profesionales de la salud, por lo mismo, los dos manuales presentan criterios muy similares para realizar el diagnóstico de depresión.

En la APS se ha optado por utilizar los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con la finalidad de realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades mentales y somáticas, y especificando qué tipo de depresión es la que presenta el consultante dentro de los distintos tipos de trastornos depresivos que se han considerado hasta la fecha. Este manual, a diferencia del DSM, presenta una clasificación de todas las enfermedades existentes, utilizándose un capítulo específico para las que se consideran enfermedades mentales. Además, realiza una distinción en tres niveles del episodio depresivo: Leve, Moderado y Severo.

Episodio depresivo leve: se considerará cuando se encuentran presentes dos o tres síntomas del criterio B. En este caso, la persona está apta para continuar la mayoría de las actividades.

Episodio depresivo moderado: La persona probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Están presentes al menos dos síntomas del criterio B; y síntomas del criterio C hasta sumar un total mínimo de seis síntomas de los criterios establecidos.

Episodio depresivo severo: las personas con este tipo de Depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

Esta última categoría es la más grave y es donde se diagnostica la depresión mayor, que suele asociarse con la depresión endógena y homologarse a las descripciones de la depresión clínica que realiza Beck, específicamente porque suele presentarse en ella la triada cognitiva.

En los tres niveles se presenta decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La severidad de la Depresión va a depender del juicio clínico, y toma en cuenta la cantidad, el tipo y la severidad de los síntomas presentes en el consultante.

ANEXO 5

CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Criterios CIE-10 para el Diagnóstico de la Depresión

A. Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no Síndrome Somático.

Luego de realizar el diagnóstico definitivo, de acuerdo a la gravedad de éste, se determinarán las acciones que se realizarán en el tratamiento. Cabe mencionar que dentro de este protocolo de atención, también se establecen diferenciaciones entre las depresiones con psicosis, con alto riesgo suicida, con trastorno bipolar y la depresión refractaria, las cuales se derivan a un equipo especializado. Estas últimas no se abordarán con un mayor detalle dado los alcances que pretende este estudio.

ANEXO 6

INDICADORES GENÉRICOS DE CAMBIO

Basados en las teorías subjetivas y con la finalidad de establecer criterios que permitan determinar cuándo se produce un cambio en la psicoterapia, se construyó una lista de indicadores de cambios sucesivos que se presenta a continuación, en orden jerárquico, desde cambios iniciales hacia cambios de periodos avanzados de la terapia (Krause, 2007).

I. Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica	<ol style="list-style-type: none">1. Aceptación de la existencia de un problema.2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.4. Expresión de esperanza.5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción.6. Expresión de la necesidad de cambio.7. Reconocimiento de la propia participación de los problemas.
II. Aumento de la permeabilidad de nuevos entendimientos	<ol style="list-style-type: none">8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.10. Aparición de sentimientos de competencia.11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos.12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
III. Construcción y consolidación de nuevos entendimientos	<ol style="list-style-type: none">13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.16. Autonomía en cuanto al manejo del contexto de significado psicológico.17. Reconocimiento de la ayuda recibida.18. Disminución de la asimetría.19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.

Junto con los indicadores mencionados anteriormente, se establecieron criterios de selección de momentos de cambio. Se seleccionaron momentos de cambio intra-sesión y extra-sesión, los cuales deben cumplir con los criterios de correspondencia teórica, verificabilidad, novedad y consistencia.

Correspondencia teórica: se refiere a que los contenidos del momento de cambio deben corresponder a alguno de los indicadores genéricos de la lista previamente expuesta.

Verificabilidad: indica que el cambio debe observarse en sesión o, en caso de los cambios extra-sesión, deberá ser mencionado en la sesión y poder ser referidos a la terapia.

Novedad: significa que el fenómeno debe manifestarse por primera vez.

