

UNIVERSIDAD DE PALERMO Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

Tratamiento psiquiátrico de una paciente con un trastorno depresivo mayor, desde un modelo cognitivo constructivista- realista.

Tutor: Dr. Bulacio, Juan Manuel.

Autor: De La Vega Elena, Camila. Legajo: 48489

Junio 2013

INDICE	Página	
		1.
Introducción.....	4	2.
Objetivo.....	5	
2.1 Objetivo general.....	5	2.2
Objetivos específicos.....	5	3. Marco
Teórico.....	6	3.1
Definición y clasificación de los trastornos del estado de ánimo.....	6	3.1.1
Episodio depresivo mayor.....	7	3.1.2 Trastorno
Distímico.....	7	3.1.3 Trastorno Depresivo sin
especificar.....	8	3.1.4 Trastorno Depresivo
mayor.....	8	3.1.5 Diagnóstico Diferencial y
comorbilidad.....	9	3.2 Definición e indicadores de cronicidad en
la Depresión.....	9	3.3 Teorías explicativas de la
depresión.....	11	3.3.1 Teorías
Conductuales.....	11	3.3.2 Teorías
Biológicas.....	12	3.3.2.1 Tratamiento del
sustrato biológico del trastorno depresivo....	12	3.3.3 Teorías
Cognitivas.....	14	3.3.3.1 Teoría
cognitiva de Beck.....	14	3.3.3.2 Teoría de la

indefensión aprendida.....	16	3.3.3.3 Estilos atribucionales y
Depresión.....	17	3.4 Modelo cognitivo constructivista
realista.....	18	3.4.1 Características generales del
modelo.....	18	3.4.2 El enfoque constructivista realista en la
depresión.....	19	3.4.3 Tratamiento constructivista
realista.....	20	3.4.3.1 Tratamiento integral:
psicofarmacología.....	21	3.4.3.2 Tratamiento Integral: Psicoterapia
individual.....	21	3.4.3.2.1 Técnicas vía de entrada cognitiva,
preferentemente racional..	22	3.4.3.2.1.1 Técnica de resignificación de la
experiencia.....	22	3.4.3.2.1.2 Técnica de restructuración
cognitiva.....	22	3.4.3.2.1.3 Entrenamiento en el cambio de foco de
atención.....	22	3.4.3.2.1.4 Técnica de la
Moviola.....	23	
2		
3.4.3.2.2 Técnicas vía de entrada cognitiva, preferentemente emocional...	23	3.4.3.2.3
Técnica vía de entrada preferentemente conductual.....	24	3.4.3.2.3.1 Programa
de actividades agradables.....	24	3.4.3.2.3.2 Técnicas de
Asertividad.....	24	3.4.3.3 Terapia de
pareja.....	24	4.
Metodología.....	25	
4.1 Tipo de estudio.....	25	4.2
Participante.....	25	4.3
Instrumentos.....	26	4.3.1
Observación – Participante.....	26	4.3.2
Historia Clínica.....	26	4.3.3
Batería de Test.....	26	4.3.3.1
Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III.....	26	4.3.3.2
Inventario de Depresión de Beck.....	27	4.3.3.3
Inventario de valoración y afrontamiento.....	27	4.3.3.4 Índice
de Calidad de Vida.....	27	4.3.3.5 Inventario de
Ansiedad y Rasgo.....	28	5.
Procedimiento.....	28	6.
Desarrollo.....	29	
6.1 Generalidades del caso clínico	29	6.2

Descripción de las características del trastorno depresivo mayor del caso A.F.....	30	6.3
Descripción de la evolución de la sintomatología de la paciente A.F, en función de la Bateria de Tests administrados.....	33	
6.3.1 Primera etapa de administración- Marzo 2011.....	33	6.3.1.1
Inventario de Depresión de Beck.....	33	6.3.1.2.
Valoración y Afrontamiento.....	34	6.3.1.3.
STAI.....	34	6.3.1.4
Índice de Calidad de Vida.....	34	6.3.2
6.3.2 Segunda etapa de administración- Diciembre 2011.....	35	6.3.2.1
Inventario de Depresión de Beck.....	35	6.3.2.2.
Inventario de Valoración y Afrontamiento.....	35	6.3.2.3.
STAI.....	36	
3		
6.3.2.4 Índice de Calidad de Vida.....	36	6.3.2.5
MCMII III.....	37	6.3.3.
Análisis y conclusiones de las pruebas administradas.....	37	6.4
Descripción del tratamiento psiquiátrico y las intervenciones realizadas según el modelo Cognitivo, Constructivista Realista.....	38	6.5
Propuesta de las estrategias terapéuticas que se implementarían para el tratamiento integral del caso A.F.....	43	7.
Conclusión.....	45	8.
Referencias bibliográficas.....	50	9.
Anexos.....	52	

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de integración tiene como objetivo la descripción y el análisis del caso de una mujer de cuarenta y cinco años, quien fue diagnosticada con un Trastorno Depresivo Mayor, de carácter crónico.

Surge de la integración teórico-práctica del proceso llevado a cabo en un Hospital privado, en el marco de la materia Práctica y Habilitación profesional. En el mismo se trabaja con el modelo cognitivo con orientación constructivista realista.

En el transcurso de realización de la residencia, se trabajó con numerosos casos, la mayoría de los cuales referían a trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad.

Este caso fue seleccionado debido a la posibilidad de participar del tratamiento psiquiátrico del mismo junto a espacios de supervisión en una Fundación con orientación cognitivista. Se expone el caso de la paciente A.F y su tratamiento farmacológico, articulándolo con las intervenciones realizadas según el modelo Cognitivo, Constructivista Realista.

El objetivo del presente trabajo consiste en describir el Trastorno Depresivo Mayor para luego explicar brevemente el enfoque constructivista realista, las técnicas utilizadas y la aplicación de éstas al caso elegido.

Finalmente se proponen aquellas estrategias terapéuticas que no han podido ser implementadas durante el tratamiento debido a las limitaciones que presenta el marco institucional en el que se ha llevado a cabo.

5

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir en tratamiento psiquiátrico de una paciente que padece un trastorno depresivo mayor, desde un modelo cognitivo constructivista- realista.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Describir las características del trastorno depresivo mayor del caso A. F, en función de la evaluación psicología realizada al comienzo del tratamiento y la evolución del mismo hasta el presente.

2.2.2. Describir la evolución de la sintomatología de la paciente A. F, en función de la Batería de Tests administrados.

2.2.3. Describir el tratamiento psiquiátrico y las intervenciones realizadas de la paciente A.F según el modelo Cognitivo, Constructivista Realista.

2.2.4. Proponer las estrategias terapéuticas que se implementarían para el tratamiento integral del caso A.F.

6

3. MARCO TEORICO

3.1. Definición y clasificación de los trastornos del estado de ánimo

Fernández- Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez (2001) conceptualizan a la emoción como un proceso psicológico adaptativo, cuyo objetivo es el de coordinar al resto de los procesos psicológicos, cumpliendo funciones adaptativas, sociales y motivacionales.

Una respuesta emocional es de carácter multifactorial y conlleva diversos efectos sobre la persona, entre ellos sentimientos, sensaciones o experiencias subjetivas, los cuales giran en torno a la polaridad placer-displacer, fruto de la valoración de la situación por parte del individuo. Por lo tanto, podemos decir que la emoción es parte de un proceso que permite la integración con la acción y la cognición (Fernández- Abascal, Martín Díaz & Domínguez Sánchez, 2001).

Por su parte, Sadock y Sadock (2009), hacen referencia a que el estado de ánimo es un tono vital interno que es de carácter dominante y mantenido que influye tanto en la percepción que la persona tenga del mundo, como en su comportamiento. Cabe destacar que el estado de ánimo no necesariamente es estable, ya que el mismo puede ser normal, elevado o deprimido. Los individuos sanos perciben una amplia gama de estados de ánimo y de emociones, así como un amplio repertorio de expresiones de afecto. Pero cuando los sujetos perciben una pérdida de control de sus estados anímicos y experimentan un sufrimiento subjetivo de intenso malestar, estamos hablando de un grupo de afecciones clínicas denominadas trastornos del estado de ánimo.

La Asociación Psiquiátrica Americana (2002) divide la sección de los trastornos del estado del ánimo en tres partes. La primera incluye los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) los cuales sirven como la base fundamental para el diagnóstico de los trastornos, ya que, como dicen Belloch, Sandín y Ramos (2001), de la combinación de uno u otro, es lo que configurara la segunda parte, los diversos tipos de trastornos del estado del ánimo (trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología). Por

7

último, la tercera parte incluye las especificaciones para la descripción del episodio afectivo, según este sea de carácter reciente o recidivante.

A los fines del presente trabajo se detallan únicamente los criterios del episodio depresivo mayor y los subtipos de los trastornos depresivos.

3.1.1 Episodio depresivo mayor

El episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia de un conjunto de signos y síntomas que están presentes la mayor parte del día, que difieren de la actividad previa del individuo, provocándole un malestar significativo por un período de al menos dos semanas. Durante este período uno de los cinco síntomas necesarios para el diagnóstico de dicho episodio deben ser: un estado de ánimo depresivo o pérdida del interés en la mayor parte de las actividades. Otros síntomas pueden ser: pérdida o aumento del apetito, hipersomnias o insomnio, enlentecimiento o agitación motora, pérdida de energía, sentimientos de culpa o de inutilidad, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte. Es importante que estos síntomas no cumplan los criterios diagnósticos para un episodio mixto, descartando también que el individuo padezca una enfermedad médica preexistente o esté ingiriendo sustancias que puedan provocar dicha sintomatología, así como tampoco se encuentre atravesando un proceso de duelo (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

3.1.2 Trastorno distímico

Sadock y Sadock (2009) describen que el síntoma más común del trastorno distímico es un estado de ánimo bajo, el cual se mantiene de forma casi constante la mayor parte del día. Dicho trastorno se caracteriza por ser de inicio gradual, a menudo en la infancia u adolescencia, siguiendo un curso de carácter crónico de baja intensidad, por al menos dos años. Belloch et al. (2001) indican que dicho término estaba tradicionalmente en el apartado de trastornos de personalidad, pero su nueva ubicación en el DSM-IV-TR se asienta en la idea de que la distimia es más un trastorno de naturaleza subsindrómica que un trastorno de personalidad. Esto se encontraría avalado por la presencia de cuadros en los que la distimia se agrava y el paciente satisface los criterios de un episodio depresivo mayor. En estos casos se emplea el término *depresión*

8

doble, aunque este tipo de depresiones no se ha incluido en ningún sistema diagnóstico oficial.

3.1.3 Trastorno Depresivo sin especificar

Según Sadock y Sadock (2009) esta categoría estaría indicada para aquellos pacientes cuya sintomatología principal es de carácter depresivo, pero no cumplen formalmente los criterios de cualquier otro de los trastornos del estado del ánimo. Ejemplo de los

trastornos incluidos en esta categoría son el Trastorno disfórico premestruar y trastorno depresivo menor.

3.1.4 Trastorno Depresivo Mayor

La Asociación Psiquiátrica Americana (2002) indica que para establecerse el diagnóstico de un trastorno depresivo Mayor, además de la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, el paciente no debe presentar historia previa de episodios hipomaníacos, maníacos o mixtos. Estos síntomas no deben ser explicados por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, así como tampoco deben estar superpuestos a una esquizofrenia, trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. A nivel de criterios diagnósticos, la diferencia entre el trastorno depresivo Mayor de episodio único y el trastorno depresivo mayor recidivante remite a que para el segundo, debe transcurrir un intervalo temporal de por lo menos dos meses en los cuales el paciente no haya cumplido los criterios para un episodio depresivo mayor (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Las especificaciones que describen a los episodios depresivos recientes y los trastornos depresivos mayores (en sus dos formas) toma en cuenta dimensiones tales como la intensidad de la sintomatología (leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos), la temporalidad (en remisión parcial, remisión total o de carácter crónico) y la sintomatología predominante (síntomas catatónico, melancólicos, atípicos) (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

9

3.1.5 Diagnóstico diferencial y comorbilidad

El estado de ánimo bajo o tristeza, puede ser síntoma de cuadros clínicos muy diferentes, por lo tanto se debe evaluar de forma diferencial con respecto a los siguientes cuadros: Trast. Anímicos debido a condiciones médicas, trastornos obsesivos, reacciones de duelo, esquizofrenias y/o trast. Esquizoafectivos, trast. del sueño y demencias (Sadock y Sadock , 2009).

