

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Trabajo Final de Integración

Análisis de caso: Trastorno Depresivo Persistente con comorbilidad con Fobia Social en una paciente adulta desde el abordaje Sistémico Estratégico Focalizado.

Profesor: Dra. Analía Brizzio
Profesor Tutor: Dra. Nora Gelassen
Autor: Laura María Esther Podio

Índice

1.	Introducción.....	4
2.	Objetivo	5
2.1.	Objetivos específicos	5
3.	Marco teórico.....	6
3.1.	El pensamiento sistémico y sus orígenes.....	6
3.1.1.	Influencias del Modelo Sistémico.....	7
3.1.2.	Cibernética, constructivismo y pensamiento de Milton Erickson	7
3.1.3.	Teoría de la Mente de Gregory Bateson	8
3.2.	Conceptos centrales del modelo sistémico	9
3.2.1.	Concepto de cambio	9
3.3.	Modelo Sistémico Estratégico Focalizado	11
3.3.1.	Desde la queja hasta la construcción del problema	12
3.3.2.	Intervenciones.....	12
3.4.	Trastornos del Estado de Ánimo.....	15
3.4.1.	Trastorno Depresivo	16
3.4.2.	Trastorno Depresivo Persistente (Distimia).....	18
3.4.3.	Tratamiento, prevalencia y comorbilidad de los trastornos depresivos	19
3.5.	Trastornos de Ansiedad.....	21
3.5.1.	Concepto de ansiedad: antecedentes y características	21
3.5.2.	Componentes de la ansiedad.....	22
3.5.3.	Trastorno de Ansiedad Social (TAS).....	23
3.5.4.	Perspectiva cognitiva del TAS.....	24
3.5.5.	Tratamiento, Prevalencia y comorbilidad de los Trastornos de Ansiedad.....	25
4.	Metodología	27
4.1.	Tipo de estudio:	27
4.2.	Participantes:	27
4.3.	Instrumentos:	27

4.4. Procedimiento:.....	28
5. Desarrollo	29
5.1.1. Presentación del caso	29
5.2. Descripción de los signos y síntomas del trastorno depresivo persistente (Distimia) en una paciente adulta.	31
5.3. Descripción de los signos y síntomas de la fobia social en una paciente adulta.....	35
5.4. Análisis de las intervenciones terapéuticas realizadas a lo largo del tratamiento de una paciente adulta con trastorno depresivo persistente con comorbilidad con fobia social desde la perspectiva sistémica estratégica focalizada.	37
5.5. Descripción de la evolución y los cambios de una paciente adulta diagnosticada con trastorno depresivo persistente con comorbilidad con fobia social a lo largo del tratamiento terapéutico.	44
6. Conclusiones	46
REFERENCIAS	52

1. Introducción

Para la realización del presente trabajo se seleccionó un caso clínico durante el período de práctica profesional en un Centro de Psicoterapias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El caso elegido fue el de una mujer joven cursando tratamiento psicoterapéutico por un Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) con comorbilidad con Fobia Social. La paciente vive en la Ciudad de Buenos Aires.

La Institución brinda servicios y planes en salud mental tanto a nivel privado como por sistema de Obras Sociales partiendo de una visión integral de la persona, incluyendo a su núcleo familiar y social a partir del modelo de Terapia Focalizada en la Resolución de Problemas, basado en el Modelo Estratégico del Mental Research Institute (MRI). Además la misma cuenta con programas de Formación de profesionales, tanto de manera presencial como virtual, así como cursos de postgrado, equipos de investigación y programas de pasantías. La pasantía constó de 280 horas distribuidas en 19 horas semanales durante las cuales se realizaron diferentes tareas, tales como: a) Participación en los equipos de supervisión. b) Asistencia a sesiones en cámara Gesell, con participación en las discusiones del equipo profesional; c) Participación en formaciones internas de la Institución en distintas especialidades y abordajes; d) Realización de tareas administrativas.

La elección del caso estuvo basada en mi propio interés por la patología depresiva, en especial en los casos crónicos y persistentes, que imposibilitan el desarrollo del sujeto y generan grandes costos a nivel social. El abordaje de este caso se realiza desde el modelo de terapia sistémica estratégica focalizada. Para el desarrollo del mismo se utilizaron los distintos recursos que provee la Institución sobre la historia clínica de la paciente, así como observación de sesiones en cámara gesell previamente filmadas.

2. **Objetivo**

Describir el desarrollo del tratamiento de una paciente adulta diagnosticada con trastorno depresivo persistente con comorbilidad con fobia social desde el abordaje Sistémico Estratégico Focalizado.

2.1. **Objetivos específicos**

1. Describir los signos y síntomas del trastorno depresivo persistente (Distimia) en una paciente adulta.
2. Describir los signos y síntomas de la fobia social en una paciente adulta.
3. Analizar las intervenciones terapéuticas realizadas a lo largo del tratamiento de una paciente adulta con trastorno depresivo persistente con comorbilidad con fobia social desde la perspectiva sistémica estratégica focalizada.
4. Describir la evolución y los cambios de una paciente adulta diagnosticada con trastorno depresivo persistente con comorbilidad con fobia social a lo largo del tratamiento terapéutico.

3. Marco teórico

3.1. El pensamiento sistémico y sus orígenes

El discurso de la Psicología ha ido cambiando a lo largo de su historia y de acuerdo al contexto en el que era observada. En las distintas épocas estableció metáforas de la mente y los procesos mentales vinculándolos con el modelo de máquina más exitoso y moderno de cada época. Los modelos se fueron adaptando a los nuevos descubrimientos. (Wainstein, 2002a). Fue en la década de los 40 cuando diferentes ramas del pensamiento hicieron aportes que serían tomados por la Psicología. En esta década la Fundación Macy auspició en New York una serie de conferencias en la que científicos de diferentes disciplinas intentaron alcanzar una ciencia del control. Estas conferencias fueron el sedimento de nuevas ideas que influyeron en distintas disciplinas científicas y especialmente en la psicoterapia (Cazabat, 2007). Ocurrió un cambio en la epistemología, un nuevo modelo de pensar, conocer, decidir e intervenir entendiendo a la interacción como circular y tomando como premisa que toda conducta es un mensaje y toda comunicación es una conducta (Des Champs, 1995).

Si otros modelos disciplinares reconocen un solo padre fundador, el modelo sistémico reconoce múltiples paternidades lo cual conlleva a una profusión de escuelas psicoterapéuticas y métodos que existieron desde un principio, así como un permanente desarrollo y también un amplio debate que se da dentro de este marco conceptual (Des Champs, 1995). Un modelo disciplinar implica referirnos a un conjunto de proposiciones que refieren a teorías, dentro de un determinado paradigma, que se aplica a la descripción de problemas específicos. Un modelo muestra el fundamento explícito de quien describe un fenómeno o interviene en el mismo (Wainstein, 2002a). Una de las particularidades que darán fundamento al modelo sistémico las menciona Des Champs (1995) sosteniendo que el enfoque sistémico o interaccional se basa en que ninguna conducta particular puede ser considerada en forma aislada con respecto al comportamiento de los demás miembros dentro de un sistema, por lo tanto es fundamental la comprensión del contexto en el ámbito psicoterapéutico. Cade y O'Hanlon (1995) afirman que a diferencia de la mayoría, el modelo sistémico desarrolló un enfoque más directivo y activo consistente en promover el cambio y no ya el crecimiento o la comprensión y el terapeuta pasó a ser más útil como agente generador de cambio. Des Champs (1995) coincide en que el terapeuta es un

agente activo y promotor del cambio en la interacción, y que la visión predominante en este modelo es la del cambio y no de la cura, que está orientada a la salud y no a la enfermedad y que es psicoevolutiva en lugar de psicopatológica.