Consistencia: se refiere a la concordancia del cambio expresado verbalmente con las claves no verbales, tanto generales como idiosincráticas de cada paciente, y al hecho que los momentos posteriores de la sesión o de la terapia no deben contradecirlo (Krause *et al.*, 2006).

ANEXO 7

IDENTIFICACIÓN DE LOS INDICADORES GENÉRICOS DE CAMBIO

Ejemplos de identificación de indicadores de cambio

A continuación, se presentarán los ejemplos de verbalizaciones correspondientes a los diferentes momentos de cambio identificados según su indicador genérico de cambio, colocando la pregunta del terapeuta que inicia el episodio de cambio y la verbalización de la consultante cuando se identifica el momento de cambio y finaliza el episodio. Al final del párrafo se identificará la sesión con la letra “S”, luego el número de la sesión seguida con el número de IGC y, finalmente, el turno de palabra que inicia el episodio y la que finaliza con la verbalización de la consultante identificada como el momento de cambio.

Cabe señalar, sin embargo, que estas ilustraciones son solamente parciales, en la medida que excluyen los componentes no verbales. Los ejemplos serán expuestos en forma ordenada, de acuerdo a cómo se fueron identificando los IGC en el análisis realizado durante la evolución del proceso psicoterapéutico. Se encuentran los correspondientes a los cambios que se verbalizaron como producto del diálogo dentro de las sesiones (intra-sesión) y los que el consultante refería a situaciones dadas fuera de las sesiones (extra-sesión).

- *Indicador 5: Cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales.*

El cambio posiblemente comienza a gestarse cuando el terapeuta hace una distinción en su lenguaje y expresa la curiosidad de saber qué es lo que actualmente puede generar en la consultante un mayor malestar hacia su marido (según lo narrado por ella) a diferencia de lo que ocurría anteriormente. Para clarificar esta situación realiza la siguiente pregunta:

191. T: *¿Por qué ahora esto es un problema para usted, cuando ha sido a lo largo del tiempo de alguna forma como similar?*

220. C: *“yo creo que eso es lo que está aflorando ahora (llora) yo creo que ahora lo estoy haciendo sufrir como él me hizo sufrir a mí”* (S1, IGC 5, intra, 191-220).

Esta intervención facilita que se desarrolle un diálogo reflexivo, permitiéndole asociar que lo que generaba la diferencia en el último tiempo en la relación con su marido, era su propio cambio de comportamiento y que interpreta como malestar “emocional”.

- *Indicador 7: Reconocimiento de la propia participación en los problemas.*

Durante el diálogo terapéutico, la consultante analiza su estilo relacional de afrontamiento de los problemas, generando un reconocimiento en ella de que es partícipe y forma parte de éstos, lo cual se puede apreciar en el siguiente momento de la sesión:

128. C: *“Me doy cuenta que al parecer tengo que cambiar yo algunas cosas...porque yo también puedo cometer errores como toda la gente”* (S2, IGC 7, intra, 105-128).

- *Indicador 7: Reconocimiento de la propia participación en los problemas.*

Cambio observado cuando la consultante expresa lo siguiente en relación al marido:

27 y 31. C: *“y yo permití quizás en algún momento que él se sintiera superior a mí porque...yo fui prácticamente una geisha, hacía todo...le servía todo”* (S3, IGC 7, extra, 21-27 y 31).

- *Indicador 5: Cuestionamientos de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales.*

Dentro de las problemáticas que presentaba la consultante en la relación con su hijo, se encontraban, por ejemplo, cuando Sarah percibía dificultad en la comunicación y cercanía con él. Esto se manifestaba claramente para ella cuando intentaba ofrecerle su ayuda o atenderlo o situaciones similares a éstas. Su hijo en algunas oportunidades prefería

hacerlo solo. Cuando esto ocurría, la consultante sentía rabia y solía llegar a la conclusión de que su hijo no era cariñoso con ella, puesto que él no reaccionaba de la manera que esperaba, en este caso, aceptando la ayuda ofrecida. El terapeuta, ante esta situación, le pide que describa un ejemplo para clarificar esta situación. La consultante lo relata así:

73. C: “Yo a veces le digo ¿“mi niño querido, quiere esto”? “no, gracias” me dice ¿“hijo le hago esto”? “no gracias mamá” ¿“Fabián, le sirvo oncecita hijo”? “no, después tomo yo”. Y a la tercera vez que me dice así, lo mando a buena parte, le cierro la puerta y me siento” (S4, IGC 5, intra, 70-73 y77).

Posteriormente, el terapeuta reflexiona junto a la consultante con la finalidad de que pueda realizar un ejercicio de colocarse en el lugar del otro, para que de esta manera, se puedan abrir nuevas posibilidades de entendimiento y emoción en relación a la imagen que tiene la consultante de su hijo. La intervención fue realizada del siguiente modo:

74. T: ¿Qué le pasará a él que responde así?

75. C: No sé, a mí me dice que me ama por sobre todas las cosas

76. T: Trate de ponerse en su lugar en ese momento ¿qué le estará pasando mientras usted le ofrece esas cosas y él le responde de esa forma?

77. C: No sé, será que soy catete con él (S4, IGC 5, 74-77)

En esta última frase que manifiesta la consultante, se puede apreciar el momento más preciso en el cual ella comienza a plantearse la posibilidad de tener responsabilidad en el cambio de la interacción con su hijo.

- *Indicador 8: Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.*

Luego de que la consultante va generando mayores niveles de reflexión durante la terapia respecto a la historia de la relación con su marido, llega a la conclusión de que lo más probable es que le tiene un cariño como persona, principalmente por el tiempo que han permanecido juntos y por los hijos que han tenido, sin embargo, actualmente no le llama la atención como pareja. Esta nueva construcción de la imagen de sí misma, le permite que

emerjan nuevas necesidades y deseos en ella para su vida actual y futura. Esto se puede apreciar en el siguiente momento de la sesión:

230. C: *“Quiero enamorarme, quiero amar, quiero sentir ese amor bonito, sin obligaciones de atender a nadie, de un amor como incondicional, convivir con esa persona”* (S5, IGC 8, intra, 212-230).

- *Indicador 9: Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.*

La consultante manifiesta en la sesión que se había dado cuenta que valía como persona y comenta un hecho donde esto se ve reflejado con su marido, que se relaciona con hacerse respetar. El momento de cambio se aprecia cuando la consultante expresa:

29. C: *“Porque me he atrevido a ponerme en mi lugar, porque yo vivo en mi casa, que a mí me costó”* (...) *“y esta mañana mi marido me gritó...y yo le dije, qué estás gritando tú le dije, yo estaba ocupada, y tú no tienes por qué gritarme, si no soy sorda, ni soy tonta tampoco”* (S6, IGC 9, extra, 27-29).

- *Indicador 9: Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.*

La consultante comenta, en relación a su marido, que anteriormente le tenía miedo desde el comienzo del matrimonio, teniendo que hacer muchas cosas que no quería por temor a la reacción que pudiese haber tenido él. Esto se acompañaba además de que en ese entonces estaba su tía viva y sus hijos pequeños, por lo que no quería que se dieran cuenta de esto. El momento de cambio se observa cuando la consultante manifiesta:

37. C: *“yo tenía miedo a contestarle, a reclamarle”* (...) *“entonces ahora sí me siento más libre, ahora le digo voy a salir”* (S6, IGC 9, Extra, 34-37).

- *Indicador 9: Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.*

Luego de pasar un tiempo sin que la consultante vea a la persona con la que tuvo una relación extramarital, se juntó para aclarar algunos temas pendientes que habían entre ellos. El momento de cambio se puede apreciar cuando la consultante relata lo siguiente:

20. C: *“y le dije: ya ahora vamos a conversar” (...) “acá te digo que no quiero nada más contigo, que me decepcionaste, que me defraudaste, le dije todo lo que tenía que decirle”* (S7, IGC 9, extra, 16-20).