En lo que respecta a los trastornos de ansiedad, Belloch et al. (2001) establece que la ansiedad subjetiva como síntoma emocional, se encuentra presente junto a la depresión en uno 70-80% de los casos, haciendo complicada su separación.

3.2 Definición e indicadores de cronicidad en la depresión Según Lara y Klein (1999) el incremento de la atención a los casos crónicos de depresión se apoya en los propios datos de prevalencia. Un 15% del total de casos de depresión, cumplen con criterios de cronicidad (como se cita en Agudelo Vélez, 2005). Otros estudios como los

de Sullivan, Neale y Kendler (1995) afirman que el porcentaje de pacientes que atraviesan un curso crónico y sin remisiones se encuentra entre un 20 y un 30% (como se cita en Silva, 2002). Gastó, Vallejo y Menchón (1993) conceptualizan a la depresión crónica como un tipo de depresión que ha perdido su carácter episódico, no pudiendo constatarse períodos donde el paciente esté libre de síntomas. Establecen que hay diversos factores que pueden condicionar la evolución de los cuadros depresivos. A nivel de indicadores clínicos destacan la severidad del cuadro, el perfil de síntomas y la personalidad del paciente. En este sentido aquellos pacientes que padezcan depresiones de carácter moderado a grave, presenten síntomas de ansiedad, inhibición y rasgos atípicos (hipersomnias, fatiga diurna, abatimiento, etc.), junto con una personalidad patológica premórbida, tendrán una pobre respuesta a los tratamientos biológicos y mayor riesgo de cronicidad.

Según Catalán (2000) los factores psicosociales como acontecimientos vitales estresantes, los estresores de tipo crónico y una disminución de soporte social actúan

10

umentando la incidencia del trastorno depresivo, brindando una explicación alternativa al tema de la cronicidad. La ausencia de habilidades sociales en el paciente depresivo provoca que este reduzca sus comportamientos sociales, lo que lo lleva a experimentar una merma en la capacidad para disfrutar los acontecimientos positivos, favoreciendo que los síntomas depresivos se sostengan a causa de la falta de reforzamiento social (como se cita en Agudelo Vélez, 2005).

En cambio, Moerk y Klein (2000) prefieren hacer un recorrido sobre los distintos tipos de depresiones crónicas vigentes en la nomenclatura actual y en las investigaciones realizadas hasta la actualidad, sugiriendo que sería más conveniente utilizar una amplia y única categoría para la depresión crónica debido a las semejanzas entre las mismas. Entre ellas se encuentran las de Horwat et al. (1992), que al comparar pacientes diagnosticados con distimia y Depresión doble, encontraron que los pacientes distímicos sin antecedentes de depresión mayor, tienen casi seis veces más probabilidades de experimentar episodios depresivos, que los individuos sin historia previa. Por su parte Pepper y Klein (1995) establecieron que ambos grupos de pacientes, distímicos y depresión doble, no diferían en la historia familiar de antecedentes de trastornos del estado de ánimo o comorbilidad (como se cita en Moerk & Klein, 2000).

En lo que respecta a la comparación entre la depresión mayor crónica y la depresión doble, McCullough et al. (2000) intentaron averiguar si las distinciones entre ambas son

clínica como etiológicamente significativas. Esta evaluación fue realizada utilizando y comparando elementos como: sintomatología y características clínicas, historia familiar y la respuesta al tratamiento. Los resultados mostraron pocas diferencias entre ambos, a saber: los pacientes diagnosticados con depresión mayor crónica tenían episodios que duraban más en el tiempo, con un número menor de episodios; mientras que los pacientes diagnosticados con depresión doble, mostraban episodios cortos y frecuentes. Esta comparación muestra que ambos cuadros poseen características muy similares (como se cita en Moerk & Klein, 2000).

11

3.3 Teorías explicativas de la Depresión. La depresión es un trastorno que responde a una etiología heterogénea, en la que intervienen factores de distinta índole, por lo que en la actualidad es amplio el número de teorías que tratan de explicar su etiología. **3.3.1 Teorías conductuales** Las distintas teorías conductuales que explican el fenómeno de la depresión, comparten la idea en común de que la depresión se debe a una disminución general en la frecuencia de las conductas. Los máximos exponentes en este campo de estudio fueron Ferster (1965), Lewinsohn (1985) y Costello (1972) (como se cita en Belloch et al., 2001). Según Ferster (1965) se destacan dos cambios en relación a la frecuencia de conductas como contribuyentes a la depresión. Uno se basa en la disminución de los reforzamientos positivos que le ayudan al individuo a controlar el medio, y por otro lado un aumento excesivo de conductas evitativas ante estímulos aversivos. Las conductas depresivas resultantes le permiten al individuo evitar aquellos eventos desagradables en los que esperaría nuevamente una ausencia de reforzados positivos, manteniéndose dichas conductas a través de un reforzamiento negativo (como se cita en Belloch et al., 2001). Continuando con esta línea teórica, Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) proponen un nuevo modelo en el cual la depresión es considerada efecto de la combinación de factores ambientales y situacionales, conceptualizando que los cambios iniciados por el ambiente en las emociones, el afecto y la conducta dan como resultado final un cuadro depresivo (como se cita en Vázquez, Muñoz & Becoña, 2002). Costello (1972) en cambio opinaba que la característica más distintiva de las personas que padecen una depresión se encuentra en una pérdida general de interés con respecto al medio que los rodea. Por ejemplo, la pérdida de interés en realizar actividades que antes encontraban placenteras o pérdida del deseo en la relación sexual. Para este autor esta merma del interés se explica en que los

reforzadores de la conducta han perdido su carácter de efectividad (como se cita en Belloch et al., 2001).

12

3.3.2 Teorías Biológicas Según Sadock y Sadock (2009) las teorías e investigaciones sobre la etiología de los trastornos del estado de ánimo se centran en el estudio de los neurotransmisores monoamínicos, siendo la noradrenalina y la serotonina los más implicados en su fisiopatología, como así también la dopamina. El hallazgo de mayor peso sobre el papel que ejerce el sistema noradrenérgico en la depresión se basa en los estudios de correlación entre la disminución de la sensibilidad de los receptores β -adrenérgicos y las respuestas clínicas antidepressivas. Rojtenberg (2001) sostiene el carácter fundamental que posee este neurotransmisor de la serotonina para la estabilización del humor y la producción de efectos antidepressivos. Friedman y Thase (1995) establecen que la depresión puede ser entendida como una regulación anormal de alguno de los sistemas neuroconductuales, como por ejemplo, el sistema de inhibición conductual, el grado de respuesta al estrés, los ritmos biológicos y el procesamiento cortical de la información (como se cita en Vázquez, Muñoz & Becoña, 2002).

Sin embargo, como detalla Trucco (2002), las investigaciones más recientes demuestran que otros sistemas neuroquímicos poseen un rol importante en la etiología de las depresiones. Se incluye en estos sistemas a los neuropeptidos transmisores, el papel del sistema inmune, la hormona liberadora de corticotropina, el factor liberador de hormona del crecimiento, entre otros.

3.3.2.1 Tratamiento del sustrato biológico del trastorno depresivo

Como establece Rojtenberg (2001) los antidepressivos están compuestos por diferentes moléculas que actúan aumentando la concentración de determinados neurotransmisores, inhibiendo su liberación/recaptación o evitando que estos sean metabolizados. Según su mecanismo de acción y su estructura molecular se pueden distinguir: antidepressivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), antidepressivos

13

tricíclicos y tetracíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). Alvano (2010) sostiene que los IMAO y los antidepressivos tricíclicos han demostrado una alta eficacia, principalmente en las depresiones graves atípicas o aquellas donde predominen síntomas de inhibición, cansancio y fatiga, pero debido a la alta incidencia de efectos adversos que presentan (mareos, dolor de cabeza, boca seca, debilidad, insomnio, entre

otros) estos no son fármacos de primera elección. Como sostiene Clark, Friedman y Gershon (1995) la farmacoterapia que se utiliza actualmente para el tratamiento de la depresión mayor ha cambiado notablemente con la aparición de los IRSS y otros con nuevos componentes como la venlafaxina, los cuales han demostrado igual eficacia que los tricíclicos, presentando, además, un perfil más benigno de efectos adversos (ansiedad, agitación, apatía, disminución de la libido) y ausencia de efectos anticolinérgicos (como se cita en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2002). Otros fármacos, como los bloqueantes de receptores presinápticos (Mirtazapina, Idazozam) actúan inhibiendo la liberación del neurotransmisor. Este bloqueo evita que se generen efectos secundarios sobre el sueño o el deseo sexual, al mismo tiempo que actúa beneficiosamente sobre los componentes ansiosos. Entre sus efectos secundarios se encuentran: aumento del peso, boca seca y sedación (Rojtenberg, 2001). Sadock y Sadock (2009) establecen que el tiempo que tardan los antidepresivos en ejercer su efecto es entre tres y cuatro semanas. Sin embargo, cuando el tratamiento no tiene éxito, las opciones que se presentan son: el aumento de dosis del fármaco actual, la utilización de un nuevo fármaco, el agregado de un segundo fármaco. Rojtenberg (2001) señala que el agregado de fármacos estabilizadores del ánimo se utiliza también como coadyuvantes para los cuadros depresivos.

Con respecto a las causas por las cuales se puede producir el fracaso terapéutico del tratamiento farmacológico, Rojtenberg (2001) menciona las siguientes: incumplimiento del paciente (incluye discontinuidad en la toma de la medicación por

14

diferentes causas o el no cumplimiento de las dosis establecidas), error diagnóstico, dosis insuficiente y una inadecuada elección del abordaje. Como establece Gasto, Vallejo y Menchón (1993) para aquellas depresiones que no responden a los tratamientos antidepresivos se emplea el término de *depresiones resistentes*. Si bien no existe una definición aceptada del término a nivel universal, las mismas se caracterizan principalmente por una falta general de respuesta a la medicación antidepresiva y un mantenimiento de la sintomatología depresiva. Para estos casos proponen diferentes estrategias terapéuticas, como la asociación de antidepresivos tricíclicos con estabilizadores del ánimo (sales de litio, carbamazepina), o también la toma conjunta de antidepresivos con anfetaminas (psicoestimulantes) gracias a una hiperactivación de los sistemas dopaminérgicos. Alvano (2010), sostiene que el tratamiento con terapia electroconvulsiva ha demostrado ser de eficacia para las depresiones resistentes que presentan

un alto riesgo de suicidio. Esta debe ser una estrategia de última opción debido a los riesgos que se hayan implicados, principalmente trastornos cognitivos, especialmente de la memoria. **3.3.3 Teorías Cognitivas** Como indican Vázquez, Hernangómez y Hervás (2008), en general los modelos cognitivos postulan que ante la presencia de los mismos eventos, lo que determina que algunas personas se depriman y otras no, se encuentra relacionado con el modo que estas personas procesan la información. Estos modelos comparten que hay una serie de elementos que favorecen que los individuos desarrollen episodios depresivos, entre ellos se encuentran los sesgos cognitivos y los factores cognitivos de vulnerabilidad como los más característicos **3.3.3.1 Teoría cognitiva de Beck**

El modelo cognitivo de la depresión de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) propone que las experiencias tempranas le brindan al individuo la base para que constituya los esquemas negativos con los cuales se juzgará a sí mismo, a los demás y al

15

futuro. Los esquemas, junto a los errores en el procesamiento de la información y la triada cognitiva, son los conceptos por los cuales se puede explicar el sustrato psicológico de los individuos deprimidos (como se cita en Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005). Los esquemas hacen referencia a patrones cognitivos de carácter relativamente estables por los cuales los individuos interpretan las situaciones y estructuran su experiencia. Estos esquemas toman la forma de creencias centrales, que le sirven al individuo para procesar la información proveniente del medio. Ciertos esquemas pueden permanecer inactivos hasta que una situación específica los activa, dependiendo cual sea el esquema que se active en ese momento, dependerá la forma en que la persona responderá a ese estímulo. Las personas deprimidas interpretan de forma distorsionada los eventos, ajustándolos a esquemas inadecuados (Beck et al., 2005). Según Beck et al. (1979) el contenido de estos esquemas está constituido por la triada cognitiva, que hace referencia a patrones cognitivos que influyen en la forma que el paciente se considera a sí mismo, a sus experiencias y al futuro. El individuo deprimido posee una visión negativa sobre sí mismo, tiende a subestimarse y a realizar críticas negativas con respecto a su persona, atribuyendo a que las experiencias displacenteras son causadas por él. Debido a este tipo de atribuciones y su forma general de contemplar las situaciones, el individuo experimenta sentimientos de inutilidad y baja autoestima constante, lo que lo hace pensar que no dispone de atributos para ser una persona feliz y alegre. Evalúa a las situaciones como obstáculos, como demandas exageradas e

imposibles de superar, sintiéndose frustrado y derrotado, ya que piensa que fracasará en todo lo que intente. Consecuentemente anticipa que sus sufrimientos actuales continuaran de forma indefinida y en su futuro solo se prevén penas y frustraciones (como se cita en Beck et al., 2005).