3.1.1. Influencias del Modelo Sistémico

Distintos autores coinciden en las variadas influencias y pensadores que dieron origen al pensamiento sistémico. El modelo tomó aportes de la neurobiología (Maturana y Varela, 1980), la cibernética (Von Foerster, 1970), la Teoría general de los sistemas (von Bertalanffy, 1984), la Teoría de la mente (Bateson 1972, 1980), los aportes en el campo de la información (Shannon y Weaver, 1949) y los aportes del constructivismo. (Wainstein, 2002a; Des Champs, 1995; Cade & O'Hanlon, 1995, de Shazer, 1985). Se consideró que la información es una medida de organización dentro de un sistema y que la entropía es una medida del grado de desorganización del mismo. Estos conceptos obligaron a pensar al individuo en términos relacionales y a cada sujeto como un sistema incluido en sistemas mayores. (Wiener, 1948 en Wainstein 2002a)

3.1.2. Cibernética, constructivismo y pensamiento de Milton Erickson

Una influencia temprana en este nuevo modelo fue la obra de Norbert Weiner, (1948) sobre *cibernética*, una ciencia de la comunicación y control de los sistemas, así como el trabajo de Shannon y Weaver (1949) que desarrollaba una matemática de intercambio y flujo de información (Cade & O'Hanlon, 1995). Mills y Sprenkle, (1995) señalan la evolución entre la cibernética de primer orden a la llamada cibernética de segundo orden. La cibernética de primer orden, que estudia los patrones de organización dentro de un sistema, comenzó a tomarse en consideración para la psicoterapia, entendiendo que el sistema humano de consultantes, ante una pauta disfuncional, tomaría patrones de autocorrección, mientras que el terapeuta actuaría como observador externo ajustando esa autocorrección mediante sus intervenciones. Se evolucionó luego a la llamada cibernética de segundo orden, la cual incluye al terapeuta dentro del sistema consultante, adjudicándole un rol activo en la construcción de la realidad que fuera observada. Esta cibernética de segundo orden representa una aplicación específica del constructivismo, que propone que la realidad no se descubre sino que se construye por el individuo como respuesta de su propia visión del mundo. La realidad es entendida como una construcción mutua, como un proceso bio-psico-social resultante de un acuerdo intersubjetivo. Estas

ideas modelaron la noción de proceso mental y la idea de organización psicosocial de la conducta (Wainstein, 2002a). Al ser el terapeuta parte también del sistema, participará en la construcción social de nuevas realidades para sus consultantes desde la perspectiva de su propia comunidad, desde su propia perspectiva, en la cual sus propias creencias serán parte de ese cambio (Mills & Sprenkle, 1995). Se acepta la multiplicidad y la coexistencia de diferentes modelos interpretativos (Azar, 2010). A diferencia de otros modelos, se presta una limitada atención al pasado y se centra la atención sólo en lo exitoso de ese pasado, así como tampoco se prestará especial atención a los detalles de las quejas del paciente, sino al modo en que el paciente reconozca en qué momento el problema se haya resuelto (De Shazer, 1985).

Es innegable la influencia de Milton Erickson en el desarrollo de los enfoques terapéuticos breves o estratégicos. Cade y O'Hanlon (1995) afirman que el genio inventivo de Erickson y sus actitudes ayudaron al desarrollo temprano de los enfoques de la comunicación, centrado inicialmente en el proyecto de comunicación de Gregory Bateson. De Shazer (1985) señala que la influencia determinante de Erickson derivó en una de las claves de estas terapias: la de hacer uso de aquello que el paciente ya trae, de sus recursos, de manera que pueda con ello lograr una vida más satisfactoria por sus propios medios.

3.1.3. Teoría de la Mente de Gregory Bateson

Otra enorme influencia para este modelo es la Teoría de la Mente de Gregory Bateson, figura de gran influencia para toda una generación de pensadores y científicos sociales (Wainstein, 2002a). De acuerdo a Keeney, (1994) la definición de la mente como un sistema cibernético fue uno de los aportes más importantes de Bateson, ya que deja de limitar a la mente dentro de un cráneo, y la amplía abarcando individuos y sistemas completos con todas sus interacciones. Bateson plantea que lo mental es un procedimiento, un proceso que no puede entenderse aisladamente sino que debe verse la mente como sistema, con relaciones múltiples y simultáneas entre sus elementos y con el observador (Wainstein, 2002a).

Así como definió la mente como un sistema, Bateson comenzó a estudiar las paradojas de la abstracción en la comunicación desde 1952, para lo cual utilizó la Teorías de los tipos lógicos de Whitehead y Russell de 1910-1913, colaborando en el proyecto con John

Wakland, Jay Haley y William Fry, Jr. (Cade & O'Hanlon, 1995). Su pensamiento lo llevó a incluir no solo las relaciones entre un organismo y su ambiente sino las interacciones entre los distintos niveles jerárquicos, ordenando palabras, niveles de lenguaje, proposiciones, conductas o todo aquello que tenga la capacidad de generar significación. Basa su modelo de mente y proceso mental en categorías, reglas para pensar la realidad que inciden en la conducta. (Wainstein, 2002a) Durante diez años estudió junto a un grupo de investigación estas interacciones del lenguaje en la etiología de la esquizofrenia sobre la base del doble vínculo. Cade y O'Hanlon, (1995) señalan que son los contextos de acción los que determinan cómo se conectan y organizan las reacciones de los individuos frente a las reacciones de los otros, y sostiene que ninguna acción está aislada sino que todas las acciones y reacciones forman parte de una interacción organizada. En la terapia es necesario buscar las reglas de estas interacciones. (Keeney, 1994). Bateson propone el modelo de mente como máquina, observando que es isomórfico a cualquier sistema que cumpla con los criterios de la cibernética elemental, esto es: a) comunicación a través de mensajes, por medio de códigos que se desplazan en circuitos circulares; b) diferentes niveles de complejidad o subsistemas; c) ordenamiento en jerarquías y d) tendencia a mantener su coherencia interna y a establecer un carácter autorreferencial. (Wainstein, 2002a)

3.2. Conceptos centrales del modelo sistémico

3.2.1. Concepto de cambio

Como se mencionó anteriormente, la perspectiva sistémica está focalizada en lograr el cambio más que la cura. Las distintas escuelas sistémicas tienen en común una visión de cambio, o sea, su objetivo terapéutico es que sus consultantes modifiquen sus conductas y sus relaciones con el entorno propio en sus propias circunstancias, sólo que existen diferencias entre ellas acerca de cómo lograr ese cambio (Beyebach & Herrero de Vega, 2010). La idea de cambio en sí misma tiene diferentes facetas, Watzlawick (1974) menciona un proverbio francés que expresa que cuanto más cambia algo, más permanece igual. Considera este proverbio como una expresión concisa de la paradójica relación entre permanencia y cambio, dado que éstos deben ser considerados conjuntamente a pesar de su naturaleza en apariencia opuesta. Cambio y estabilidad representan una Gestalt, una totalidad complementaria en cibernética. El Consultante no es un individuo

aislado sino un elemento dentro de un sistema mayor y la transición paradigmática en esta visión es comenzar a ver una familia o un grupo como un organismo y no meramente un conjunto de individuos (Watzlawick, 1974). Se observan los problemas y cuál es la forma en que persisten, así como la manera de solucionarlos utilizando para ello técnicas efectivas y diferentes, empleando como material ilustrativo distintos casos clínicos (De Shazer, 1985). El cambio se verá facilitado si existe una relación cooperativa entre consultante y terapeuta. Y ya que el paciente que comienza la terapia desea cambiar, la cooperación puede ser promovida por una expectativa de cambio abierta propuesta por el terapeuta que ayude a construir visiones de un futuro más satisfactorio para el consultante. Lo que facilita esta relación cooperativa es la idea de que sólo se necesita un cambio pequeño para el cual hace falta una meta también pequeña y razonable. Por más compleja que pueda ser la situación, un cambio pequeño puede generar profundas diferencias y conducir a otros cambios que generen una mejoría adicional (De Shazer, 1985). Keeney, (1994) sostiene que para que una terapia sea exitosa debe proponer y crear formas alternativas de retroalimentación que permitan un camino para el cambio.

El modelo de Palo Alto comparte varias premisas con otros modelos sistémicos, tales como el modelo estructural y la Escuela de Milán (Casabianca & Hirsch, 2009). Cada escuela tendrá por objetivo lograr el cambio de diferentes modos, ya sea dentro de la entrevista o fuera del ámbito terapéutico, con énfasis en las tareas o sin ellas (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

Los síntomas le ofrecen al terapeuta una guía que señala dónde debe comenzar la terapia. La conducta sintomática comunica que hay una premisa epistemológicamente errónea, deformada o ineficaz. Una de las funciones del síntoma desde el punto de vista sistémico es ser una forma de comunicación social al contexto. El paciente comunica que no es él mismo quien no quiere hacer una cosa o la otra, sino que su patología se lo impide. Es un mensaje que comunica la ilusoriedad del autocontrol. Entonces, debería ayudarse al paciente a no quedar atrapado en un error epistemológico de oponer su voluntad en contra del síntoma, ya que esto lo haría quedar atrapado en una intensificación de los mismos ya que su intensidad crece en la medida en que el paciente trata de detenerlo, generando una escalada hasta que renuncia a combatir, cayendo en una especie de desvalimiento. La tarea del terapeuta es alentar al paciente para que permita que el sistema se cure a sí

mismo, contribuyendo a construir un contexto de aprendizaje para lograr la autocorrección del comportamiento sintomático. Debe ser capaz de crear nuevas formas de plasmar o comunicar lo mismo que hace el síntoma (Keeney, 1983).