- *Indicador 9: Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.*

Observado cuando la consultante comenta un cambio que realizó con su hijo en el tema del aseo de su pieza. La consultante le pedía en reiteradas ocasiones que limpiara la pieza de él, sin embargo, esto no solía ocurrir, por lo que ella terminaba haciendo esto, sobre todo porque no toleraba pasar por afuera de la pieza y verla desordenada. El momento de cambio se puede apreciar cuando la consultante expresa:

60. C: *“la otra vez intenté pasar por afuera de la pieza, y cuando la veía desordenada, entonces, en vez de hacerla, cerré la puerta y seguí”* (S7, IGC 9, extra, 59-60).

- *Indicador 11c: Establecimiento de nuevas conexiones.*

Cambio observado cuando la consultante después de la intervención que realiza el terapeuta, logra conectar aspectos propios de su persona con elementos biográficos. En este caso, se vincula con la explicación y el significado que tiene ella acerca de la temática de la limpieza. Esto se puede apreciar en el siguiente momento de la sesión:

91. T: *¿Cómo se conecta esto con su historia?*

92. C: *“Es que igual me criaron así, todo ordenado, todo limpio, bien presentado...es que tal vez soy un poco intolerante*

cuando no veo esto como que está todo ordenado, limpio...porque vi el ejemplo en mi casa, el ejemplo de mi abuela” (...) “terminábamos siendo esclavas del plumero, esclava del trapero” (...) “teníamos que hacer las cosas, como yo me crié en el campo, tuve que aprender muchas cosas” (S7, IGC 11c, intra, 79-92).

- *Indicador 6: Expresión de la necesidad de cambio.*

Uno de los aspectos que más recurrentemente la consultante narraba como una dificultad, consistía en el modo de enfrentar los problemas. En reiteradas ocasiones no lograba el objetivo que ella esperaba. Luego de que se evalúan diferentes alternativas de cómo aprender nuevos estilos de afrontamiento, la consultante expresa la necesidad de cambiar de la siguiente manera, en este caso, en la relación con su marido:

64. C: *“Creo que tengo derecho a tener rabia, y quiero decírselo, pero quiero estar bien para decírselo, quiero estar serena, quiero estar tranquila” (S8, IGC 6, intra, 55-64).*

- *Indicador 10: Aparición de sentimientos de competencia.*

Cambio observado cuando la consultante expresa lo siguiente en relación a su marido:

68. C: *“Pero ahora como que me he sentido mucho más fuerte, ya fui capaz de decirle algo el otro día sin ponerme a llorar, sin pelear, nada” (S8, IGC 10, extra, 65-68).*

- *Indicador 9: Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.*

Cambio observado cuando la consultante expresa lo siguiente en relación a su marido, respecto a una conversación importante que tuvo con él, donde pudo desahogarse diciéndole muchas cosas que pensaba y sentía de la relación que tenían como pareja y de la vida matrimonial:

3 y 13. C: *“Largué todo” (...)* *“y se las fui largando, terminé de decirle todo, todo, todo, todo, todo, todo, todo lo que tenía...y me sentí tan bien doctor”* (S9, IGC 9, extra, 3-3 y 13).

- *Indicador 8: Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.*

La consultante relata en la sesión una conversación importante que tuvo con su marido, donde le manifestó lo que pensaba y sentía del matrimonio que habían tenido hasta ese momento. Lo que más le extrañaba durante esta conversación y al poco tiempo de terminarla, fue cómo reaccionó en el momento, sobre todo en el aspecto emocional, cambiando la percepción de la imagen que tenía de sí misma al momento de enfrentar los problemas. Esto se puede apreciar cuando la consultante comenta lo siguiente:

19. C: *“Pero yo extrañada, extrañada porque me decía, por qué no me sale una lagrima, por qué no me da susto, porque a mí me daba susto...por qué no me da rabia...tenía un sentimiento de...me sentí valiente, sentí que sí podía decir las cosas que sentía, sin tener que estar llorando, sin tener que enojarme, sin tener que amurrarme”* (S9, IGC 8, extra, 19).