El último concepto nodal que utiliza Beck et al. (1979) para explicar cómo se mantiene el pensamiento de las personas deprimidas se lo atribuye a errores en el procesamiento de la información, estos errores cognitivos se mantienen aun cuando el individuo dispone de evidencia que está en contra de los mismos. Se destacan entre ellos la *abstracción selectiva*, donde el individuo interpreta la experiencia o

16

acontecimiento solo teniendo en cuenta un fragmento de éste, sin tener en cuenta otras características de la situación. En La *inferencia arbitraria* el individuo realiza una conclusión sobre un acontecimiento aunque no posea evidencias a favor. En la *personalización* atribuye que fenómenos externos son causa de su propia conducta o emoción, pese a que carezca de elementos para realizar dicha conexión. Cuando el individuo establece una *generalización excesiva*, elabora una conclusión tomando en cuenta hechos que se encuentran aislados entre si y que pueden incluso no tener conexión entre ambos. Por último, *el pensamiento absolutista o dicotómico* muestra una tendencia a dividir los acontecimientos en base a categorías opuestas (como se cita en Beck et al., 2005). A grandes rasgos este modelo plantea que cualquier influencia sobre la cognición, provocaría un cambio del estado del ánimo del individuo y como consecuencia se establecerían cambios a nivel conducta. Con el objetivo de eliminar o disminuir los síntomas depresivos, se lo ayuda al paciente a que identifique y modifique las cogniciones desadaptativas a través de técnicas cognitivas tales como: *detección de pensamientos automáticos, entrenamiento en observación y registro de cogniciones, registro de pensamientos automáticos, técnicas de reatribución, entre otras*, y técnicas conductuales como: *programa semanal de actividades, registro de actividades de dominio, asignación de tareas graduales, practica cognitiva* (Beck et al., 2005). **3.3.3.2**

La teoría de la indefensión aprendida

Seligman (1975), hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación entre su comportamiento y las consecuencias en el ambiente que surgen como efecto del mismo. A raíz de ello se produciría lo que denominó *indefensión aprendida*. Este término se refiere a un estado de pasividad en el que no

existen esperanzas de poder manejar la situación aversiva en la que se encuentra (como se cita en Belloch et al., 2001).

Posteriormente, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformularon la teoría de Seligman, teorizando que no es causa suficiente para una reacción de carácter depresivo el hecho que el individuo se exponga a situaciones incontrolables. El énfasis de su

17

reformulación se haya en el tipo de *atribuciones* que el individuo hace sobre la causa de su indefensión, manifestando que dichas atribuciones pueden ser ubicadas en las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable (como se cita en Belloch et al., 2001). Para poder brindar una explicación satisfactoria del ánimo deprimido como síntoma en la depresión, postularon un factor motivacional, que explica que la depresión solamente se manifestaría en “aquellos casos en los que la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o la ocurrencia de un hecho altamente aversivo” (Belloch et al. 2001, pág. 354).

3.3.3.3 Estilos atribucionales y depresión.

Según Seligman y Buchanan (1995) los estilos atribucionales hacen referencia a disposiciones en los individuos a realizar un tipo específico de atribuciones ante un rango amplio y variado de situaciones. Un estilo atribucional negativo es definido como una disposición a explicar las situaciones negativas a través de causas internas, de carácter estables en el tiempo y globales. Desde esta perspectiva Sweeney, Anderson y Bailey (1986), Peterson y Bossio (2001) Sonoda y Tonan (1999) han comprobado, a través de diferentes investigaciones, que existe una asociación entre la sintomatología depresiva y los estilos atribucionales negativos, y que este vínculo podría estar influido por un uso de estrategias inadecuadas de afrontamiento. Esta hipótesis ha sido apoyada por otras investigaciones Mikulincer (1989), Sellers y Peterson (1993), que han evidenciado que los estilos atribucionales negativos se encuentran relacionados con la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción por sobre el empleo de estrategias encaminadas a la situación (como se cita en Sanjuán y Magallanes, 2007). En base a estos antecedentes Sanjuán y Magallanes (2007) realizaron una investigación con el fin de comprobar dichas hipótesis. Los resultados de su estudio apoyan las investigaciones realizadas con anterioridad, comprobando que existe una relación entre los estilos atribucionales negativos y la presencia de sintomatología depresiva. El mayor aporte de esta investigación es que confirma una relación no directa entre estas dos

variables. Las mismas se encuentran mediadas por la utilización de estrategias centradas en la emoción y la no utilización de estrategias dirigidas al

18

problema, las cuales correlacionan de forma significativa y positiva con el desarrollo de sintomatología depresiva. **3.4 Modelo cognitivo constructivista realista**

3.4.1 Características generales del modelo El enfoque constructivista realista se inscribe dentro del marco de la teoría cognitiva, por lo tanto toma conceptos y técnicas terapéuticas de este modelo, integrando aspectos psicológicos, biológicos y sociales para explicar cómo puede desarrollarse el estrés y distintos trastornos mentales en los individuos, dándole especial atención al papel activo que posee el hombre, tanto para dar significado a las distintas experiencias que atraviesa, como en los esfuerzos que realiza para interactuar con las mismas de forma constante. El intercambio de información y conductas que se genera entre los individuos y el mundo externo, dependen tanto de las características propias de los estímulos externos como de las propias posibilidades que tengan los individuos de captar la información, según sus características personales (por lo que la interacción entre ambos se entiende de forma bidireccional). Esto se relaciona con el concepto de esquemas, que como ya se ha indicado, se refieren a estructuras cognitivas de carácter relativamente estables a través de los cuales los individuos, procesan e interpretan la información proveniente del medio. Cuando estos intercambios adoptan una modalidad rígida, que no permite la acomodación o creación de nuevos esquemas, las experiencias son interpretadas en base a esquemas anteriores o que no resultan funcionales, ya que una de las funciones de los esquemas cognitivos es reducir la discordancia que se presenta entre la nueva información y el esquema utilizado. Por lo tanto, los esquemas podrán ser funcionales o disfuncionales según su grado de flexibilidad y capacidad de adaptarse a nuevas situaciones (Bulacio, 2004).

Los primeros intercambios con el medio se realizan a través de los esquemas innatos con los cuales el individuo nace, pero estos se van desarrollando de forma evolutiva y pueden ser organizados de forma jerárquica, desde los más superficiales (relacionados con percepciones más inmediatas), hasta los más profundos (que se encuentran relacionados con la identidad de la persona). La variedad de los esquemas

19

permite que el mundo pueda ser comprendido de diferentes maneras, pero el ser humano tiene limitantes de carácter biológico, sociocultural e individual. Las limitaciones

personales se encuentran relacionadas con los significados que se le otorga a la experiencia. Esta significación está marcada por el comienzo del ciclo perceptivo, el cual se divide en dos etapas: la *etapa de presignificado*, donde opera un primer filtro de forma automática, que produce la activación de ciertos esquemas para precisar mejor la situación, pudiendo activarse o no, dependiendo que tan relevante sea esa información para el individuo. La información que entra puede ser procesada en diferentes niveles (mas automáticos o con mayor grado de elaboración) en el que el individuo otorgará un significado a esa información, influyendo de forma directa sobre toda su percepción y sus conductas, las cuales deben ser interpretadas dentro del contexto general del sujeto y de la forma en que este otorgue significados (Bulacio, 2004).

3.4.2 El enfoque constructivista realista en la depresión El enfoque constructivista realista entiende a la depresión como una respuesta ante una situación de estrés. Que se convierta a una situación particular en estresante dependerá, (además de ciertas características propias de la situación, de su temperamento y de su predisposición biológica), de tres grandes variables: la valoración del estímulo (que depende de los esquemas cognitivos personales), la valoración de los recursos (con los que se cuenta para hacer frente a esa situación) y de la comparación entre los mismos. El estrés se producirá entonces, cuando el individuo percibe que la diferencia entre estas valoraciones es significativa y cree que no podrá manejar la situación. De la comparación de estas variables (y de factores como la motivación, el temperamento y la predisposición biológica del individuo) surgirá una respuesta de afrontamiento (en la que el individuo evaluará como hacer frente a esa diferencia percibida) o una respuesta de evitación (Bulacio, 2004).

La fundación de Investigación de Ciencias Cognitivas aplicadas (ICCAp) realizó, en conjunto con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Cesar Milstein, una investigación que buscó medir la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento en pacientes con sintomatología depresiva y ansiosa. Con respecto a los pacientes depresivos que se los evaluó a través de diferentes técnicas (IVA, STAI, BDI), los resultados fueron los siguientes: tienden a valorar más las situaciones estresantes de

20

manera amenazante y el afrontamiento que fundamentalmente utilizan es el evitativo. En base a estos resultados se evidencia que los pacientes con depresión muestran dificultades para afrontar las situaciones estresantes a nivel conductual, mostrando preferencia en los niveles de afrontamiento cognitivo (Bulacio, 2006). El modelo constructivista realista, Bulacio (2004) entiende que la conducta del individuo está

determinada de forma triádica: por la conducta misma, por los factores racionales y por los factores emocionales. Estos distintos niveles se ven afectados por la insuficiencia que presenta el individuo para adaptarse a los estresores del mundo externo. Según Bulacio (2006), el paciente deprimido muestra ciertas características en cada nivel: *Nivel cognitivo*: los esquemas y creencias tienen componentes tanto racionales como emocionales. En la persona deprimida se activan esquemas específicos relacionados con sentimientos de inutilidad, pérdida, culpa y pesimismo. El tratamiento debería enfocarse en el trabajo sobre las valoraciones, promoviendo el cambio de las mismas. *Nivel Conductual*: las expectativas del individuo acerca de las consecuencias anticipadas de su conducta influirán sobre la misma. Las personas deprimidas tienden a conductas relacionadas con la pasividad y el aislamiento. El tratamiento en este nivel estaría enfocado en trabajar sobre el tipo de afrontamiento que realiza el individuo. *Nivel Físico*: se recomienda trabajar sobre el control de la activación, a través de ejercicios de respiración y relajación muscular. **3.4.3 Tratamiento constructivista realista** Según Bulacio (2004), el abordaje constructivista realista propone realizar un tratamiento integral para los trastornos mentales, esto incluye el trabajo en equipo y el uso de un enfoque multidisciplinario. Los pasos para un tratamiento adecuado son los siguientes: un correcto diagnóstico, el recurso farmacológico y la psicoterapia individual. A continuación se describen a partir de cada una de las instancias, los recursos disponibles según este enfoque.

21

3.4.3.1 Tratamiento integral: psicofarmacología Según Bulacio (2004), si bien la farmacología es un recurso imprescindible para muchos cuadros psicopatológicos, debe estar encuadrado desde un enfoque coherente e integral, debido a que existen aspectos del tratamiento con psicofármacos que son inespecíficos. Existen varios factores que intervienen en los efectos que un psicofármaco puede producir: el organismo de cada individuo tiene un particular modo de responder al efecto deseado, como también en relación a los posibles efectos adversos de una medicación, por este motivo y debido a que la sensibilidad de cada individuo es muy variable, el fármaco de elección y la dosis adecuada deben buscarse de forma paciente. Por otro lado, cada medicación necesita de un tiempo específico para provocar efectos en el organismo, esto puede dificultar tanto la periodicidad del mismo, como el cumplimiento por parte del paciente de las dosis indicadas. Por último se deben explorar las creencias del paciente acerca de la medicación en general y su grado de tolerancia a los efectos adversos de la misma,

debido que estos factores impactan en los resultados del tratamiento. Por este motivo, como indica Bulacio (2004), es menester que se cumplan las siguientes condiciones: construir un adecuado nivel de empatía con el paciente, conocer su opinión con respecto a la toma de medicación y brindarle psicoeducación sobre la problemática que lo afecta, así como cuáles son los resultados esperables del psicofármaco en el contexto de su tratamiento completo. **3.4.3.2 Tratamiento Integral: Psicoterapia individual** Como se mencionó anteriormente, el enfoque constructivista realista, se inscribe dentro del campo de la psicología cognitiva. Es a partir de concebir que la conducta está determinada de forma triádica, que puede iniciarse el cambio en el espacio terapéutico, ya que la modificación de alguno de estos tres factores conllevará también la modificación sobre los otros. Para lograr el cambio en las personas, el enfoque constructivista se apoya en diferentes técnicas, según en qué *vía de entrada* se centren las mismas: racional, emocional o conductual (Bulacio, 2004).