3.3. Modelo Sistémico Estratégico Focalizado

El programa de tratamiento del modelo sistémico estratégico focalizado tiene sus orígenes en los fundamentos del Brief Therapy Center (centro de Terapia Breve) formado por Richard Fisch, Jackson, Watzlawick, Weakland y Art Bodin, que hoy se conoce como Modelo de Palo Alto. Se trata de un modelo breve, simple, eficaz y efectivo para ayudar a la gente a producir un cambio (Cazabat, 2007). Sus premisas teóricas y sus técnicas están influidas por el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto y en el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson (Fisch, Weakland & Segal, 1982). El MRI fue fundado en 1959 por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. Y si bien Bateson nunca formó parte de él salvo como consultor, esta institución representaba una continuidad de sus ideas (Cazabat, 2007). Hacia fines de 1959 se incorpora al grupo de trabajo Paul Watzlawick, psiquiatra de origen austríaco con formación junguiana. El equipo fundamentó una visión de la psicoterapia desde una perspectiva interaccional (Cazabat, 2007). Según Casabianca y Hirsch (2009), el modelo de Palo Alto comparte varias premisas con otros modelos sistémicos: a) La acción de un individuo tiene correlato con la acción de los otros individuos de su entorno, por lo que si el comportamiento de alguno de ellos cambia, cambiará el del otro/s en base a su potencial personal; b) Los individuos que mantienen vínculos o relaciones estables pueden ser vistos como partes de un sistema; c) Cada miembro significará su acción en la interacción del contexto ; d) Las conductas se organizarán en base a los ejes de jerarquía e interdependencia y e) El sistema se verá como un interjuego de dos tendencias opuestas, cambio y estabilidad.

El *foco de análisis* está puesto en los procesos, como secuencias repetitivas de conducta para identificar el circuito autoperpetuante. El *objeto de cambio* es la secuencia de conductas que se refuerzan como intento fallido para solucionar el problema, esto es observar el circuito disfuncional. El *foco de intervención* se centra en el miembro más motivado a provocar el cambio. El *lugar del cambio* estará principalmente fuera de la sesión.

3.3.1. Desde la queja hasta la construcción del problema

La *queja* del paciente pone en marcha un proceso de reconstrucción para ser convertidas en problemas a tratar. El terapeuta irá indagando a fin de armar su mapa conceptual de la situación para accionar sobre ella y co-construir una solución potencial (De Shazer, 1985). Cada persona construye y organiza los acontecimientos y esa construcción se tiene componentes afectivos, cognitivos y conductuales. Son mapas que guían a la persona. Pero algunos mapas guían mejor que otros, por lo que pueden ser disfuncionales generando una frustración con la que comienza la psicoterapia. El proceso de psicoterapia eficaz deberá ser capaz de modificar el marco de referencia que construye el problema y conducirlo de tal forma que éste pierda su razón de ser o desaparezca, ya sea porque se modificó la conducta o se modificó su interpretación de los hechos (Cazabat & Urretavizcaya, 2007). El terapeuta realizará un plan de abordaje de ese problema, mediante sus intervenciones a fin de provocar el cambio (Wainsten, 2006a). La definición del problema incluye determinar cuáles fueron las soluciones intentadas por el paciente y sus otros significativos. Esas soluciones fallidas o sólo efectivas parcialmente permiten al terapeuta realizar un diagnóstico de circuito que permite evaluar si fueron las que ayudaron a sostener el problema (Kopeck, 2007). Se entiende que no hay circuitos buenos o malos, sino funcionales o disfuncionales y se interviene a fin de prescribir conductas planificadas para el logro del objetivo de cambio (Casabianca y Hirsch 2009). Más que eliminar los síntomas se convierten a los mismos en partes de la solución. El aspecto central del enfoque es la relación entre la meta del consultante y su síntoma, o sea el mapa teórico de la situación del consultante (De Shazer, 1985). Se parte del supuesto de que el consultante posee el conocimiento, la capacidad y el interés para producir un cambio, pero necesita de la presencia de un terapeuta con quien trabajará de forma consensuada formando a su vez un *sistema terapéutico* (Casabianca y Hirsch, 2009). La solución consiste en un cambio y si se falla, el fallo no está en lo imposible de la situación sino en la propia solución intentada (Watzlawick, 1974)

3.3.2. Intervenciones

El proceso y la estrategia terapéutica se articulan por medio de intervenciones. Las intervenciones plantean situaciones en las que el sujeto se comporta de modo distinto y se presentan con un lenguaje coherente a la manera en que éste ve al mundo, de acuerdo a lo

que percibe el terapeuta (De Shazer, 1975 citado en de Shazer, 1985). Se entiende que las palabras y gestos de una persona pueden orientar creencias y conductas de otra persona (Wainstein, 2006b). El modelo de terapia estratégica está pensado para ayudar al paciente a salir adelante sin la ayuda del terapeuta, actuando éste como un guía que lo ayuda a transitar la mejor ruta dentro de lo que disponga, removiendo los obstáculos del camino pero propiciando que el paciente decida dónde quiera ir y cuánto esfuerzo pondrá en ello (Kopec, 2007). El terapeuta estratégico evita las teorías elaboradas de la personalidad o la disfunción y hace formulaciones diagnósticas que representen la visión más simplificada del curso y mantenimiento de los problemas para permitir el desarrollo de una intervención eficaz. Su interés es intervenir lo más rápido y económicamente posible explorando y elaborando sostenidamente las propias conductas que faciliten la resolución rápida de los problemas (Cade & O'Hanlon, 1995). Cada intervención será hecha a medida para un paciente específico en un determinado momento o situación particular (De Shazer, 1985). Las intervenciones no son inocuas, Keeney (1994) advierte que las estrategias de intervención deben contemplar la ecología de los problemas que intentan modificar, ya que si no lo hacen pueden contribuir a engendrar órdenes más altos de patología.

En cuanto a los distintos tipos de intervenciones, Casabianca y Hirsch (2009) enumeran los cuatro tipos básicos para el modelo de Palo Alto: a) *Reformulación*: Adjudicación de significado realizada por el terapeuta acerca de las conductas relacionadas con el motivo de consulta, que tenga la pretensión de cambiar la percepción del consultante acerca de las mismas. b) *Sugerencias*: Acciones alternativas propuestas por el terapeuta en las que el consultante conserva el margen de no aceptarlas sin que ello implique una negativa al cambio en el proceso terapéutico. c) *Prescripciones*: Indicaciones de conductas explícitas con el objeto de ser cumplidas por el consultante o desafiadas, a fin de ayudar al progreso terapéutico, el ejemplo típico de esta intervención son las tareas terapéuticas. d) *Preguntas*: destinadas a provocar un cambio en el motivo de consulta y que pueden ser a su vez directas, reflexivas o circulares dependiendo del tipo de problema y estrategia del terapeuta.

Este modelo hace énfasis en la *pragmática de la comunicación*, la cual refiere a las acciones que componen un hecho comunicacional y los efectos que tiene esta interacción

en las personas que forman parte de ella, es la manera en que las personas se influyen entre sí en función al mensaje que tiene su conducta, ya sea confirmándose o desautorizándose, estimulándose o volviéndose locas. Esta vertiente de la comunicación también se la conoce como política o estratégica, a diferencia de la vertiente semántica, en la que se tiene en cuenta el significado de la comunicación que debe ser interpretado por el receptor (Feixas i Viaplana, Muñoz Cano, Compañ Felipe & Montesano del Campo, 2012)

La *reformulación* o *reestructuración* implica cambiar la visión conceptual y/o emocional que se experimenta en una situación poniéndola dentro de otro marco en el cual se adapte y cambiando completamente su significado (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Esta intervención implica codificar nuevamente la percepción de la realidad sin cambiar el valor semántico de lo que la persona expresa pero sí el marco en el que se inserta ese significado, aunque está claro que si se cambia el marco también se cambia de manera indirecta el significado en sí mismo. Al reformular una idea no se pone en discusión la concepción, sino el enfoque o recorrido lógico en la perspectiva. Si se cambia el punto de observación desde el cual un sujeto observa la realidad, se cambia entonces la realidad en sí misma (Nardone & Watzlawick, 1999). La reformulación busca alterar el significado atribuido a un determinado acontecimiento (suceso, síntoma, emoción, conducta) sin modificarlo pero proponiendo un marco de referencia alternativo coherente con la perspectiva de la realidad del paciente, de modo que resulte aceptable. Los tipos de reformulación pueden incluir una *redefinición positiva del síntoma*, por la cual se da una lectura relacional diferente de los hechos desafiando las definiciones y cuestionando la visión de la realidad que realiza el paciente sobre ese síntoma y reformulándolo positivamente y la *connotación positiva*, que consiste en atribuir un significado positivo a una conducta problema o síntoma dentro del contexto donde adquiere funcionalidad dentro de la pauta circular del sistema, es una explicación lógica sobre porqué el paciente actúa como lo hace, situándolo en una posición neutra y sin juzgar dicha conducta. Esta connotación positiva posibilita la intervención paradójica del no cambio que genera un cortocircuito en los patrones relacionales porque impide la funcionalidad que tenía previamente el síntoma, con lo cual el paciente o bien confirma la visión del terapeuta y

no cambia, o bien la desafía y genera un cambio (Compañ, Feixas, Muñoz & Montesano, 2012) .