- *Indicador 8: Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.*

La consultante descubre un cambio en sí misma en el aspecto emocional que se relaciona con su marido. Lo manifiesta en la sesión de la siguiente manera luego de la intervención que realiza el terapeuta:

48. T: *¿O sea, como que eso que me contaba en otras sesiones de rabia, rencores, cuando me decía como que todavía quedaba algo, siente ahora que eso que faltaba salió?*

49. C: *“Sí, ahora salió, me siento libre de esos rencores hacia él”* (S9, IGC 8, intra, 40-49).

- *Indicador 10: Aparición de sentimientos de competencia.*

Cambio observado cuando la consultante expresa lo siguiente acerca del nuevo estilo relacional que adquirió para decir las cosas:

73. C: “Ya aprendí que ya puedo decir las cosas y que las puedo decir en el momento, no me voy a callar más las cosas, no me las voy a callar, caiga quien caiga, yo siempre me he callado las cosas por temor a herir a las personas, pero ya sé que puedo decir las cosas sin tener que herir a las personas, entonces, por qué no puedo seguir adelante no hiriéndolas, pero sí voy a decir las cosas” (S9, IGC 10, intra, 70-73).

- *Indicador 7: Reconocimiento de la propia participación en los problemas.*

La consultante llega a la conclusión de que tenía que tomar protagonismo para realizar cambios en la problemática que existía con sus hijos. Manifestaba que le había entregado lo que ellos esperaban, sin embargo, no percibía una retribución por parte de ellos, explicándose que eso tenía que ver con algo que ella no había resuelto aún. La consultante lo relata de la siguiente forma en la sesión:

91. C: “Creo que ahora me falta ponerle los puntos sobre las íes a mis dos hijos, qué es lo que yo espero de ellos” (...) “quiero que me vean como dueña de casa, no como la dueña de la casa, la casa es de todos, y que no abusen conmigo, porque yo he dejado que abusen conmigo” (S9, IGC 7, intra, 90-91).

- *Indicador 11b: Establecimiento de nuevas conexiones.*

Cambio observado cuando la consultante expresa la conexión que realizó entre aspectos propios con los del entorno, en este caso particular, con su marido:

12. C: “Pero cada vez que estoy cerca de él siento ya un rechazo...siento que ya no lo amo, yo se lo he dicho a usted...pensé que podía revertir esto, pero sabe, si hay algo que me sirvió la

conversación que tuve la otra vez con él...fue para darme cuenta que aunque lograra hacer eso, siento que no hay caso...que estoy aburrida, que no me dan ganas de llegar a la casa...no me imagino jubilar y tener que estar en la casa con él todo el día, me muero, yo trabajaría en cualquier cosa pero todo menos eso” (S10, IGC 11b, extra, 1-12).

- Indicador 11b: Establecimiento de nuevas conexiones.

Cambio observado cuando la consultante expresa la conexión que realizó entre aspectos propios con el entorno, en este caso específico, con sus hijos:

80. C: *“No quiero hacerles daño, porque ellos son algo muy preciado para mí” (S10, IGC 11b, extra, 80).*

Esta frase la consultante la dice debido a la preocupación que tenía por sus hijos por el hecho de que puedan ser dañados por la decisión que estaba tomando de separarse en ese momento.