22

3.4.3.2.1 Técnicas: vía de entrada cognitiva, preferentemente racional Según Bulacio, el terapeuta de orientación cognitiva le brinda herramientas al paciente para que pueda pensar y dar nuevos significados a su experiencia de modo más adaptativo, en relación con las problemáticas que lo aquejan. Como indica Beck (1983), a través de diferentes experiencias de aprendizaje se busca ayudar al paciente para que: controle sus pensamientos automáticos (pensamientos breves y de carácter fugaz, que irrumpen espontáneamente en la conciencia), pueda identificar las relaciones que existen entre sus pensamientos, sus emociones y su conducta, detecte y testeé las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados (como se cita en Bulacio, 2004). **3.4.3.2.1.1 Técnica de resignificación de la experiencia** Según Bulacio (2004) es posible desarrollar en los individuos la capacidad de que brinden significados nuevos, y más adaptativos a su experiencia, cuestionando sus creencias y eliminando sus restricciones, de forma que puedan resignificar aquellas experiencias pasadas que influyeron negativamente en su persona. Si el paciente está relajado, estos sesgos cognitivos pueden identificarse y enriquecerse a través de una nueva mirada de la situación, que le permita considerar nuevos aspectos y recursos que durante esa experiencia no utilizó. **3.4.3.2.1.2 Técnica de reestructuración cognitiva** Las técnicas de reestructuración cognitiva se focalizan en la modificación de las creencias y pensamientos distorsionados. El terapeuta ayuda al paciente a identificarlos para que luego ponga a prueba y cuestione aquellas creencias desadaptativas sobre su propia valía y ejecución,

así como también la opinión de los demás (Bulacio, 2004). **3.4.3.2.1.3 Entrenamiento en el cambio de foco de atención**

Como ya se mencionó, Beck et al. (1979) afirma que las personas deprimidas anticipan que su futuro estará lleno de obstáculos que no podrán superar y que no

23

cuentan con capacidades para hacerles frente. Debido a esta forma general de contemplar sus experiencias se ven y se sienten así mismos como inútiles. Según Bulacio (2004) a partir de la identificación de estas situaciones, se le ayudará al paciente a que cuestione en un nivel racional los mismos, con el objetivo que comience a realizar gradualmente pruebas conductuales que le permitan desafiar estas creencias y desde estas nuevas experiencias pueda crear significados distintos. **3.4.3.2.1.4 Técnica de la**

Moviola

La auto-observación (método esencial en las psicoterapias de tipo constructivista) permite que el terapeuta reconstruya, junto al paciente, diversos acontecimientos que son de importancia en la historia del mismo. Como indica Dodet (1998), en esta técnica se lo entrena al paciente en hacer foco en una determinada escena del evento que se esté trabajando, con el objetivo de enriquecer la misma y colocarla nuevamente dentro de la secuencia narrativa. Para esto, el paciente primero debe narrar de forma completa, pero resumida, el evento que reconoce como significativo para él, para luego hacer una subdivisión en escenas sucesivas, donde el terapeuta guiará al paciente y le proporcionará una visión más general durante el recorrido del evento, deteniéndose luego sobre un momento singular para hacer foco en las particularidades del mismo, y enriquecerlo para que vuelva a formar parte de la secuencia original.

Esta técnica puede ser empleada al inicio de la terapia con el objetivo de orientar al paciente a que logre diferenciar entre sus emociones, y las explicaciones que este proporciona a las mismas. En fases más avanzadas de la terapia la misma puede otorgarle al paciente mayor conciencia y proporcionarle mayor flexibilidad sobre las creencias que han caracterizado como él ha construido su historia (Dodet, 1998).

3.4.3.2.2 Técnicas: vía de entrada cognitiva, preferentemente emocional: Técnica de visualización

Esta técnica puede ser utilizada para el alivio de la tensión muscular y sirve como base para utilizar de manera exitosa otras técnicas cognitivas. Además permite que el

24

individuo obtenga un mayor control no solo de su mente, sino también de sus emociones y de su cuerpo, de forma que pueda realizar los cambios deseados en su conducta. La visualización implica imaginar distintos tipos de situaciones con gran variedad de detalle (incluyendo todos los sentidos), de forma que esta experiencia sea vivida de la manera más real posible (Bulacio, 2004). **3.4.3.2.3 Técnica: vía de entrada preferentemente conductual**

3.4.3.2.3.1 Programa de actividades agradables El objetivo de este tipo de tareas es que el paciente vuelva a conectarse con actividades que antes disfrutaba y logre superar sus síntomas de anhedonia. Para esto el paciente debe seleccionar aquellas actividades que considere le podrían resultar gratificantes actualmente y jerarquizarlas. El objetivo es que gradualmente comience a realizar diferentes actividades y durante las sesiones se indague sobre si logró hacerlo y cómo se sintió durante dicha actividad, así como que obstáculos se le presentaron (como se cita en Baringoltz & Levy, 2008).

3.4.3.2.3.2 Técnicas de Asertividad Bulacio (2004) define la asertividad como la capacidad que le permite al individuo manifestar de forma activa sus propias emociones, pensamientos y opiniones. Las técnicas en asertividad permiten expresar de un modo no agresivo el enojo o el desacuerdo, defendiendo los propios derechos y opiniones, planear y resolver problemas para poder cumplir con determinados objetivos y también posibilitan un mejor manejo de la ansiedad y otras emociones displacenteras.

3.4.3.3 Terapia de Pareja

Como sostienen Baringoltz y Levy (2008) en el vínculo de pareja los individuos, al estimularse continuamente, construyen las significaciones y sentimientos que intercambian, lo que provoca que las conductas, pensamientos y emociones se encuentren en continua retroalimentación. Dado que la satisfacción en un vínculo es un

25

estado que se encuentra relacionado con lo que cada parte entiende y define como placentero o no, para poder generar cambios en la relación se deben identificar las creencias que cada uno tiene, no solo sobre sí mismo, sino sobre el otro y como cree que debería ser la relación entre ambos, así como también las creencias y esquemas que han construido de forma conjunta. En una pareja disfuncional se encuentran formas rígidas y poco efectivas de procesar y regular las respuestas emocionales hacia el otro. Así, conductas como la desvalorización, la crítica, la agresividad verbal o física, junto a la evitación provocan sentimientos negativos que empobrecen y dificultan la forma que los miembros tienen de comunicarse y resolver sus conflictos. Ante lo dicho, el objetivo de la terapia de pareja es generar cambios en la relación conyugal, partiendo de

comprender y modificar aquellos patrones (cognitivos, emocionales y conductuales) que sean disfuncionales. El enfoque cognitivo de este tipo de terapia permite trabajar sobre las creencias y los patrones negativos y rígidos con los cuales los miembros interactúan, así como brindarles herramientas para expresar y responder a sus emociones, sentimientos e ideas en el momento que se producen de forma más constructiva (Baringoltz y Levy, 2008).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio: Descriptivo, análisis de caso único.

4.2 Participante

La descripción y análisis del presente trabajo corresponden a la paciente A.F de cuarenta y seis años de edad, del sexo femenino. Posee estudios secundarios completos y se desempeña como ama de casa. Su familia conviviente está compuesta por su esposo y sus tres hijos. Su madre de setenta años convive con la hermana de A.F de . Su padre se encuentra fallecido.

26

4.3 Instrumentos

4.3.1. Observación participante

A partir de las sesiones observadas entre el Psiquiatra y la paciente se consideran las circunstancias en las que surgió la conducta, los síntomas que expresó la misma y la relación terapéutica establecida. Dichos espacios fueron objeto de análisis, realizándose las anotaciones correspondientes.

4.3.2 Historia Clínica

A través de la historia Clínica de la paciente se dispuso de información con respecto a: la medicación empleada a lo largo del tratamiento según el criterio del psiquiatra responsable, y las anotaciones de carácter descriptivo realizadas por el mismo según los signos y síntomas observados en las sesiones, así como también las de otros profesionales de la institución.

4.3.3 Batería de test

4.3.3.1 Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III (MCMI III, de Millon, 2007; adaptación: Casullo & Castro Solano, 2003)

Este inventario permite la identificación de posibles trastornos de personalidad junto a la valoración de los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos. Se compone por 175 ítems que se distribuyen en 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad clínicos (Esquizoide, Evitativo, Depresivo,

Dependiente, Histriónico, Narcisista, Anti social y Pasivo- Agresivo) y tres que valúan trastornos graves de la personalidad (Esquizotípica, Paranoide y Limite). Además posee índices que ajustan las puntuaciones de las subescalas o determinan la extensión de su validez. A través de estas subescalas se obtienen 24 puntuaciones. Mediante una tabla de transformaciones se convierten en puntuaciones transformadas y que pueden interpretarse individualmente o estableciendo un perfil. Puntuaciones entre 75 y 84 indican la presencia de rasgo, y mayores de 84 la presencia de un trastorno.

27

4.3.3.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, de Beck, Steer & Brown, 2006)

El inventario evalúa el grado de depresión que puede tener un individuo. El mismo está compuesto por 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo el sujeto debe escoger una sola respuesta; aquella que mejor define cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de hoy. A cada frase le corresponde una puntuación, de acuerdo a aquellas frases seleccionadas por el sujeto se pueden obtener los siguientes resultados: 5-9: Existencia de altibajos que se consideran normales, es decir, ausencia de depresión; 10-18: Depresión entre leve y moderada; 19-29: Depresión entre moderada y severa, por ultimo 30-63: Depresión severa.

Con respecto a la validez del constructo, se realizaron diferentes tipos de análisis para estimar su validez convergente. Primero se administró el BDI-IA (Beck Anxiety Inventory; Beck y Steer, 1990) y el BDI-II durante la evaluación inicial de 191 pacientes de Kentucky Y Nueva Jersey. La correlación entre ambos instrumentos fue de 0,93 ($p < 0,001$), lo que arroja una validez significativa.

4.3.3.3 Inventario de valoración y afrontamiento (IVA, de Cano-Vindel Miguel Tobal, 1992; adaptación: Leibovich de Figueroa, 1999)

El inventario de valoración y afrontamiento, evalúa la valoración y el afrontamiento que realizan los sujetos frente a determinados sucesos. Se le pide al individuo que elija una situación estresante que haya atravesado en las últimas dos semanas y que en base a dicha situación, responda a los ítems que confirma el inventario. El mismo consta de tres escalas, que evalúan la valoración que el sujeto hace de la situación: Valoración de la Situación como un Desafío (VSD), Valoración de la Situación como Amenaza (VSA) y Valoración de la Situación como Irrelevante (VSI). Además incluye seis escalas para evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza el sujeto (cognitivas, conductual-motoras, centradas en la situación, centradas en la emoción, evitativas y pasivas).

4.3.3.4 Índice de Calidad de Vida (Quality of life index – Spanish versión (QLI-SP) (Mezzich, Cohen, Ruipérez, & Yoon, Liu 2000). Adaptación: Bulacio, Vieyra, Álvarez Daneri, Benatuil & Mongiello, 2004)

28

El índice de Calidad de Vida incluye 10 ítems que representan aspectos relevantes para el constructo calidad de vida, estos son: bienestar físico, bienestar psicológico-emocional, cuidado personal y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo estatal y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de la calidad de vida. El formato de respuesta es de opción múltiple y se compone por una escala que va del 1 al 10. Cada ítem es valorado por el sujeto según su perspectiva personal en el momento actual.