Las *tareas terapéuticas* son un tipo de intervención, propuestas o intervenciones que un terapeuta hace a sus consultantes para que éstos realicen cuando no están en sesión, destinadas a cortar el circuito de un problema o a aportar soluciones. Algunas pueden tener un fuerte contenido emocional y pueden ser tanto individuales como incluir a varias personas, también pueden ser paradójicas. Estarán orientadas a provocar un cambio en el consultante, pueden reconducir una terapia poco productiva y son un puente entre el trabajo de sesión a sesión. Permiten concretar una estrategia terapéutica y chequear el estado de la alianza o disposición para el cambio del consultante. El paciente puede desplegar en ellas sus propios recursos y ser más activo en el proceso terapéutico. Habrá dos tipos principales de tareas: a) las dirigidas a promover interacciones positivas, y b) las tendientes a modificar, interrumpir o revertir interacciones negativas. Dentro de estas categorías existe un gran abanico de posibilidades, dependiendo tanto de la alianza terapéutica, la situación, el circuito del problema y la propia creatividad del terapeuta (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

En el curso de este trabajo se describirán aquellas vinculadas a la patología de la paciente observada, con diagnóstico de Trastorno Depresivo Persistente con comorbilidad con Trastorno de Ansiedad Social, abordadas desde la perspectiva del modelo sistémico estratégico focalizado.

3.4. Trastornos del Estado de Ánimo

El trastorno del estado de ánimo, y particularmente la depresión, es susceptible de ser tratado de diferentes maneras de acuerdo a la perspectiva desde la que se la conciba. En los estudios se detecta que los episodios crónicos de depresión, como en el caso del Trastorno depresivo persistente, es eficaz el uso de terapia farmacológica en combinación con psicoterapia. Son las terapias cognitivo-conductuales las que más evidencia empírica proporcionan en cuanto a eficacia, aunque se menciona que las terapias sistémicas estratégicas pueden tener chances a la hora de tratar el trastorno (Pérez Álvarez & García Montes, 2001, Castro Solano, 2001).

Por su descripción, el estado de ánimo puede ser elevado, normal o deprimido. El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes

(Belloch; Sandín & Ramos, 1995). Los sentimientos de tristeza y abatimiento tienen una larga data en la historia de la humanidad. En sus formas menos graves tienen funciones adaptativas, como es el lograr la atención y el cuidado por parte de los otros (Gilbert, 1992 en Belloch et al., 1995). Aun así, estar triste no es siempre una emoción adaptativa, ya sea por su duración, frecuencia, intensidad o aparente autonomía puede interferir de manera extraordinaria con la vida de quien padece estas emociones. Las personas sanas experimentan una gran cantidad de estados de ánimo y los manifiestan de diferentes maneras, percibiendo en general control sobre los mismos y sus afectos, o sea el modo en que los manifiestan. Cuando hablamos de trastornos del estado de ánimo nos referimos a afecciones clínicas caracterizadas por la pérdida de ese sentido de control y sufrimiento subjetivo de gran malestar. Esto genera cambios tanto en la energía, funciones cognitivas, vegetativas, atención, apetito, ritmos biológicos entre otros que afectan al sujeto en áreas interpersonal, social y laboral. Si bien el APA (2013) ha separado los trastornos de estado de ánimo elevado y deprimido, el DSM-IV TR los clasifica como un continuum entre dos polos opuestos: el del estado de ánimo elevado, con características de efusividad, fuga de ideas, ideas de grandeza y disminución del sueño, y el del estado de ánimo deprimido con pérdida del interés, la energía, sentimientos de culpa y cambios en diversas funciones vitales (Kaplan, Sadock & Grebb, 1996).

3.4.1. Trastorno Depresivo

Ya sea que se le llame melancolía, acedia, o trastorno distímico; ya sea que se le atribuya a la bilis negra, a un desequilibrio químico o la pérdida del objeto materno, los síntomas de la depresión han sido más o menos los mismos desde hace 2.500 años. Sin embargo, a pesar de la similitud de sus síntomas por más de dos milenios, la depresión ha tenido significados muy diferentes de acuerdo al nivel cultural, educación, nivel socioeconómico, y en especial, para hombres y mujeres (Showalter, 1992). Se prevé que sea la principal causa de enfermedad para el año 2030, y ya es la primera causa de enfermedad en las mujeres a nivel mundial. (Albert, 2015)

De todas maneras, sentirse triste no es un síntoma que sea suficiente para diagnosticar una depresión, ya que la tristeza como síntoma está presente en gran parte de los trastornos psicopatológicos así como en algunas condiciones médicas sin que se trate de un síndrome depresivo. Debe haber un conjunto variable de síntomas relacionados para que

podamos emplear ese diagnóstico. (Belloch et al., 1995) La persona con trastorno depresivo experimenta síntomas entre los que se incluyen cambios en el peso corporal, apetito, actividad y sueño, así como falta de energía, sentimientos de culpa y pensamientos de muerte. El modelo cognitivo ofrece una hipótesis por la cual algunas experiencias tempranas proporcionan la base en la que se forman conceptos negativos sobre sí mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos o esquemas pueden permanecer latentes o activarse por ciertas circunstancias que se evalúen como negativas. De acuerdo al modelo cognitivo de la depresión de Beck, Rush, Shaw, y Emery (1993), el sustrato psicológico que sostiene este síndrome tiene tres ejes fundamentales:

- 1) la *tríada cognitiva* (visión negativa de sí mismo, de sus experiencias y del futuro). Si el paciente piensa erróneamente reaccionará negativamente. Sus características son: a) Visión negativa acerca de sí mismo: Se critica excesivamente y cree carecer de los atributos para lograr felicidad; b) Interpretación de experiencias de manera negativa: Sus interacciones con el entorno son definidas en términos de derrota y frustración y c) Visión negativa acerca del futuro: anticipando sufrimientos y dificultades, esperando penas, frustraciones y privaciones.
- 2) los *esquemas* (patrones cognitivos estables independientes de la estimulación externa). Que explican por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes incluso con evidencia objetiva de elementos positivos en su vida.
- 3) los *errores cognitivos* o del procesamiento de la información (creencia de validez de sus conceptos negativos). Son errores sistemáticos que mantienen la creencia en la validez de los conceptos negativos. Éstos son: a) Inferencia arbitraria: adelantar una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria. b) Abstracción selectiva: centrarse en un detalle ignorando lo más relevante y conceptualizando toda la experiencia en base a dicho fragmento; c) Generalización excesiva: realizar reglas generales a partir de hechos aislados; d) Maximización y minimización: evaluación errónea de un evento, distorsionándolo; e) Personalización: el paciente se atribuye a sí mismo fenómenos externos sin existir una base firme para tal conexión y f) Pensamiento absolutista, dicotómico: clasificación de experiencias con categorías opuestas, y auto- descripción con categorías negativas (Beck et al., 1993).

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión, pero a veces lo predominante como estado de ánimo es la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. En lo conductual lo que predomina es la anhedonia, una disminución de la capacidad de disfrute de las cosas de la vida. En lo motivacional lo principal es un estado de inhibición y apatía, generando en muchos casos el abandono de actividades como el trabajo o los estudios. En la esfera cognitiva se pueden ver afectados la memoria, atención y capacidad de concentración. A nivel físico los pacientes depresivos pueden presentar problemas de sueño, fatiga, disminución del deseo sexual, molestias corporales difusas (Belloch et al. 1995). También a nivel interpersonal estos pacientes pierden el interés por la gente, que suele responder a estas conductas con rechazo y aislándolos aún más (Klerman & Weissman, 1986 en Belloch et al.,1995). Hay una baja en el nivel de actividad y de actividades de intercambio con el entorno, lo cual provoca ideas negativas sobre sí mismo, el entorno y el futuro, generando un circuito de restricción de la actividad e intercambios positivos (Beyebach & Herrero de Vega 2010). El retraso psicomotor generalizado es el más frecuente síntoma de la depresión, aunque también puede observarse agitación psicomotora. El paciente presenta clásicamente una postura encorvada, sin movimientos que surjan espontáneamente y con una mirada abatida y no directa. A veces no demuestran ni reconocen la tristeza y son enviados a consulta debido a su aislamiento social y una disminución en su actividad. En general disminuye la velocidad y el volumen de habla y pueden tener ideas distorsionadas o delirantes, así como opiniones negativas del mundo y de ellos mismos. Los pacientes pueden quejarse de falta de concentración y mala memoria. Aproximadamente dos tercios de los pacientes tienen ideación suicida aunque sólo cometen suicidio entre un 10% y un 15%. En general exacerbaban sus síntomas y es difícil convencerlos de la posibilidad de mejorar (Kaplan, et al. 1996).