- *Indicador 12: Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.*

Cambio observado cuando la consultante expresó lo siguiente:

98. C: *“Me arrepiento tanto de no haber tomado antes la decisión de separarme...de haber hecho esto antes, de haber callado tanto tiempo, de haber sido tan débil...de no haberme dado cuenta de cómo me estaban tratando, de no haber tenido el valor de decirle las cosas antes de una vez...pero sabe, por algo son las cosas y nunca es tarde para hacerlo, y siento la necesidad de hacerlo...la confianza para hacerlo...siento que merezco ser feliz” (S10, IGC 12; intra, 83-98).*

- *Indicador 13: Transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.*

En esta sesión asistió la consultante junto a su hija. Ambas manifestaron la necesidad de establecer un diálogo diferente entre ellas. La consultante manifiesta la esperanza de que esto pueda ser posible, reafirmando al realizar una comparación en cómo anteriormente decía las cosas y cómo lo hace en la actualidad. Esto se puede apreciar en los párrafos que se describirán a continuación:

31 y 35. C: *“Siento que estoy aprendiendo a decir lo que me pasa más tranquilamente” (...)* *“antes decía las cosas cuando explotaba...siento que al guardarme tantas cosas como que todo salía, cómo explicarle, como acumulado, como todo de una vez”.*

El momento de cambio se da en la sesión cuando la consultante expresa:

39. C: *“Siento que ahora que he podido soltar tantas cosas que me pasaban, que puedo decirlas más tranquilamente, así que espero que ahora pueda hacerlo de esta manera”* (S11, IGC 13, intra, 26-39).

- *Indicador 13: Transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.*

En la sesión que asisten la consultante y su hija, ambas se dan cuenta que les faltaba conversar más y de una manera diferente. Esta situación se puede ejemplificar cuando existían malos entendidos entre ellas, como cuando su hija se sentía culpable porque creía que su homosexualidad era la causa de la depresión de su madre, siendo que esto se daba principalmente por los problemas que presentaba Sarah con su marido. A medida que se va desarrollando el diálogo en la sesión, existen instantes relevantes donde se comienza a gestar el momento de cambio. Uno de ellos es cuando la consultante le expresa a su hija lo siguiente:

102. C: *“Lo que importa es que uno no pierda el apoyo y el cariño de las personas que uno quiere...no creo que esto de aceptar*

sea de la noche a la mañana, pero siento que he avanzado, tal vez lento, pero siento que cada vez lo puedo tolerar más, digerir.

Posteriormente, el momento de cambio se puede apreciar en el siguiente episodio de la sesión cuando la consultante le expresa a su hija:

108. C: *“Yo siempre voy a querer tu felicidad, me cuesta aceptarlo, ha sido un gran dolor, pero creo que es cosa de tiempo...pero no quiero que esto vaya a echar a perder más nuestra relación”* (S13, IGC11, intra, 94-108).

- *Indicador 13: Transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.*

Cambio observado cuando la consultante manifiesta lo siguiente en relación a sus hijos:

6. C: *“Pero no con hacerles daños a mis hijos, al escucharlos sentí que a ellos les iba a afectar igual, pero no sería tanto como yo me lo imaginaba, y eso me dejó tranquila”* (S13, IGC 13, extra, 1-6).

Acá se puede apreciar el cambio en la forma de percibir la situación de sus hijos, particularmente en lo que tiene que ver con las consecuencias que temía la consultante en ellos debido a la separación. Esto se da luego de que se incorporaron los hijos de la consultante a las sesiones, donde asistieron ambos hijos por separado con la consultante, una vez cada uno. Lo más importante para la consultante fue saber lo que pensaban y sentían ellos respecto a la decisión, y, por sobre todo, la aprobación de ésta.

- *Indicador 15: Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.*

El terapeuta realiza una intervención con el objetivo de que la consultante reflexione y compare su situación pasada con la actual, en relación a la separación con su marido y el cambio que ha presentado a raíz de esto. Posterior a esto, se puede apreciar el momento de cambio en la consultante:

55. T: *¿Y cómo es verse hacia atrás en esos momentos y verse a cómo se siente ahora?*

56. C: *“Me siento valiente...libre...contenta...los demás, por ejemplo, en el colegio me dicen, Sarah, que estás bien, por fin volviste a ser la Sarah alegre, entusiasta, poto loco jajaja y eso me hace sentir bien, porque siento que proyecto otra cosa”* (S13, IGC 15, intra, 39-56).