4.3.3.5 Inventario de Ansiedad y Rasgo (State –Trait Anxiety Inventory de Spielberg, 1983. Adaptación: Leibovich de Figueroa, 1991),

Este inventario evalúa ansiedad y está compuesto por dos escalas tipo likert; una de ellas evalúa la ansiedad estado y la otra evalúa la ansiedad rasgo. Ambas escalas están compuestas por 20 frases. El sujeto para responder a la escala de rasgo debe especificar como se siente generalmente y con qué frecuencia experimenta sentimientos y/o sensaciones relacionados con ansiedad. Las opciones de respuesta que tiene son cuatro y corresponden a: casi nunca, algunas veces, frecuentemente, o casi siempre. Para responder a la escala de estado debe informar cómo se ha sentido en la última semana. Cada ítem de la prueba se evalúa de 1 a 4. En cada una de las escalas, se encuentran ítems que evidencian presencia de ansiedad y se evalúan de la siguiente forma: 1 – 2 – 3 – 4; como así también, ítems que denotan ausencia de ansiedad y se evalúan: 4 – 3 – 2 – 1. Posteriormente, se suman los valores de los casilleros marcados por el sujeto y se obtiene un puntaje bruto de la escala rasgo.

5. PROCEDIMIENTO

Los datos para la realización del presente trabajo se obtuvieron durante la observación y participación de las actividades de la Fundación elegida. Para el análisis del caso elegido, primero se realizaron anotaciones durante las sesiones observadas entre la paciente y el Psiquiatra (frecuencia quincenal-mensual) y la

29

información obtenida a partir de su historia clínica. Por otro lado, esta información se enriqueció con el análisis de los test efectuados a la paciente durante el mes de marzo

del pasado año, administrados por parte de la pasante que concurrió a la institución con la supervisión de la coordinadora de la fundación.

Al finalizar el período de la pasantía, se volvieron a administrar los mismos test más el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-III) a fin de obtener los datos necesarios para el análisis y descripción del objetivo de este trabajo. La corrección y análisis de los test (en ambos periodos de tiempo) fue efectuado por la pasante de forma individual.

6. DESARROLLO

6.1 Generalidades del caso clínico

A partir de la lectura de la historia clínica se obtiene conocimiento de que la paciente A.F comienza a ser atendida en el servicio de psiquiatría de una hospital público . Su cuadro anímico era congruente con un episodio depresivo mayor, siendo los síntomas más significativos: falta constante de energía, ánimo bajo, problemas de sueño, múltiples quejas y preocupaciones. El área familiar fue desde un comienzo el foco de expresión de dichas preocupaciones, las cuales giraban principalmente en torno a la enfermedad de su hijo menor E (el cual posee diagnóstico de retraso mental moderado) y problemas que refería con respecto a su relación de pareja. Es importante aclarar como antecedente de la enfermedad actual de la paciente, el hecho que atravesó un cuadro depresivo mientras se encontraba embarazada de su último hijo, E, realizando psicoterapia individual durante dicho periodo.

Desde el comienzo de su terapia la paciente presentó leves mejorías anímicas, las cuales no lograban alcanzar un nivel de remisión de su sintomatología, manteniendo de forma crónica un cuadro anímico de características depresivas. Como sostiene Catalan (2000), los acontecimientos vitales que son

30

percibidos como estresantes y que se mantienen de forma crónica en el tiempo, junto a la disminución de soporte social aumentan la incidencia del trastorno depresivo, brindando una explicación a la cronicidad del mismo.

Si bien la paciente por periodos de tiempo suspendía su tratamiento, comienza psicoterapia individual y retoma por sugerencia del terapeuta de su hijo E su tratamiento farmacológico a cargo del Dr. J, psiquiatra que desde entonces estuvo a cargo del mismo.

6.2 Descripción de las características del trastorno depresivo mayor del caso A.F.

La presente información fue obtenida utilizando como instrumento la observación participante, datos de la historia clínica y anotaciones propias que se fueron desarrollando a lo largo de las sesiones.

Al retomar su tratamiento la paciente refirió sentirse triste y con falta de energía, expresando un agotamiento general y quejas múltiples. Informó que durante sus vacaciones durmió la mayor parte del tiempo, experimentando una necesidad apremiante por descansar, además de que no poseía interés en salir y realizar actividad alguna, ni tratar con otras personas. Se puede ver como la sintomatología depresiva de la paciente, más la ausencia de habilidades sociales, provocan como establece Catalan (2000), que la misma reduzca dichas conductas sociales, experimentando una gradual disminución de disfrutar de acontecimientos agradables, hecho que favorece que sus síntomas depresivos se mantengan debido a la falta de reforzamiento social.

Durante las primeras sesiones se evidenciaban en la paciente signos de hipobulia, astenia severa, abulia y anhedonia. La misma expresaba en su discurso no contar con las fuerzas suficientes para atravesar otro año marcado de obligaciones, manifestando que seguramente todo lo que intentara hacer, le saldría mal. Estas creencias reflejan, como sostiene Beck (2005), la visión negativa que tienen las personas depresivas sobre sí mismas y sobre las experiencias futuras. Debido a que A.F

31

atribuye que no tendrá la capacidad de cumplir con su rutina tradicional, y contemplar las situaciones en general como demandas que no podrá hacer frente, experimenta continuos sentimientos de derrota y de frustración.

Al cabo de unos dos meses de tratamiento farmacológico y habiendo comenzado tratamiento psicoterapéutico individual, se percibía que A.F estaba más abierta y cómoda a contar sus ideas, sentimientos y temores. Los mismos giraban principalmente en torno a la enfermedad de su hijo y su relación conyugal. Con respecto al primer punto, en una de las entrevistas confesó que fue un embarazo no buscado y que no quería tener al bebé. En este tiempo empezó a sentirse triste y a realizarle más reproches a su esposo que, según sus palabras la presionó para que lo tuviera. A pesar de repetir en varias oportunidades el hecho que E fuera un hijo no buscado, expresó amar profundamente a su hijo desde que nació, pero repitiendo constantemente en su discurso miedos intensos sobre el futuro que le espera, lo que no podrá llegar a hacer a causa de sus limitaciones psíquicas y los problemas que tendrá que atravesar, causándole mucho malestar saber que su hijo es consciente de que su enfermedad perjudica a la familia,

sintiéndose ella misma culpable de que él experimente esos sentimientos de culpa. En A.F podemos ver, tal cual sostiene Beck (2005), como los errores en el procesamiento de la información mantienen su cuadro depresivo. En este caso podemos destacar como errores cognitivos la personalización, atribuyendo que eventos externos son provocados por sus propias emociones, a pesar de que E nunca haya manifestado experimentar dichas emociones a su familia. También se evidencia el estilo atribucional negativo que caracteriza a A.F, que, como definen Seligman y Buchanan (1995), es característico de aquellos individuos que tienden a explicar las situaciones negativas de forma sostenida en el tiempo y debido a causas internas.

Con el transcurrir de las sesiones, la intensidad de la sintomatología depresiva de A.F se fue haciendo mayor, expresando sentirse emocionalmente vacía e inútil, se culpabilizaba constantemente, sintiéndose una carga para su familia. Las únicas actividades que lograba hacer a costa de un gran esfuerzo eran referidas al cuidado de su hijo E, al que acompañaba a los médicos y buscaba del colegio en algunas circunstancias, *“no tengo ganas de hacer nada, pero los días que salgo de casa por él, vuelvo agotada, quiero dormir y dormir”*.

32

Sus quejas físicas fueron constantes a lo largo de todo el tratamiento, experimentando por momento temblores en las manos y sensación de adormecimiento en su rostro y boca, síntomas que variaban en intensidad y frecuencia.

Brevemente es conveniente expresar que A.F experimentaba sentimientos ambivalentes con respecto a su marido. Si bien reconocía su apoyo y el esfuerzo que él establecía para ayudarla a sentirse mejor, no lograba sentirse comprendida por él, experimentando continuamente una “lucha de sentimientos” que, afirmaba, le provocaban intenso malestar y culpa, ampliando la distancia entre ambos como pareja. A. F siempre se refirió a su esposo como una persona avallasante y poco demostrativa afectivamente, con la que tenía muchas dificultades para entablar el dialogo, ya que no sabía cómo dirigirse a él para expresarle sus sentimientos, al percibir que él no lograba comprenderlos. Como sostienen Baringoltz y Levy (2008), las conductas como la crítica, la desvalorización de la pareja y la evitación hacia ésta van gestando sentimientos negativos que, con el transcurrir del tiempo, se rigidizan, dificultando la comunicación, lo que imposibilita que la pareja sienta seguridad en el vínculo y encuentren la forma de resolver sus conflictos.

Si bien A.F continuó experimentando de forma constante síntomas de hipobulia, decaimiento e inhibición a nivel conductual, comenzó a manifestar mayor irritabilidad, y mayor impulsividad a nivel verbal (por ejemplo, durante una discusión le dijo a su marido que se había casado con él para escapar de su casa), tuvo episodios de abuso de medicación y se quejaba de sentirse ansiosa y molesta porque había subido de peso. Dicha sintomatología se presentó semanas previas a la que A.F tuvo una conducta autolesiva. Según lo indicado en la historia clínica, de acuerdo a la médica de guardia que la atendió el día del episodio, la paciente se encontraba globalmente orientada, hipobulica y lábil emocionalmente. Las heridas que se había provocado con una hoja de afeitar (en muñecas y ante brazos) eran de carácter superficial, provocando un sangrado mínimo. Desde ese día A.F quedó bajo la indicación de tener acompañamiento permanente y control estricto sobre sus conductas, motivo por el cual y después de que el psiquiatra a cargo de su tratamiento mantuviera una entrevista con su esposo, se decidió que la paciente permanezca bajo el cuidado de los padres de éste, en el domicilio de los mismos.

33

A.F al hablar al respecto manifestó: *“quería irme, ya no soporto sentirme así de triste todo el tiempo, fue un impulso”*. En entrevistas posteriores indicó sentirse muy contenida bajo el cuidado de sus suegros, además de que estando con ellos no sentía presiones de ningún tipo, dado que se encargaban de todo. Durante el mes y medio que convivió con ellos su sintomatología depresiva se mantuvo como en periodos anteriores, pero se la percibía más tranquila y con deseos de regresar a su hogar, principalmente para estar cerca de E.

Si bien la paciente presentó periodos donde su ánimo y voluntad parecían haber mejorado con respecto a anteriores encuentros, el cuadro de A.F cumple los criterios establecidos por la Asociación Psiquiátrica americana (2002), para el diagnóstico de un trastorno depresivo Mayor, de sintomatología grave y curso crónico. Como establecen Gastó, Vallejo y Menchón (1993), la depresión crónica es un tipo de depresión en la que no pueden corroborarse en el paciente periodos donde se encuentre libre de síntomas.

6.3 Descripción de la evolución de la sintomatología de la paciente A.F, en función de la Batería de Tests administrados.

Se detallan primero los resultados y el análisis obtenido de cada prueba en la primera etapa de administración (marzo 2011), se realiza el mismo procedimiento con los

resultados obtenidos en la segunda etapa de evaluación (diciembre 2011), para posteriormente realizar la comparación y análisis entre ambos períodos de tiempo.

6.3.1 Primera etapa de administración- Marzo 2011

6.3.1.1 Inventario de Depresión de Beck (Se adjunta copia en Anexo 1): puntaje total de 24. Evidencia una depresión moderada. De las opciones de respuesta elegidas por la paciente se destacan aquellas cuyos resultados fueron elevados (puntuaciones con valores de 2 y 3). Se destacan como síntomas cognitivos de gravedad los profundos sentimientos de tristeza y dificultad para tomar decisiones que presenta la paciente, junto a la sensación de verse a sí misma como una persona fracasada. A nivel conductual se evidencia un aumento de pérdida de energía y fatiga general.