3.4.2. Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

Según APA (2013) el Trastorno Depresivo Persistente se caracteriza por un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, la mayor parte de los días durante un mínimo de dos años de acuerdo a la información subjetiva del paciente o de la observación por parte de otras personas. El individuo no debe estar sin los síntomas más de dos meses seguidos. Los sujetos que sufren este trastorno presentan poco apetito o

sobrealimentación, dificultades en el sueño- insomnio o hipersomnia-, poca energía o fatiga, falta de concentración, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones y/o sentimientos de desesperanza. Estos síntomas causan un malestar y deterioro significativo en lo laboral, social y distintas áreas de funcionamiento del sujeto. Una serie de factores psicosociales puede contribuir a la enfermedad, tales como el estrés en la infancia y en la edad adulta, así como las circunstancias sociales desfavorables (por ejemplo aislamiento y la falta de apoyo percibida) (Sansone & Sansone, 2009).

Es el diagnóstico que se emplea con mayor frecuencia y uno de los potencialmente más peligrosos debido a las conductas suicidas. La diferencia fundamental entre la distimia y los trastornos depresivos mayores es una sintomatología menos grave pero más sostenida en el tiempo, y los datos de recuperación en la distimia son peores que los de la depresión (Belloch et al., 1995). El síntoma más habitual en el trastorno distímico es el estado de ánimo deprimido que persiste la mayor parte del día y presente de manera casi continua acompañado de sentimientos de ineptitud, irritabilidad, culpa, pérdida de interés, retraimiento social y falta de productividad. El término distimia fue introducido en 1980 y significa *humor enfermo*. La distimia se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que los pacientes manifiestan haber estado siempre deprimidos y normalmente son de inicio precoz, en infancia o adolescencia. En general es habitual la presencia de trastornos depresivos o bipolares en su historia familiar (Kaplan et al. 1996).

3.4.3. Tratamiento, prevalencia y comorbilidad de los trastornos depresivos

El modelo sistémico estratégico focalizado utiliza técnicas de distintos enfoques implementadas estratégicamente (Kopec, 2007). Los tratamientos cognitivos de los trastornos por pánico y otros trastornos de ansiedad, la relajación para el manejo del estrés, los trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad entre otros son tratados de esta manera, integrando de ser necesario para lograr mayor eficacia la medicación psicofarmacológica tomando en cuenta la evidencia (Fernández Álvarez, Hirsch, Lagomarsino & Pagés, 2007). Este modelo propone ayudar a la persona a poner en práctica y recuperar actividades reforzantes y agradables, generar una visión de qué les gustaba cuando estaban en una buena temporada y planificar tareas que permitan llevarlas a cabo. Se instauran cogniciones positivas que pueden apuntalarse, entre otras tareas, con la llamada externalización del problema, una forma narrativa que promueve este proceso

Normalizando el hecho de que pueden haber momentos de tristeza aun realizando tareas placenteras y que el ritmo puede ser lento. A nivel interpersonal se trabajará con el entorno del paciente, para que modifiquen la forma de comunicación con el mismo y eviten, entre otras cosas, la sobreprotección, estimulando la parte sana del paciente (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

La prevalencia para el trastorno depresivo mayor es más alta en mujeres que en hombres. Los estudios a nivel mundial sugieren que el riesgo diferencial puede provenir principalmente de las diferencias biológicas sexuales y depender menos de raza, cultura, dieta, educación u otros factores sociales y económicos (Albert, 2015). Sin embargo Kaplan et al. (1996) coinciden en que el trastorno depresivo tiene la prevalencia más alta que cualquier otro trastorno psiquiátrico con incidencia mayor entre las mujeres que los varones, pero afirma que es más frecuente en las zonas rurales que las urbanas. El trastorno depresivo persistente raramente existe en forma pura. En la mayoría de los casos cursará con trastornos psiquiátricos comórbidos que competirán por la atención diagnóstica. Estos incluyen varios estados de ánimo y trastornos de ansiedad, así como trastornos de personalidad, somatomorfo, uso de sustancias y otros, algunos de los cuales pueden presentar síntomas más dramáticos. (Sansone & Sansone , 2009, Kaplan et al., 1996, O'Neil, Podell, Benjamin & Kendall, 2010).

Los trastornos relacionados al abuso de sustancias empeoran el pronóstico de la enfermedad e incrementan el riesgo de suicidio. En los trastornos depresivos tiene gran importancia la situación contextual interpersonal ya que puede ser una consecuencia directa de maltrato emocional por parte de otra persona, ya sea de manera directa o por mecanismos de abandono. La respuesta del entorno social de la persona deprimida puede agravar o mantener la depresión, ya sea porque la atacan, acentuando la visión negativa sobre sí mismos, o porque las protegen en extremo, lo que les genera aún más sensación de desvalimientos e incompetencia que terminen reforzando la conducta (Beyebach & Herrero de Vega, 2010). En cuanto al trastorno distímico coexiste en general con otros trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastorno límite de la personalidad. En este trastorno, a diferencia de la depresión mayor, los síntomas suelen ser mayores a los signos, o sea que son más subjetivos que en la depresión mayor. El cuadro evoluciona en

algunos pacientes hacia una depresión mayor y en otros hacia una patología de la personalidad (Kaplan et al. 1996).

Desde el punto de vista del modelo estratégico hay que investigar qué actividades solía disfrutar cuando estaba bien. Generalmente la persona deprimida toma la actitud demandante, por la cual pide ayuda al terapeuta pero se siente muy abatida para activarse a encontrar una solución, por lo que pretende que el profesional elimine su problema y en general, al hallarse en esta posición, son pacientes que suelen estar en tratamiento psicofarmacológico. Es importante instaurar cogniciones positivas, pero ir de a poco dándole a la persona el permiso de sentirse mal incluso realizando tareas placenteras y siempre teniendo en cuenta la posibilidad de recaídas (Beyebach & Herrero de Vega 2010).

3.5. Trastornos de Ansiedad

3.5.1. Concepto de ansiedad: antecedentes y características

Como se ha mencionado anteriormente, el trastorno depresivo persistente raramente existe en forma pura. Uno de los trastornos comórbidos que se hallan en la clínica son los vinculados con la ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social (Kaplan et al., 1996). De acuerdo a Belloch et al., (1995) la ansiedad está presente en la mayor parte de los trastornos, tanto psíquicos como psicósomáticos y representan el problema mental más frecuente y una de las causas principales por las que las personas acuden al médico de atención primaria. Es un fenómeno que permite al individuo anticipar ciertas situaciones, posibilita conductas relacionadas con la defensa y el ataque, aunque estas funciones se irán complejizando por la significación y las atribuciones dadas por el sujeto. La defensa entonces no solo se dará ante situaciones inmediatas sino ante amenazas potenciales, y dependerá de la valoración que el individuo haga tanto de los estímulos amenazantes como de sus recursos para el afrontamiento, así como la anticipación preventiva para satisfacer sus necesidades o la de su entorno. Estas características hacen que sea considerada una emoción normal (Bulacio, 2004). La ansiedad no es igual al miedo, el miedo refiere a un fenómeno conocido, externo y definido, mientras que la ansiedad refiere a una amenaza desconocida, interna e indefinida. Belloch et al.(1995) discute esta posición, ya que advierte que los estímulos que provocan la respuesta pueden existir aunque no sean fácilmente identificables y los que inducen respuestas tanto de miedo

como de ansiedad pueden ser de tipo interno o interoceptivo, siendo éstos más difíciles de determinar por la persona que los estímulos externos.

Diferentes autores coinciden en que la ansiedad es adaptativa en el sentido en que advierte al sujeto que realice ciertas acciones a fin de evitar consecuencias negativas y peligro (Kaplan et al., 1996; Bulacio, 2004; Belloch et al., 1995). Por medio de la evitación obtiene sólo un alivio temporal y se monitorea constantemente acerca de su estado y del miedo a perder el control. En lo biológico hay una desregulación entre los sistemas simpático y parasimpático, en lo cognitivo se distorsionan las situaciones y las propias sensaciones corporales, lo que lleva a asumir conductas de evitación y huida a las situaciones ansiógenas. Esto puede dar lugar a una autoperpetuación de pautas conductuales donde terminen reforzándose las conductas generando un circuito ansioso (Beyebach & Herrero de Vega 2010). La ansiedad como proceso implica poner en marcha mecanismos de regulación emocional, estrategias cognitivas y conductuales para reconocer y responder a la angustia emocional. Los procesos regulatorios de la emoción pueden ser automáticos o bien voluntarios. Una regulación emocional eficaz implica la capacidad de identificar los estados emocionales y emplear estrategias de afrontamiento que sean flexibles y adecuadas para el contexto situacional. La desregulación emocional, por otra parte, consiste en la aplicación de estrategias que son inapropiadas, rígidas o ineficaces para la tramitación de la angustia en una situación determinada (Sung et al 2012). Una de las características principales de la ansiedad consiste en su naturaleza anticipatoria, lo cual la convierte en un mecanismo adaptativo, aunque esa misma naturaleza la convierte en desadaptativa cuando anticipa un peligro irreal y no varía en relación a la naturaleza del peligro, ocurriendo en forma irracional ante situaciones de peligro escaso o inexistente (Belloch et al. 1995).