- *Indicador 11c: Establecimiento de nuevas conexiones.*

El indicador de cambio que se describirá a continuación, se diferencia del anterior específicamente en la temática. En este caso tiene que ver con la culpa que presentaba habitualmente la consultante en diferentes ámbitos. Luego de la intervención del terapeuta, logró vincular este sentimiento con elementos biográficos de la siguiente manera:

19. T: *¿Y con qué pudiese tener relación con su historia esto de ser como culposa?*

20. C: *“Quizás viene de mi vieja, sí...yo la recuerdo a ella como culposa, se culpaba por todo y de paso nos culpabilizaba también a nosotros con mis hermanos...tal vez venga de ahí, quien sabe...también yo creo que viene de la religión”* (S14, IGC 11c, intra, 5-20).

- *Indicador 13: Transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.*

Cambio observado cuando la consultante manifiesta lo siguiente respecto a la aceptación de la homosexualidad de su hija:

56. C: *“Yo sé que se necesitaba voluntad de mi parte también para que las cosas se puedan llevar mejor entre nosotros” (...)* *“yo igual veo a mi hija y la veo feliz, entonces, tampoco puedo ser tan egoísta de solamente pensar en mí”* (S15, IGC 13, extra, 56).

Se puede inferir, además, un logro en la consultante al haber desarrollado una mayor tolerancia respecto a la homosexualidad, ya que anteriormente era un asunto que no se encontraba ni siquiera como posibilidad de entenderlo y menos de ser aceptado.

- *Indicador 14: Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo.*

Cambio intra-sesión observado durante la sesión 17, cuando la consultante expresa lo siguiente respecto a la decisión que tomó de separarse de su marido:

52. C: *“Siento que puedo aún, como que no es tarde poder dirigir mi vida a donde la quiero llevar y no sentirme como encarcelada teniendo que pagar toda mi vida por una mala decisión que creo que tomé” (...)* *“ya está, y ahora hay que salir adelante y luchar por los proyectos que tengo. Siento que me voy a sentir más tranquila de todas maneras”* (S17, IGC 14, intra, 29-52).

- *Indicador 16: Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto del significado psicológico.*

El momento de cambio se puede apreciar luego de la siguiente pregunta que realiza el terapeuta, sobre el significado de la consultante acerca de la separación con su marido:

19. T: *¿Sarah, qué ha significado todo esto para usted, sobre todo que se haya concretado el hecho de la separación con su marido?*

20. C: *“Un paso hacia adelante...un crecimiento personal muy importante...porque no sólo fue la separación, sino que todo lo que pasó durante el proceso que llevó a la separación...el haberme hecho respetar, de aprender a enfrentar los problemas...a no quedarme callada, a controlar mis emociones”* (S18, IGC 16, intra, 13-20).

- *Indicador 19: Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador “global”).*

El momento de cambio se da cuando la consultante relata en esta última sesión, sus deseos y proyecciones futuras para su vida, dando fin al proceso psicoterapéutico, expresándolo de la siguiente manera:

24. C: *“Siento que lo que viene en adelante lo quiero hacer sola” (...)* *“quiero sentir que puedo hacer las cosas de ahora en adelante independiente, quiero que esto sea mío...siento que he aprendido muchas cosas acá y creo que ya es hora de aplicarlo en mi vida”* (S18, IGC 19, intra, 23-24).