34

6.3.1.2. Inventario de Valoración y Afrontamiento (Se adjunta copia en Anexo 2):

La situación problemática elegida por Aa fue: “*Desafío diario con E*”. A percibe dicha situación como Amenazante (3,66) por sobre desafiante (2,66) e irrelevante (1,33). Se destaca que A hace un afrontamiento cognitivo exclusivamente dirigido a la situación (2,83) por sobre el afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción (0). Sobresale un afrontamiento cognitivo motor de la situación (3,33) por sobre el afrontamiento cognitivo motor de la emoción (1). En A no prevalece un estilo de afrontamiento específico, ya que sus puntuaciones fueron las mismas para el afrontamiento pasivo como el evitativo (4)

A.F valora como amenazante el manejo de la enfermedad de su hijo menor, percibiéndose frustrada ante no poder disponer de herramientas para sobrellevarla. Su afrontamiento cognitivo se encuentra dirigido a la situación, intentando regular cognitivamente las mismas, pero al fracasar en este propósito, quizás en gran medida por su actual sintomatología depresiva, expresa un afrontamiento tanto pasivo como evitativo, quedando en una posición de indefinición con respecto a ella misma y la situación.

6.3.1.3. STAI (Se adjunta copia en Anexo 3):

A.F. presenta niveles altos, tanto de ansiedad de estado como de rasgo, obteniendo un puntaje percentilar de 96 y 100 respectivamente. La paciente percibe las situaciones estresantes que se le plantean en su vida como peligrosas y su forma de responder a las mismas es con altos grados de ansiedad.

6.3.1.4 Índice de Calidad de Vida (Se adjunta copia en Anexo 4):

A.F. puntuó más altas las siguientes áreas de su vida: Apoyo social- Emocional (10) y Plenitud Espiritual (10), siguiéndole Cuidado Personal y Funcionamiento Independiente (8), Funcionamiento Ocupacional (8) y Funcionamiento Interpersonal (7). Las puntuaciones más bajas correspondieron a las siguientes áreas: Plenitud

35

Personal (1), Apoyo comunitario y de servicios (1), Bienestar Físico (1), Bienestar Psicológico/Emocional (1). Consignó 3 su percepción global de la calidad de su vida.

Teniendo en cuenta estos resultados podría afirmarse que A.F. presenta una puntuación media baja (5) en su percepción de las distintas áreas de su vida. Podría considerarse que A.F. percibe su vida como poco satisfactoria y que los aspectos de su bienestar, tanto físico como psíquico, actualmente los percibe de forma muy negativa. Si bien su percepción en cuanto a la Plenitud Espiritual y Apoyo socio Emocional es muy alta, no coincide con su percepción global de calidad de vida, respondiendo a las mismas con un estilo muy polar y exagerado.

6.3.2 Segunda etapa de administración- Diciembre 2011

6.3.2.1 Inventario de Depresión de Beck (Se adjunta copia en Anexo 5):

Puntaje total de 23. Evidencia una depresión moderada. De las opciones de respuesta elegidas se concluye que A.F continúa experimentando sentimientos de fracaso y dificultades para tomar decisiones, además de experimentar mayores síntomas de irritabilidad, mostrándose más sensible al responder ante los diversos acontecimientos. Además se evidencia descontento con respecto a su imagen corporal y un aumento de pérdida de interés en mantener relaciones sexuales con su pareja.

6.3.2.2. Inventario de Valoración y Afrontamiento (Se adjunta copia en Anexo 6):

La situación problemática elegida por A.F fue nuevamente referida a su hijo menor Emiliano. En el cuestionario A.F escribió tres situaciones problemáticas, después de aclararle que debía basar sus respuestas solo en una de ellas, eligió la mencionada, aclarando *“la enfermedad de E, porque es algo con lo que deberé lidiar toda la vida”*.

A.F valora dicha situación tanto como una amenaza (2) como un desafío (2), irrelevante (0). La diferencia entre los tipos de afrontamiento cognitivos que utiliza para lidiar con las situaciones es mínima, destacándose un afrontamiento cognitivo dirigido a

36

la emoción (0.66) por sobre el afrontamiento cognitivo dirigido a la situación (0.33). Esta situación es similar con respecto al afrontamiento motor, obteniendo una mínima diferencia a favor del afrontamiento cognitivo motor de la emoción (0.66) por sobre el

de la situación (0.50). En la paciente no prevalece un estilo de afrontamiento particular, obteniendo el mismo resultado tanto en el afrontamiento evitativo (4), como en el afrontamiento pasivo (4). Estos resultados apoyarían las investigaciones realizadas por Mikulincer (1989), Sellers y Peterson (1993) , Sanjuán y Magallanes (2007) que evidencian que los individuos que poseen estilos atribucionales negativos tienden a la utilización de estrategias de afrontamiento centradas más en lo emocional y el no empleo de estrategias dirigidas a solucionar el problema (es decir, a evitarlo).

6.3.2.3. STAI (Se adjunta copia en Anexo 7):

A.F presenta altos niveles de ansiedad, tanto de estado como de rasgo, obteniendo un puntaje percentilar de 96 y 99 respectivamente. Estos resultados evidencian en la paciente un estado actual significativamente ansioso, así como también una importante base ansiosa.

6.3.2.4 Índice de Calidad de Vida (Se adjunta copia en Anexo 8):

A.F puntuó nuevamente como más altas las siguientes áreas de su vida: Apoyo social-Emocional (10) y Plenitud Espiritual (10), siguiéndole funcionamiento interpersonal (8), apoyo comunitario y de servicios (8), autocuidado y funcionamiento interdependiente (6) y funcionamiento ocupacional (6). Sus puntuaciones más bajas correspondieron a las siguientes áreas: Bienestar físico (3) y plenitud personal (3), siendo Bienestar Psicológico/Emocional el área con menor puntuación (1). Consignó 3 su percepción global de la calidad de su vida.

Estos resultados evidencian que la paciente percibe de forma significativamente negativa su calidad de vida. Se destaca la percepción positiva que posee con respecto al apoyo de personas significativas en su vida y su relación con ellas, aunque estos resultados no son congruentes con lo verbalizado por la paciente durante las sesiones. La paciente además refleja de modo sincero su actual malestar psicológico, puntuando muy bajo las áreas referidas al bienestar personal (tanto físico como emocional).

37

6.3.2.5 MCMI III (Se adjunta copia en Anexo 9)

Las escalas en que la paciente obtuvo puntuaciones significativas fueron las siguientes: *Síndromes clínicos severos*: Depresión Mayor (PP 102). *Síndromes clínicos*: Ansiedad (PP 104) y estrés postraumático (PP 85). *Patrones clínicos de personalidad*: Depresivo (PP 108), Evitativo (100), Dependiente (PP 86). Estos resultados reflejarían la presencia de un trastorno depresivo, caracterizado por un estilo cognitivo de pensamiento con

rasgos dependientes y evitativos. A nivel clínico las puntuaciones muestran sintomatología ansiosa y depresiva severa.

6.3.3. Análisis y conclusiones de las pruebas administradas

A.F. es una paciente caracterizada por apatía y desesperanza, una marcada astenia, sentimientos de indefinición y temores con respecto al futuro. Se evidencia una base de personalidad significativamente ansiosa, que se observa por ejemplo en su nerviosismo y anticipación negativa al levantarse para encarar las cosas cotidianas y sobre todo llevar adelante la enfermedad de su hijo. El cuestionario de Beck da cuenta que su Depresión conserva una evolución crónica de carácter moderado. Los temores y desconcierto que la paciente experimenta frente a su hijo y la evolución de su enfermedad, ocupan el eje de su problemática, manifestándolo en ambas oportunidades a través del inventario de valoración y afrontamiento.

En el mismo se evidencia un uso más parejo de estrategias de afrontamiento, haciendo un esfuerzo consciente por cambiar el foco de atención sobre sus problemas, percibiendo cierta tranquilidad al ver que en situaciones similares ha hecho un esfuerzo por solucionarlas. Sin embargo su actitud pasiva y evitativa tendió a incrementarse, mostrando al comienzo mayores intentos de hacer cambios sobre las situaciones que juzgaba como amenazantes, buscando además el contacto y ayuda de otras personas, el cual dice preferir evitar actualmente.

El aporte más significativo es la información proporcionada por el MCMI III, cuyos resultados no solo confirman el perfil sintomatológico de la paciente y los

38

resultados de las otras pruebas, sino que evidencian en A.F la posibilidad de que en su estilo de respuesta frente a las pruebas, haya un intento de exagerar sus síntomas como una forma de pedir ayuda, además de que presentaría rasgos depresivos, evitativos y dependientes, los cuales se observan en que A.F tiende a evitar cualquier situación que pueda resultar amenazante, siendo incapaz de experimentar placer e interpretando las situaciones en términos de desesperanza y negativismo. Por consiguiente, es incapaz de experimentar refuerzos positivos por parte del medio, quedando en una situación de pasividad y aislamiento. El medio externo que la rodea refuerza estas conductas, ya que ella encuentra el apoyo y fuente de cariño que necesita en su actitud pasiva y quejosa. Estos rasgos de personalidad se relacionan de forma marcada con la presencia de síntomas clínicos serios y prolongados en A.F, los cuales denotan la presencia de profundos sentimientos de culpa y temores con respecto al futuro. Su sintomatología

depresiva se combina con un estado de ansiedad e inquietud que se presentan de forma constante, acompañados además de múltiples quejas a nivel físico.

Los resultados de las pruebas son congruentes con lo teorizado por Gasto, Vallejo y Menchón (1993) quienes establecen que son diversos los factores que pueden condicionar la severidad del cuadro, destacando como indicadores de cronicidad que un cuadro sea de carácter moderado a grave, que se presenta con síntomas de ansiedad e inhibición junto a una personalidad patología premórbida.

6.4 Descripción del tratamiento psiquiátrico y las intervenciones realizadas según el modelo Cognitivo, Constructivista Realista.

El espacio institucional en el que se llevó a cabo la observación del caso, posee características que difieren de cómo se estructura una sesión de psicoterapia tradicional, como por ejemplo la constrictión del tiempo, la distancia entre las sesiones y la posibilidad de utilizar estrategias terapéuticas de forma sistemática. Sin embargo, el tratamiento no se limitó solo a administrar y realizar un control de la medicación en la paciente, sino también a promover que, desde las limitaciones que el propio marco establece, A.F pudiera llevarse algo sustancial de cada encuentro.

39

El recurso farmacológico en esta paciente tenía como objetivos no sólo obtener un cambio en su cuadro anímico, sino, a nivel general, brindarle un soporte y sostén, combinando distintas opciones farmacológicas para obtener éxito en la respuesta a los mismos. Como indican Sadock y Sadock (2009) las mismas son: aumento de dosis del fármaco actual, la utilización de un nuevo fármaco y el agregado de un segundo fármaco.

Si bien se expresó que su sintomatología mantuvo una intensidad moderada a grave a lo largo del tratamiento, los tipos de signos, síntomas y quejas expresados por la paciente hicieron que se reviera el tipo de medicación y dosis empleada. Comenzó a ser tratada con Venlafaxina (Mesine) desde mayo del año 2010, alcanzando una dosis terapéutica de 150mg, junto a la toma de ansiolíticos (rivotril) 0,5mg, distribuidos en tres tomas diarias y Zolpidem (Somit) 10mg. Debido a que A.F continuaba sintiéndose decaída y con una astenia muy severa se le indico además, Megastene (complejo vitamínico) para reducir sus síntomas de fatiga, tanto muscular como psíquica. A.F alcanzo una dosis de 200mg diarios, con la cual refirió sentirse mejor y con más energía, sin embargo, continuaba sin deseos de salir de su hogar o realizar algún tipo de actividad. Como indican Clark, Friedman y Gershon (1995), los antidepresivos, como la Venlafaxina han

demostrado igual eficacia que los antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de la depresión, pero con un perfil de efectos adversos más benignos.

Este esquema farmacológico se mantuvo estable hasta que A.F comenzó a mostrar una tendencia impulsiva en su discurso y mayor irritabilidad de su humor (junio-julio 2011). Con el fin de prever que dicha impulsividad no aumentara o se expresara de otra forma, se le agrego a su plan farmacológico ácido Valpróico (Valcote), alcanzando una dosis de 500mg. En este periodo la paciente comenzó a mostrar un mayor decaimiento y quejas de aumento de peso, motivo que produjo episodios de discontinuación en la toma de su medicación. En un período posterior se decidió realizar un cambio de medicación debido al aumento de síntomas ansiosos en la paciente, reemplazando la Venlafaxina por Paroxetina (Aropax), continuando con el resto de la medicación. Es en este periodo que la paciente efectuó su conducta de tipo autodestructiva; a nivel farmacológico se produjo solamente el aumento de una toma de rivotril por día (a partir de dicho periodo se la controló de forma semanal en el servicio).