3.5.2. Componentes de la ansiedad

Tanto Belloch (1995), como Bulacio (2004) coinciden en que la ansiedad es una emoción, por lo tanto y al igual que cualquier otra, implica al menos tres componentes o modos de respuesta: el subjetivo o cognitivo, el fisiológico o somático y el motor o conductual. Lo cognitivo incluye percepciones y evaluaciones subjetivas del estímulo, miedo, pánico ansiedad, aprensiones, pensamientos intrusivos, etc. El componente somático consiste en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que incluye taquicardia,

opresión en el pecho, temblores, falta de aire, sudoración, sensación de mareo e inestabilidad, así como alteraciones en el sueño, la alimentación y el deseo sexual. Por último, el componente conductual incluyen un estado de alerta e hipervigilancia, torpeza, impulsividad e inquietud motora acompañados de cambios en la expresión corporal, posturas cerradas, rigidez, tensión en las mandíbulas, cambios en la voz y en la expresión facial. Bulacio (2004) agrega el componente social, en el cual incluye la irritabilidad, las dificultades para iniciar o continuar una conversación, el ensimismamiento, el bloqueo o quedarse en blanco a la hora de responder o preguntar, las dificultades de expresión de las propias opiniones o derechos, el temor ante los conflictos, etc.

3.5.3. Trastorno de Ansiedad Social (TAS)

Según APA (2013), dentro de los trastornos de ansiedad pueden encontrarse diferentes categorías, entre las cuales está el *Trastorno de Ansiedad Social* (TAS). El TAS es crónico y se caracteriza por un intenso miedo y evitación de situaciones sociales, que incluye un déficit en la regulación emocional y se asocia con un alto grado de incapacidad y un deterioro significativo en la calidad de vida (Sung et al., 2012). De acuerdo a APA (2013) se agrega que el miedo o ansiedad intensa se da ante situaciones sociales en las que el paciente está expuesto a un posible examen por parte de otros, donde pueda ser observado y actuar frente a otras personas. El miedo es desproporcionado a la situación, por ejemplo de realizar conductas que puedan valorarse negativamente y que eso provoque el rechazo o la crítica de otras personas. Esto provoca que se eviten las situaciones sociales o se vivan con ansiedad intensa. La idea subyacente es que las otras personas son muy competentes en situaciones de exposición pública mientras que el sujeto siente que no lo es, por lo cual los pequeños errores cometidos serán exagerados en relación a lo que son en realidad (Bulacio, 2004). El individuo teme sufrir una situación embarazosa o ser humillado por su actuación en una situación determinada. Las fobias sociales suelen acompañarse de baja autoestima y miedo a las críticas (Belloch et al., 1995). El individuo suele pensar que todas las personas lo están observando críticamente y puede sentir temor a estar con personas que no son allegadas, también puede sentir miedos más específicos, como antes de dar un discurso o reunirse con una persona de autoridad. Aunque a menudo el trastorno se confunde con timidez no es lo mismo, ya que la persona tímida no sentirá una extrema ansiedad al anticipar una situación social y no

siempre las evitará a pesar de sentirse muy incómoda cuando está con otras personas. Las personas con ansiedad social no necesariamente son tímidas y pueden sentirse cómodas en situaciones sociales salvo en algunas excepciones, lugares o situaciones. De hecho, el miedo ante un evento social determinado puede comenzar semanas antes de que ocurra y sus síntomas pueden ser agotadores trastornando la vida normal, interfiriendo con la carrera laboral o con distintas relaciones sociales. Una vez finalizado el evento sobre el cual se tenía la sensación desagradable de anticipación los síntomas pueden extenderse posteriormente con la sensación desagradable de haber sido juzgados negativamente en dicho evento (Bulacio, 2004). Sung et al. (2012) sugieren que existe evidencia de déficit de regulación emocional asociada a la ansiedad social. En relación con personas con ansiedad generalizada y con controles sanos, los individuos con TAS obtuvieron menor atención a sus emociones, mayor dificultad para describirlas, menor expresión de emociones positivas, y una tendencia a ser menos expresivos ante emociones negativas. Estos resultados sugieren que los individuos con TAS son menos propensos a emplear estrategias de regulación emocional orientación social (por ejemplo, describir y revelar las emociones a los demás) que aquellos sin TAS. La ansiedad social se acompaña de excitación elevada. Al paciente le preocupan particularmente los síntomas somáticos y cognitivos de la ansiedad que piensa que podrían ser observados por otros, como la sudoración, el enrojecimiento del rostro, el temblor, los blancos mentales. Como estos signos son interpretados por el paciente como signos de fracaso en la situación, ya sea inminente o real, no logra satisfacer sus normas de desempeño social. Esto genera que el paciente con TAS permanezca hipervigilante ante los síntomas y esa hipervigilancia tiende a aumentar la intensidad subjetiva tanto de los síntomas somáticos como de los cognitivos, generando un circuito vicioso (Clark, 2001).

3.5.4. Perspectiva cognitiva del TAS

Desde la perspectiva cognitiva, Clark (2001) sostiene que en su experiencia temprana, el paciente con TAS desarrolló una serie de supuestos acerca de sí mismo y de su mundo social. Estos supuestos se pueden dividir en tres categorías: a) Estándar de desempeño social extremadamente alto. b) Creencias condicionales acerca de las consecuencias de actuar de una determinada manera: creer que será rechazado si no acuerda con los otros o que creerán que no es competente si lo conocieran realmente. c) Creencias negativas

incondicionales sobre sí mismo: pensando que es diferente al resto, o menoscabarse como inaceptable, estúpido o aburrido.

Estos supuestos conducen al individuo a evaluar las situaciones sociales relevantes como peligrosas, predecir que no van a alcanzar su nivel deseado de rendimiento con riesgo de hacer el ridículo, así como interpretar las señales sociales ambiguas, a menudo benignas, como un signo de evaluación negativa por parte de los otros. Una vez que la situación social se evalúa de esta forma, el paciente sube su nivel de ansiedad y varios círculos viciosos interconectados mantienen la angustia del individuo y evitan la desconfirmación de las creencias y valoraciones negativas. Un factor clave es el cambio en el foco de atención. A menudo las personas evitarán actividades importantes, escuela o el trabajo, o bien si asisten, no van a participar activamente en ellos. Esto genera una baja en sus logros en sectores vitales de su vida cotidiana que generan perjuicio de la función laboral, académica y familiar. También tienen menos probabilidades de casarse que aquellos que no tienen el trastorno. En general, hay una reducción en la calidad de vida, pudiendo generar un aumento en la ingesta de alcohol y el uso indebido de drogas, así como mayor riesgo de suicidio. Además de esto pueden generar una considerable carga económica, ya que tienen más probabilidades de estar desempleados, tienen mayores índices de ausentismo o reducen su productividad laboral o académica (Brook & Schmidt, 2008).

3.5.5. Tratamiento, Prevalencia y comorbilidad de los Trastornos de Ansiedad

En cuanto al tratamiento del TAS Bulacio (2004) sostiene que el 80% de las personas diagnosticadas con este trastorno encuentran alivio a la sintomatología utilizando un tratamiento de psicoterapia cognitivo-conductual, psicofarmacológico o una combinatoria de ambos. Beyebach y Herrero de Vega (2010) sostienen la conveniencia de tener en cuenta el componente somático de la ansiedad, explicándole al paciente sus mecanismos fisiológicos, utilizando técnicas como el control de la respiración para evitar la hiperventilación. La terapia puede ayudar a ver los eventos sociales de manera diferente y no amenazadora para que se facilite el enfrentamiento a las mismas. Al ser la psicoterapia en sí misma una interacción social, en las primeras etapas de tratamiento los pacientes pueden comportarse de forma similar a como se comportan en otras situaciones sociales temidas (Clark, 2001). Se prefiere la exposición en vivo, siguiendo el ritmo del paciente y

ayudando a que dé pequeños pasos, así como poner en marcha estrategias que le permitan dominar la ansiedad en las situaciones temidas, complementando con tareas de relajación y focalización de la atención. Se puede usar la estrategia de prescripción del síntoma, en la que en lugar de evitar la situación, el paciente se expone a ella. Todo esto se lleva a cabo previniendo y gestionando posibles recaídas así como considerando el entorno interpersonal del paciente, a fin de que este no alimente sus síntomas (Beyebach & Herrero de Vega, 2010). La exposición a situaciones ansiógenas, ya sea imaginaria o vivida, es el elemento básico en el trabajo terapéutico con problemas de ansiedad (Roth & Fonagy, 2004 en Beyebach & Herrero de Vega, 2010). El problema social se resuelve con un proceso autogenerado a nivel conductual, cognitivo y afectivo por el cual el individuo trate de identificar, descubrir o inventar estrategias efectivas de afrontamiento para los problemas diarios de su entorno social cotidiano (Wilson, Bushnell, Rickwood, Caputi & Thomas 2011).