ANEXO 8

Antecedentes informativos OQ-45-2., y resultados

(Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia)

El cuestionario de autoevaluación OQ-45.2., mide la transformación de la autopercepción del consultante antes de su tratamiento, sesión a sesión y al finalizar la psicoterapia. La evaluación se hace a través de tres áreas: percepción de su sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Este cuestionario fue desarrollado en Estados Unidos por Lambert (1996) y se presenta su adaptación, validación y las normas obtenidas para la población de nivel socio-económico medio-bajo y bajo, entre quince y sesenta años, de la Región Metropolitana de Chile. Se indica su forma de aplicación y de interpretación de los datos que se obtengan (von Bergen y de la Parra, 2002).

Al plantear Lambert las tres subescalas, sugiere un continuo desde cómo el consultante se siente y percibe, cómo se relaciona con otros significativos, y cómo está funcionando en tareas vitales como trabajo y estudio, es decir, en los diferentes contextos relacionales que participa.

En cuanto a la aplicación, el OQ, es un instrumento de autoadministración. La aplicación debería realizarse previo al ingreso a la sesión de psicoterapia, para interferir lo mínimo posible el desarrollo de la sesión de psicoterapia, pidiéndole al consultante que conteste en función de cómo se han sentido la última semana.

Los resultados del cuestionario OQ-45-2., se obtiene sumando el puntaje obtenido en cada ítem entregando un puntaje para cada escala, y la sumatoria de ellos da un puntaje total. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos, por lo tanto, el rango del puntaje del OQ total va de 0 a 180 puntos, indicando un mayor discomfort el puntaje mayor. La escala de sintomatología comprende 25 ítems, la de relaciones interpersonales 11 y la de rol social 9 ítems.

Normas: Puntaje de Corte (PC) e Índice de Cambio Confiable (ICC).

PC, es el puntaje que diferencia a una población funcional de una disfuncional. El ICC, es la diferencia de puntaje entre el inicio y final del tratamiento, que indica que el cambio es estadísticamente significativo, esto es, que excede el error muestral de medición.

El cambio para un sujeto se considera clínicamente significativo, cuando el puntaje final está bajo el PC y la diferencia entre el puntaje inicial y final es mayor al ICC.

Es un instrumento que a pesar de ser breve ha demostrado ser de alta confiabilidad y validez y aplicable a diversos tipos de población, cubriendo los motivos de consulta principales que llevan a un consultante a buscar ayuda psicoterapéutica.

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 N° Ficha: _____ Sesión N° _____ Fecha: _____
 Nombre Terapeuta _____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender cómo se ha estado sintiendo, básiense en los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa cómo se siente esta semana. En este cuestionario el término "trabajo" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "x" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	S	R
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0		<input type="checkbox"/>		
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>			
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>			
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>			
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>			
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0		<input type="checkbox"/>		
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>			
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>			
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>			
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	0					
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0					
14. Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta).	0	1	2	3	4					
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4					
16. Me abruman (angustian) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4					
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0					
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4					
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4					
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0					
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0					
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4					
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4					
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0					
25. Me molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4					
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4					
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4					
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0					
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4					
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4					
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	9					
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4					
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4					
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4					
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4					
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4					
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0					
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	0					

RESULTADOS CUESTIONARIO OQ-45-2., EN LA CONSULTANTE

SESION	FECHA	SD	IR	SR	TOTAL
1	23-05-11	62	14	15	91
2	02-06-11	55	10	13	78
3	09-06-11	76	20	28	124
4	16-06-11	49	23	13	75
5	23-06-11	45	13	18	76
6	13-07-11	42	9	11	62
7	21-07-11	41	9	11	61
8	28-07-11	24	31	10	65
9	08-08-11	41	14	9	65
10	18-08-11	48	15	11	74
11	01-09-11	45	12	11	68
12	22-09-11	31	9	9	49
13	06-10-11	44	10	8	62
14	03-11-11	43	13	11	67
15	13-12-11	47	14	13	74
16	29-12-11	37	16	14	67
17	03-01-12	49	14	16	79
18	11-01-12	33	10	11	54