40

Más allá de las posibles causas por las cuales la paciente no respondió a la medicación (en términos de que su sintomatología depresiva no remitió) la misma funcionó principalmente como regulador, tanto de sus tendencias impulsivas, como de sus ciclos sueño-vigilia. El cuadro de A.F adoptó, como indican Gasto, Vallejo y Menchón (1993), el término de *depresión resistente*, siendo el tipo de depresiones en las que se recomienda la utilización conjunta de antidepresivos tricíclicos con estabilizadores del ánimo.

Debido que a lo largo del tratamiento las preocupaciones e ideas que fueron descriptas por la paciente se repitieron de forma sistemática, una estrategia no formal que sostuvo y favoreció el encuadre, fue mantener conversaciones sobre aspectos de aparente poca importancia o triviales, buscando continuamente temas generales que implicaran un interés común entre terapeuta y paciente. Esto otorgaba fluidez y naturalidad a los encuentros, a la vez que naturalizaba el vínculo y favorecía la empatía, haciendo que fuera más relajadas y placenteras para la paciente las sesiones. Por ejemplo: A.F., en una ocasión, llevó como obsequio, al terapeuta y pasante, un paquete de galletitas a la sesión. Aprovechando esta situación el terapeuta inició un dialogo sobre sus preferencias (si le gustan más las galletitas dulces o saladas, cuales, etc.). La paciente comentó sobre sus gustos específicos con respecto al tema, abriendo el dialogo con una actitud positiva y relajada. Esta simple conversación que duro menos de diez minutos,

hizo que la paciente esbozase una sonrisa en más de una ocasión y se retirara de la sesión con un aparente mejor ánimo.

A través del diálogo y de una orientación guiada por preguntas se intentó facilitar en A.F la posibilidad que transformara sus axiomas personales en hipótesis tentativas. Para esto se trabajó para que la paciente pudiera identificar y cuestionar, como sostiene Beck (2005), aquellas creencias y pensamientos que eran desadaptativos y que activaban en ella sentimientos de pesimismo, culpa e inutilidad, utilizando como medio la técnica de *reestructuración cognitiva*. Estos pensamientos, se expresaban en frases como: “no sirvo para nada, soy una carga para toda mi familia”. Tomando como ejemplo esta primera frase, el terapeuta le mostraba a la paciente, que pese a poseer esos sentimientos, constantemente realizaba un esfuerzo por sentirse mejor, además de que se ocupaba también de su familia, por ejemplo, yendo a buscar a su hijo al colegio. El terapeuta, a través de verbalizar hechos concretos realizados por la

41

paciente, intentó cuestionar su pensamiento negativo y darle otra mirada a los mismos. Tomando otro ejemplo, A.F manifestó en una sesión: “*mi marido tiene la culpa de todo lo que me pasa*”. A continuación, se detalla un fragmento del dialogo establecido entre terapeuta y paciente a raíz del mismo:

Terapeuta: ¿a qué te referís específicamente cuando decís que “él” es culpable de todo?

Paciente: yo no quería tener a E.

Terapeuta: y si esa decisión hubiese dependido de vos, únicamente. ¿qué hubieras hecho?

Paciente: (A.F queda en silencio, luego de un rato responde) nada, no sé, supongo que lo hubiera tenido igual.

Terapeuta: entonces, ¿podríamos decir que él es totalmente culpable del nacimiento de E o que solamente él tomó la decisión de tenerlo?

Paciente: No, pero él no me ayudo en todo el embarazo ni después de que lo tuve.

Terapeuta: Bueno, tal vez en aquel momento estuvo un poco más distante, pero hoy se lo percibe muy atento y compañero con vos, te ayuda y acompaña no solo en la crianza de E, sino en otras cosas.

Con esta intervención el terapeuta intentó atenuar el grado de culpa que A.F deposita en su pareja, pretendiendo disminuir su pensamiento absolutista, a la vez que se hace responsable por sus propias elecciones. Se trabajó de la misma forma con otras creencias que A.F tenía con respecto a su marido: “*el intenta avallasarme, no entiendo como verdaderamente me siento*”. Se trabajó en mostrarle a A.F las evidencias a favor y en contra de este tipo de pensamientos, ya que A.F interpretaba la ayuda en el control de la medicación de su esposo de forma negativa, así como también otras acciones que él realizaba, como llevarla y traerla de los médicos. En este caso el terapeuta le sugirió un pensamiento alternativo, dándole estratégicamente su opinión de que, en esta circunstancia, él veía dicha conducta como una forma de ayudarla, más que de controlarla.

Dado que A.F anticipaba que en su futuro las cosas no mejorarían y que todo le saldría mal, se sentía y veía a sí misma inútil e incapaz de enfrentar cualquier actividad

42

que se le presentara. Se continuó trabajando con la reestructuración cognitiva, para que A.F pudiera modificar sus pensamientos negativos, por ejemplo, aquellos referidos a la evolución de la enfermedad de su hijo, marcando positivamente que pese a su condición, E avanzaba en el colegio y tenía muy buen desempeño. Además, se le preguntó a la paciente qué aspectos positivos observó a lo largo del crecimiento y desarrollo de su hijo menor, con la intención de que ella corriera el foco de atención de los aspectos negativos de su condición.

La paciente también manifestaba durante las sesiones, que estaba muy cansada para salir y que no encontraba actividades que disfrutara realizar. Por esto se trabajó en que comience a realizar pequeñas pruebas conductuales (salir con su esposo al cine, acompañar a su hijo en una actividad recreativa) que le permitan desafiar esas creencias y cuestionarlas, a la vez que se le reforzaba positivamente estas conductas. Pese a que A.F al principio se mostró negativa y resistente a dichas propuestas, se consiguió que se comprometiera a efectuar algún tipo de salida, cualquiera fuese. Varias sesiones después, A.F comentó que acompañó a su pareja al supermercado, para realizar las compras semanales. La paciente refirió que dicha actividad le resultó difícil, principalmente porque se sentía cansada, pero percibió que, al regresar a su casa, su ánimo había mejorado, experimentado placer y cierta alegría en ayudar a su pareja con parte de las tareas cotidianas.

Se trabajó además en moderar los objetivos de la paciente, los cuales a veces eran muy altos y demandaban un nivel de exigencia, tanto física como psíquica, para la cual A.F no estaba preparada para hacer frente. Por ejemplo cuando manifestaba *“me gustaría trabajar para no depender económicamente de mi esposo”*, *“quisiera poder ocuparme de todas las actividades de la casa”*. Se trabajó en establecer junto con ella objetivos que fueran plausibles de conseguir y de lograr, de modo que se incrementara su sentido de autoeficacia y autoestima. Por ejemplo, se habló de objetivos más pequeños, como: lavar la ropa, volver al supermercado y realizar las compras, etc. La elección de dichas sugerencias radicaba en que A.F pudiera experimentar cómo se sentía al cumplir con objetivos más pequeños, los cuales podrían ir aumentando en cantidad y responsabilidad, para que en un futuro pudiera realizar aquellos objetivos de mayor complejidad, que al comienzo deseaba.

43

Siguiendo con esta línea, se trabajó para que A.F pudiera manifestar sus opiniones y sentimientos hacia su esposo de forma activa, incentivando el dialogo entre ellos. Para esto, se trabajó en mostrarle a la paciente en qué situaciones no estaba siendo asertiva (sin mencionarlo de forma directa) y cómo podía modificar las mismas. Por ejemplo, en las esporádicas situaciones en que su esposo ingresaba al consultorio, A.F. no emitía palabra alguna, se quedaba callada y dejaba que su esposo hable, sin embargo, cuando el mismo se retiraba del consultorio, ella comenzaba a hablar sobre él y lo que entre ellos sucedía. El terapeuta, haciendo provecho de este tipo de situaciones le mostraba a la paciente, la necesidad de empezar a expresar sus emociones hacia él, cuando este estuviese presente. Como indica Bulacio (2004), las técnicas basadas en la asertividad permiten expresar los propios derechos u opiniones de un modo no agresivo, posibilitando también un mejor manejo de otras emociones displacenteras.

A.F continuó su tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en la institución con los mismos profesionales, hasta comienzos del año 2012, momento que debido a cambios en su obra social fue derivada a otros servicios. Su sintomatología depresiva siguió manteniendo un curso crónico, pero no volvió a tener conductas autolesivas.

6.5 Propuesta de las estrategias terapéuticas que se implementarían para el tratamiento integral del caso A.F

Como estrategias terapéuticas que se recomendarían para el tratamiento integral de la paciente siguiendo el modelo Cognitivo constructivista realista, se incluyen: Técnica de la Moviola, Técnicas de resignificación de la experiencia, técnicas de visualización y

programa de actividades agradables. Así mismo, para un abordaje integral de su problemática se recomienda que la paciente realice terapia cognitiva de pareja.

Antes del empleo de estrategias específicas de intervención se recomendaría historizar en mayor profundidad la historia vital de la paciente, haciendo foco en dos áreas que se consideran como eventos que contribuyeron a formar la actual sintomatología depresiva: *la relación con sus padres*, (qué tipo de vínculo mantenía con cada uno de ellos, qué emociones y sentimientos le provocaba el hecho de ser responsable del cuidado de su madre, cómo es el vínculo entre ellas en la actualidad,

44

etc.). Por otro lado, en lo referido *al nacimiento de su último hijo y sus creencias actuales con respecto a su enfermedad*. (Qué sentimientos experimentó al momento de saber que estaba embarazada, qué sucedía en ese particular momento de su vida que no deseaba ser madre, etc.). Esta información puede obtenerse utilizando la técnica de la moviola, método de autoobservación empleado comúnmente en las terapias constructivistas que, como establece Dodet (1998), le permite al terapeuta reconstruir junto al paciente la sucesión de hechos o acontecimientos que considera importantes y que quiere investigar, entrenando al paciente en detectar ciertas escenas específicas, enriquecerlas para que adquieran una función más adaptativa y poder volver a ubicarlas dentro de la secuencia del relato del paciente.

Dicha herramienta se complementaría con la *técnica de resignificación de la experiencia*, que le permitiría a A.F., a través de un trabajo sistemático, buscar significados alternativos a estas experiencias que atravesó, de forma que pueda ver las situaciones con una nueva mirada, la cual le permitiría considerar qué herramientas o recursos no utilizó y podría emplear actualmente. Como dice Bulacio (2004), esta técnica permite desarrollar en los individuos la capacidad de brindar significados más adaptativos a su experiencia, cuestionando sus propias creencias de manera tal que puedan resignificar aquellas experiencias que los influyeron de forma negativa. Dado que es más fácil identificar los sesgos cognitivos y ayudar al paciente a cuestionarlos cuando éste se encuentra relajado, dicha técnica podría ser empleada utilizando como base la *visualización*. Esta técnica, de usarla de modo sistemático, ayudaría a A.F a reducir sus niveles de ansiedad y de tensión, así como también le permitiría alcanzar un estado de relajación que ayudaría a la paciente a evitar poner su foco de atención en sus problemas y preocupaciones. Como dice Bulacio (2004), permite además que el

individuo obtenga un mayor control no solamente de su cuerpo, sino también de sus emociones.

Dado que para A.F implica un alto costo de energía y esfuerzo actualmente realizar distintos tipos de tareas, evidenciando una pérdida de placer en actividades que antes resultaban de interés, el cumplimiento de un programa gradual de actividades agradables le permitirá a la paciente recuperar su sentido de autoeficacia y dominio, evitando que se sienta culpable por su falta de actividad. El empleo de este tipo de programa ayuda al paciente a que contrarreste la escasa motivación e inactividad que

45

caracterizan a las personas con depresión, a la vez que le ayudan a darse cuenta de qué tipo de actividades le provocan algún tipo de satisfacción. (Como se cita en Baringoltz y Levi, 2008)

Por último y teniendo en cuenta las dificultades manifestadas por la paciente con respecto a su vínculo marital y las experiencias subjetivas de malestar que le provoca el mismo, se recomendaría terapia de pareja de forma paralela al tratamiento individual de A.F.