Brook y Schmidt (2008) mencionan el papel que tiene la influencia de los rasgos parentales en el desarrollo del TAS, tales como el excesivo control, el rechazo o falta de afecto así como la sobreprotección. Es necesario ampliar el conocimiento de la comorbilidad de depresión entre las personas con TAS ya que se asocia con mayor nivel de angustia crónica, mayor riesgo de recaída y más problemas de funcionamiento psicosocial que cuando cualquiera de estos trastornos se presenta de forma independiente (Wong, Morrison, Heimberg, Goldin, & Gross 2014). Según Kaplan et al. (1996) los trastornos de ansiedad son los más prevalentes en la población general y su frecuencia en mujeres duplica a los varones. Habitualmente son crónicos y resistentes al tratamiento. Los déficits en la habilidad de resolver problemas sociales pueden conducir a la ansiedad y depresión, así como síntomas pre existentes de ansiedad y depresión pueden generar déficits en las funciones cognitivas que implican una baja habilidad para resolver problemas sociales. Las distorsiones cognitivas pueden jugar un rol importante en la relación entre los síntomas y el proceso de resolución de problemas sociales (Wilson et al., 2011).

Los trastornos de ansiedad y la depresión han estado particularmente unidos a pesar de ser trastornos bastante diferentes. La comorbilidad entre trastornos de ansiedad y trastornos depresivos es alta y a menudo es difícil establecer el diagnóstico principal y el secundario.

Clark sostiene que la persistencia de la fobia social es un rompecabezas, ya que individuos con diferentes tipos de fobias son capaces de evitar el encuentro con los objetos de sus fobias, mientras que en la vida moderna estos pacientes tienen que entrar directamente a las situaciones temidas, por lo tanto el paciente persiste en la sensación desagradable a pesar de la exposición a la situación (Clark, 2001).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio:

Estudio de caso. Descriptivo

4.2. Participantes:

El presente trabajo abordará el caso de una paciente adulta de 27 años de edad, a quien llamaremos Alejandra. Al momento de la recolección de datos la paciente vivía en la Ciudad autónoma de Buenos Aires con su madre, quien era ama de casa y estaba separada, su hermano mayor, quien es policía y otra hermana mayor. Alejandra trabajaba como empleada administrativa y fue estudiante de Psicología, estudio que abandonó dos años antes de la primera consulta. Su familia además se compone de su padre, con quien no convivía desde hacía más de 10 años.

Fue diagnosticada con Trastorno Depresivo Persistente (Trastorno Distímico) con comorbilidad con Fobia Social, presentando un estado sostenido y persistente de tristeza, apatía y dificultad para manejar asertivamente sus relaciones interpersonales lo cual la llevaba a desilusionarse de la gente, tomar distancia y terminar cada vez más aislada, angustiada y enojada.

Alejandra se encontraba en tratamiento psicológico y psiquiátrico en la Institución desde enero de 2014 hasta mayo de 2015, momento en que por un cambio de su cobertura médica solicitó un informe para cambiar de centro de atención. Al momento de la observación se encontraba medicada con Sertralina 50 mg/día, Clonazepam 0,5 mg/día y Alprazolam 0,5 mg para situaciones de angustia. Toda la medicación y evolución era controlada por un Psiquiatra del equipo de la Institución.

4.3. Instrumentos:

Se obtuvieron los datos de la historia clínica de la paciente consultándolos desde la base de datos que posee la Institución referidos a las distintas sesiones del tratamiento de la

paciente a partir de su inicio de tratamiento, en enero de 2014 hasta el mes de mayo de 2015 inclusive. La historia clínica que utiliza la Institución consta de un considerable número de ítems a completar por los terapeutas para dar cuenta de los casos: diagnósticos, observaciones, datos personales y situación familiar del paciente, datos de admisión o admisiones anteriores, queja inicial, motivo de consulta, motivación de la paciente, posiciones de lenguaje y otros datos que pueden ser de utilidad diagnóstica, tanto en el caso del trabajo del psicoterapeuta como del Psiquiatra a cargo del tratamiento y del equipo de Supervisión. Existe un formato de ficha para la admisión, así como para informes de sesión por sesión y también especiales para psiquiatría. Otro de los instrumentos utilizados fue una entrevista filmada en cámara gesell, dispositivo que consta de dos ambientes separados por un vidrio de visión unilateral, con equipos de audio y de video para la grabación de las sesiones. En este dispositivo el paciente, luego de ser informado y firmar un consentimiento, toma la sesión en una habitación que puede ser observada desde un equipo de profesionales y en caso de acceder también puede ser filmado con objetivos didácticos y estrictamente terapéuticos.

4.4. Procedimiento:

Semanalmente se tuvo acceso a la historia clínica de la paciente por medio del sistema virtual de la Institución, observando la evolución, el eje temático de cada sesión, el estado sintomatológico de la paciente y las intervenciones realizadas por la psicoterapeuta a cargo. Todos los datos relevantes fueron registrados. También se tuvo acceso a la videoteca de la Institución observando un video de una sesión de cámara gesell donde se pudo observar a la paciente. Este video fue visto en varias oportunidades durante la pasantía en la Institución, momentos en los que se tomó nota tanto de datos que ampliaran el diagnóstico como el lenguaje corporal de la paciente con el fin de registrar todo lo posible acerca del caso. En ese material se pudo observar con detenimiento tanto el tipo y ocasión de las intervenciones, así como el lenguaje analógico de la paciente y de sus terapeutas. La sesión observada estuvo a cargo de la psicoterapeuta más el apoyo de todo el equipo actuante, así como del director de la Institución, supervisor de casos difíciles. Toda la información relativa al caso comprendió la evolución y tratamiento de la paciente desde su inicio de tratamiento. Dicha información fue relevada entre los meses en los cuales se realizó la pasantía en la Institución.

5. Desarrollo

5.1.1. Presentación del caso

El caso sobre el que daremos cuenta es el de A. Ella es una joven de 27 años de clase media, es soltera y en el momento de las consultas no tenía pareja estable. Su última relación amorosa según consta en la historia clínica fue de un año antes de comenzar el tratamiento y terminó porque según la paciente ella *lo asfixió*. A trabajaba como empleada administrativa en una empresa que brinda servicios de internet. Al momento de las observaciones vivía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aunque planeaba mudarse para vivir sola. En su casa cohabitaban ella con su madre de 59 años, su hermano de 34 años, policía de profesión y otra hermana, de 32 años. La paciente había abandonado la carrera de Psicología y de acuerdo a la historia clínica comenzó actividades extras a su trabajo, como por ejemplo anotarse en un gimnasio y en un curso de aprendizaje de un idioma .

A ingresó a tratamiento en la Institución por su propia decisión y voluntad. Llegó a la Institución por medio de su cobertura de medicina privada. El sistema de admisión de pacientes nuevos en la Institución determina que cada paciente tenga una primera consulta con un terapeuta del equipo de admisión, quien de acuerdo al perfil y las características del caso hará la derivación correspondiente. Si el paciente no comienza la terapia dentro de un lapso mayor de dos meses luego de esa primer entrevista o comienza una terapia pero abandona el tratamiento y deja pasar más de dos meses sin concurrir, necesitará realizar una nueva entrevista de admisión, en la que se cotejarán los motivos por los cuales no hubo adherencia al tratamiento y se derivará de ser necesario a otro terapeuta. A realizó tres admisiones antes de comenzar un vínculo terapéutico de cierta continuidad.

En la primer entrevista de admisión la paciente, de acuerdo a la historia clínica, menciona tener la autoestima baja, no hacer las cosas que quiere, razón por la cual luego se frustra. También menciona que a veces se deprime y piensa en las cosas malas que le pasan. Su intención de comenzar terapia es la de lograr ejecutar sus proyectos y no ponerse trabas a sí misma. En esta oportunidad asistió a tres sesiones con una psicóloga del equipo, para luego abandonar el tratamiento.

Luego de un año y medio reanuda el proceso por lo que se la deriva a una nueva entrevista de admisión. Su relato sobre la experiencia anterior es el siguiente: *Empecé terapia el año*

pasado, me sentía muy triste y con un humor irritable, dejé antes de las vacaciones. Quería retomar, tengo muchos altibajos anímicos, a veces estoy re feliz y a veces veo todo negro. No me estaba ayudando la terapia, yo sigo acá estancada. A pesar de la derivación en esta oportunidad no comenzó el tratamiento más allá de esta entrevista.

A los tres meses de aquella entrevista solicitó una consulta con un psiquiatra y se fastidió cuando se la derivó a una nueva admisión, diciendo querer *ver a un psiquiatra y que no me boludeen más*. La tercera entrevista de admisión fue solicitada debido a que la paciente no había comenzado el tratamiento. En esta oportunidad relata que volvió a pedir tratamiento porque siente que lo necesita por sentirse *intolerante, cansada, superada*. En los lapsos intermedios a estas entrevistas la paciente relata haber asistido a un psiquiatra en forma particular y haber tomado clonazepam durante tres meses para luego dejar el tratamiento.