A partir de abordar el sistema de creencias de cada uno, se podrá clarificar y redefinir los presupuestos y atribuciones distorsionados o irrealistas que tienen con respecto al vínculo, Como indican Baringoltz y Levy (2008), la satisfacción en un vínculo está relacionado con lo que cada miembro de la pareja define como placentero, satisfactorio o negociable, por lo tanto los cambios en la relación se podrán dar a partir de lograr comprender y modificar aquellos patrones cognitivos, emocionales y conductuales que sean disfuncionales. En este espacio A.F podrá disponer de mayores herramientas para identificar sus sentimientos y aprender a expresárselos a su esposo, de una manera más constructiva y encontrar la forma de acercarse a su pareja desde el respeto y el afecto.

7. CONCLUSIÓN

A través de los diferentes instrumentos utilizados para la descripción del presente trabajo, se puede concluir que A.F es una paciente que a lo largo de todo el tratamiento presentó sintomatología depresiva de intensa severidad, caracterizada por sentimientos intensos de desesperanza y tristeza. Su visión negativa de sí misma, del medio que la rodea y del futuro, provocaban en ella profundos sentimientos de inutilidad, culpa y baja autoestima, los cuales a su vez la dejaban en posición pasiva. Al A.F vislumbrar que cualquier evento o actividad que se le presentara tendría resultados negativos, poseía pocos o nulos estímulos internos para enfrentarlos.

Como sugiere el modelo conductual de la depresión, al ser la indefensión resultado del aprendizaje de que la respuesta que se obtenga es independiente al

46

esfuerzo, la persona interpreta que es inútil iniciar acciones en el medio. A.F ha interpretado posiblemente como estímulos incontrolables a lo largo de su vida a diferentes eventos (alcoholismo de su madre, nacimiento y enfermedad de su hijo), aprendiendo que el comportamiento que ella tuviese, cualquiera fuera no modificaría en forma apreciable la situación, no le aliviaría el sufrimiento ni le produciría gratificación alguna. Estas experiencias, asociadas a una merma de sus comportamientos sociales y el aumento de su tristeza, ansiedad e irritabilidad, han provocado en términos conductuales que la paciente se sienta, justamente, indefensa.

El contenido de los esquemas cognitivos desadaptativos de la paciente (relacionados con sus sentimientos de inutilidad, culpa, baja autoestima, miedos con respecto al futuro y su forma general de interpretar las situaciones en términos de desesperanza y negativismo) pudieron ser activados en un momento, como sostiene el modelo cognitivo, por un evento o situación valorado por el individuo como estresante. Desde este modelo podemos interpretar cómo la enfermedad de su hijo activó en A.F esquemas relacionados con sentimientos de culpa, indefensión e inutilidad. Como sostiene Beck (2005) las experiencias tempranas son las que le brindan a los individuos la base para que se constituyan los esquemas negativos por los cuales juzgará y se valorará a sí mismo y al mundo, pudiendo permanecer ciertos esquemas inactivos hasta que una situación específica los active.

Los resultados de las diferentes técnicas psicométricas administradas, son congruentes con el cuadro psicopatológico presentado por la paciente. Se haya reflejado en dichas pruebas, no solo un grado moderado de depresión clínica sino un estilo atribucional negativo de pensamiento que provoca además que valore las situaciones en términos de amenaza para su persona, utilizando como forma de afrontar las mismas estrategias más ligadas a obtener un cambio en sus sentimientos y emociones, que en hacer un esfuerzo activo por cambiar las situaciones.

Recientes investigaciones, entre ellas la de Peterson y Bossio (2001), Sonodada y Tonan (1999), Sellers y Peterson (1993), Sanjúan y Magallanes (2007), han demostrado esta asociación entre los estilos atribucionales negativos, la sintomatología depresiva y el uso de estrategias de afrontamiento centradas más en lo emocional, por sobre el uso de estrategias encaminadas a la situación. Si bien a partir de comparar los resultados del

inventario de valoración y afrontamiento, se evidencia que en A.F no hubo cambios a nivel conductual, es decir, con respecto a su afrontamiento, se puede concluir que hubo un cambio de mirada hacia la situación estresante, provocándose una disminución en la percepción de amenaza ante el evento. Este pequeño cambio puede ser causa del empleo constante de la técnica de reestructuración cognitiva sobre los pensamientos desadaptativos de A.F.

Con respecto al tratamiento, el cual fue llevado a cabo en el servicio de Psiquiatría del primer Hospital, tenía como objetivo más que un cambio en el estado de ánimo de la paciente, brindarle apoyo y contención, utilizando los recursos farmacológicos y psicoterapéuticos como sostén para el no agravamiento de su psicopatología. Si bien la paciente no obtuvo una remisión de su sintomatología depresiva, encontró en dicho espacio un lugar donde podía ser escuchada y podía expresar libremente sus creencias y sentimientos. Pese a continuar experimentando sentimientos de tristeza y falta de voluntad para casi cualquier actividad, A.F asistió en tiempo y forma a sus sesiones, manifestando cuánto valoraba ese espacio, mostrándose siempre agradecida hacia el terapeuta y el equipo que la acompañó durante su tratamiento.

Se evalúa a la pasantía realizada en la Fundación como una experiencia de aprendizaje académica y personal. La misma permitió que se experimentara un contacto “real” con los padecimientos que atraviesan los distintos individuos, disminuyendo la brecha que, como estudiante, se percibió en el transcurso de la carrera entre la comprensión de la teoría y cómo ésta se manifiesta de forma específica en cada paciente. Fue desde el asombro y la curiosidad que generó conocer a una paciente con una sintomatología tan severa, la elección del caso elegido para el presente trabajo final. Los encuentros e intercambios establecidos con A.F fueron percibidos por quien escribe como movilizantes, encuentros que se considera construyeron un nivel de empatía que convirtió en un desafío personal comprender la percepción subjetiva de los síntomas manifestados por la paciente, en contraste con el estudio objetivo de los mismos continuamente.

. En cuanto a las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo del presente trabajo, se considera que surgieron, en parte, de las mismas dificultades con las

cuales se atravesó durante la experiencia de la pasantía. Al elegir a la paciente A.F como caso clínico, se creía que su cuadro depresivo tendría algún tipo de remisión,

siendo éste el motor por el cual se eligió enfocar los objetivos en describir su tratamiento y la evolución del mismo. El cuadro de dicha paciente es de características muy complejas, con una variedad de matices que hubiesen resultado mucho más interesantes de abordar de haber comprendido desde un comienzo y en mayor detalle su cuadro psicopatológico. Si el presente trabajo pudiera hacerse con la información y el conocimiento incorporado en la actualidad sobre su problemática, los objetivos del mismo estarían enfocados en describir el espectro que comprenden las depresiones crónicas y el debate establecido en cuanto a las clasificaciones y tratamiento de las mismas, hecho que hubiera permitido que el trabajo fuera mucho más rico a nivel teórico.

A su vez, se considera que el dispositivo institucional del hospital primero ha sido insuficiente para el abordaje integral de la problemática presentada por la paciente, no estando debidamente organizado para atender un caso como el de A.F, que presenta un cuadro psicopatológico de características tanto complejas, como diversas. Hubiera sido conveniente un seguimiento más frecuente, de carácter semanal, que no solo incluya al sector de psiquiatría sino también al de psicología, para llevar a cabo un abordaje interdisciplinario de su problemática. La necesidad de un mayor seguimiento en la paciente se observa además, en sus frecuentes visitas a la guardia del dispositivo, a las cuales asistía entre sesiones de forma reiterada. En estas situaciones, el profesional a cargo del servicio, le proporcionaba a la paciente indicaciones que no habían sido pactadas en equipo, las cuales podían diferir a su vez, de las estrategias que el psiquiatra a cargo de su tratamiento estaba implementando. Una mayor rigurosidad en el plan de tratamiento de la paciente y mayor comunicación y cooperación entre los distintos profesionales de la institución es algo indispensable para el completo abordaje de la problemática de A.F y de cualquier paciente que concurra al dispositivo para recibir ayuda, contención y herramientas para manejar de forma más adaptativa las problemáticas que lo aquejan en su vida.

En relación al aporte personal ya se ha mencionado las diferentes técnicas que se aconsejaría implementar para el tratamiento integral de la paciente. Se destaca nuevamente la importancia de historizar, no solamente aspectos referidos a su vida

49

personal, sino también ahondar si A.F presento antes de su embarazo antecedentes de sintomatología depresiva. Como se ha intentado exponer a través de los contenidos teóricos presentados, el diagnóstico en los casos de depresión crónica se dificulta

notablemente dada las semejanzas entre los mismos. Por lo se desea concluir este apartado con una reflexión personal. Si bien la sintomatología de la paciente es congruente con los criterios establecidos para un trastorno depresivo mayor ¿No podría explicarse mejor su condición desde otro cuadro? Se Considera que un perfil sintomatológico de características tan complejas como el de .AF, responde más a una base de personalidad de tipo depresiva cuyos rasgos se han ido rigidizando con el tiempo, adquiriendo un patrón sistemático de comportamiento que ha dado lugar a la formación de un cuadro clínico de características depresivas. Por este motivo se sugeriría una mirada más global y dimensional sobre su diagnóstico.

50

8. Referencias Bibliográficas

Agudelo Vélez, D. M. (2005) *Adaptación y Validación castellana del cuestionario de depresión estado/rasgo (ST/DEP)*. Tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

Alvano, S.A. (2010). *Trastornos depresivos y de ansiedad: Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos*. Cap. 9. (pp. 99-106) y cap 16. (pp. 215-228). Buenos Aires: ScienS.

Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.

Beck, A., Rush, J.A., Shaw, B.F., & Emery G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión* (16^a ed.). Cap. 1 (pp.12-40) y cap.8 (pp. 136-159). Bilbao: Desclée de

brower. Belloch, A., Ramos, F. & Sandín, B. (1995). *Manual de Psicopatología*: (ed. rev.). Vol. 2. Cap. 9 y 10. (pp. 299-378). Madrid: McGraw-Hill. Bendinger, M. A.

(2008). Terapia cognitiva con parejas. En Baringoltz, S., Levy R. (Comp). *Terapia Cognitiva: Del dicho al hecho*. (pp. 130-151). Buenos Aires: Polemos Bulacio, J.M.

(2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia. Bulacio, J. M.

(2006, septiembre). Valoración y Afrontamiento en pacientes ansiosos y depresivos. Póster presentado en el *VI Congreso Internacional de la Sociedad Española de Estrés y Ansiedad*. Benidorm: España.

Dodet, M. (1998). La Moviola. *Psicoterapia*. 4(13), 89-93. Recuperado de: <http://www33.brinkster.com/gipsicoterapia/La%20MoviolaDodet.pdf> Fernandez-

Abascal, E., Martín Díaz M. & Domínguez Sánchez J.(2001). Procesos Psicológicos. *La emoción* (pp. 296-305). Madrid: Pirámide Gastó, C., Vallejo, J., & Menchón, J.M.

(1993). *Depresiones crónicas*. Cap.: 2 (pp. 11-18) y cap.5, 6, 7 (pp. 37-70). Barcelona: Doyma

51

Moerk, K. C., Klein, D. N. (2000) Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica. *Psicología conductual*. 8(3), 511-523. Recuperado de: <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art06.3.08.pdf> Rojtenberg, S.L

(2001). *Depresiones y Antidepresivos: De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. Cap. 8, 9, 10 (pp. 73-109). Buenos Aires: Panamericana. Sadock, B. & Sadock, V. (2009). *Sinopsis de psiquiatría* (10ª ed.). Trastornos del estado de ánimo (pp. 527-568). Barcelona: Wolters Kluwer

Sanjuán, P., Magallanes A. (2007) Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud*. 18 (1), 83-98, Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113052742007000100006&script=sci_arttext

Silva, H. (2002) Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40 (1), 9-20. doi:10.4067/S0717-92272002000500002

Trucco, M. (2002) Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40 (2), 8-19. doi:10.4067/S0717-92272002000600002

Vázquez, C., Hernangomez, L., Hervas, G. (2008) *Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 1. Recuperado de:

http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/Modelos

[%20Cognitivos%20+%20Graficas%20_C.%20Vazquez_.pdf](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/Modelos%20Cognitivos%20+%20Graficas%20_C.%20Vazquez_.pdf) Vázquez, F. L., Muñoz, R.

F., Becoña E. (2000) Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos finales del siglo XX. *Psicología conductual*. 8(3), 417-449. Wilner, R. (2008). Tareas en terapia cognitiva. En Baringoltz, S., Levy R. (Comp). *Terapia Cognitiva: Del dicho al hecho*. (pp. 44-45). Buenos Aires: Polemos