Se la deriva para comenzar entonces el tratamiento con un psiquiatra del equipo de la Institución quien a su vez sugirió iniciar psicoterapia, lo cual hizo luego de tres meses. Luego de iniciado el tratamiento psicoterapéutico, pasadas tres sesiones solicitó un cambio de profesional, porque de acuerdo a la historia clínica *necesitaba alguien más enérgico*. Luego de eso se la derivó a una terapeuta con la cual se sintió más a gusto, pudiendo establecer un vínculo terapéutico, aunque con intermitencias y ausencias a sesiones. Esto en paralelo con la medicación farmacológica.

En las tres ocasiones la paciente comienza con el mismo tipo de queja inicial: *tengo la autoestima baja, no hago las cosas que quiero y luego me frustró, tengo muchos altibajos anímicos, estoy estancada, estoy intolerante, cansada y superada*. Su posición es la creencia de que tiene que *tomar medicación*, razón por la cual en la tercera admisión originalmente solicitó directamente consultar a un psiquiatra y no a un psicoterapeuta.

Entre sus antecedentes familiares se destaca en la Historia clínica que tiene una madre muy malhumorada y maltratadora hacia la paciente, razón por la cual tiene serios conflictos, que al principio eran estallidos de cólera y gritos pero que fueron evolucionando en conductas más inhibidas de su parte, tomando como actitud encerrarse en su cuarto para evitar la escalada de violencia. La paciente dice haber abandonado las

terapias anteriores por comentarios de su madre, quien la acusaba de estar *cada vez más loca*.

Sus padres estaban separados desde hacía más de 10 años, cuando ella finalizó su colegio secundario. Aquel fue el momento en que la paciente registró como el inicio de haberse sentido mal, y no siente haber mejorado desde entonces. Relató una desilusión por parte de sus afectos y según consta en la historia clínica ella generaba altas expectativas respecto a los demás, *apostando* a ellos y luego desilusionándose frente a ciertos acontecimientos negativos por sentir que la traicionaron. También se sintió muy afectada por la muerte de su gato, una mascota que falleció dos años antes de su primera entrevista de admisión y todavía la afectaba, haciéndola sentir *mal, vacía*. Dijo llevarse muy bien con su padre, a quien consideraba abierto pero veía poco. Las relaciones con sus hermanos y su madre eran conflictivas, especialmente con su madre y su hermana. No tenía relaciones satisfactorias en ninguno de sus ámbitos de desempeño.

Manifestó problemas con sus compañeros de trabajo, de los cuales desconfiaba y sentía que la querían perjudicar. La conducta que asumía A cuando tenía la percepción subjetiva de que la querían perjudicar era una actitud reivindicatoria enojándose y discutiendo, la cual la llevaba a tener problemas en todos los ámbitos. Según ella relató, los otros *estaban en una actitud menos frontal*, por lo cual ella quedaba *expuesta como loca*. El psiquiatra a cargo del tratamiento consideró que la paciente tenía un estilo caracterial reivindicativo pero muchos recursos intelectuales para sobreponerse con pocas indicaciones.

5.2. Descripción de los signos y síntomas del trastorno depresivo persistente (Distimia) en una paciente adulta.

De acuerdo a lo registrado en la historia clínica de la Institución, así como lo observado en un video de una entrevista filmada en cámara gesell A manifestaba muchos de los signos y síntomas relativos a un trastorno depresivo persistente. El circuito en el que se inscribía el problema era fundamentalmente el del vínculo disfuncional con su madre, con la que discutía y se enojaba para luego angustiarse por ello, desmejorar su estado de ánimo y provocarle desgano en otras actividades. El no poder realizar otras actividades desencadenaba gran frustración por no cumplir con sus objetivos y afectaba también su autoestima y autoconcepto. En su primera entrevista de admisión registrada relató: *tengo*

la autoestima baja, no hago las cosas que quiero y después me frustró. A veces me deprimó, pienso en las cosas malas que me pasan. También refirió ser muy inconstante en las cosas que emprendía y que le costaba un gran esfuerzo relacionarse a nivel afectivo con los otros.

A narraba en repetidas ocasiones sentirse triste y angustiada, a menudo sin saber la razón, y también estar muy *irritable e intolerante*. De acuerdo a distintos autores (Belloch et al. 1995, Beyebach y Herrero de Vega, 2010; APA, 2013; Kaplan et al. 1996) la tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión, pero a veces lo predominante como estado de ánimo es la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. La paciente también manifestaba anhedonia, o sea la incapacidad de disfrutar de las cosas de la vida, así como una apatía motivacional que hacía que abandonase todas las actividades que fue comenzando a lo largo del tiempo. También relataba su incapacidad de concentrarse y de poner atención a sus estudios, razón por la cual termina abandonándolos, por *no rendir*, y esto coincide con lo que los autores afirman sobre los signos y síntomas de la depresión en la esfera cognitiva en cuanto a fallas en la atención, memoria y concentración. En diferentes momentos de su tratamiento y ante los distintos terapeutas a cargo manifestó el hecho de tener proyectos pero no avanzar con ninguno, dice estar *trabada por sus quilombos mentales* y no tener entusiasmo para hacer nada. En repetidas oportunidades manifiesta ideas de muerte o de *desaparecer*. Su ideación suicida ronda en la posibilidad de *tomar pastillas* o la idea es recurrente *cuando está a orillas del andén de subte*. En repetidas sesiones se angustiaba y lloraba diciendo que su vida no mejoraría y que el malestar continuaría sin saber por qué. Ponía expectativas en la medicación pero con una actitud de desánimo, sintiendo que tampoco la ayudaría.

En cuanto a las relaciones interpersonales Klerman y Weissman, (1986 citado en Belloch et al., 1995), dicen que estos pacientes pierden el interés por la gente, que suele responder a estas conductas con rechazo y aislándolos aún más. Esto coincide con el relato de la paciente acerca por ejemplo de sus compañeros de trabajo, los cuales, según ella *son todos deshonestos*, que la *traicionaron* y que muchas veces pensó en renunciar a pesar de que trabajaba en la empresa desde hacía bastante tiempo. Esta forma de relacionarse hacía que no tuviese relaciones satisfactorias, lo cual le generaba mayor sensación de aislamiento y rechazo. Asimismo la respuesta social de su entorno era de rechazo ya que según la

paciente sus personas significativas le decían que ella era *muy fría y calculadora*, aunque ella manifestaba no creer serlo. Todos estos signos y síntomas eran compatibles a un trastorno del estado de ánimo depresivo. Ella refería de acuerdo a la historia clínica que sus altibajos anímicos hicieron que tenga muchos conflictos con las personas con las que había convivido, ya que al estar nerviosa se peleaba con alguien de la familia y luego se ponía muy mal por ese motivo.

Sansone y Sansone, (2009) destacan el malestar y deterioro significativo en las distintas áreas de estos pacientes, y esto se constata de acuerdo tanto a la historia clínica como a la observación de la entrevista. A sentía ese deterioro fundamentalmente en el área familiar y laboral ya que dijo no poder *manejar su mal carácter*, que hacía que los otros *la aislasen* porque *quedaba como la loca en todos lados* y al ver ese fracaso en lo social *la deprimía y angustiaba*. Sentía que los *demás la querían perjudicar*, por lo que siempre peleaba y discutía, lo cual la llevaba a tener *problemas con todos en todos lados*. Es importante señalar que este circuito problemático es un factor agravante para los trastornos del estado de ánimo.

A nivel de lenguaje analógico, en la observación no participante realizada en el video se observó en repetidas ocasiones a la paciente en coincidencia con las características posturales descritas por Kaplan, et al. (1996) como son una postura encorvada, en este caso levemente, como mirando hacia algún lugar del piso. También se la observó con pocos movimientos espontáneos y una mirada no directa, salvo en algunos pocos momentos. Era de notar el hecho de que el volumen de la voz de A era notoriamente bajo y su hablar lento, con tendencia a bajar extremadamente el volumen de voz al final de las frases, lo que generaba repreguntas por parte de la terapeuta. También generaba silencios en momentos en que relataba acerca de su angustia o de las situaciones conflictivas con su madre y se le caían las lágrimas de forma intermitente mientras hablaba del tema. Su postura corporal era cerrada, juntando sus manos y manteniéndolas la mayor parte del tiempo retenidas entre sus piernas cerca de sus rodillas. Sólo en breves momentos se ayudaba con lenguaje no verbal utilizando sus manos, pero incluso en esos momentos sus gestos eran muy breves y casi imperceptibles.

Debido a que la entrevista fue filmada con consentimiento informado a la paciente para fines didácticos y de investigación, la terapeuta realizó una entrevista semi estructurada a

fin de que la paciente relatará un breve resumen de su tratamiento hasta ese momento, razón por la cual habló de sus situaciones de angustia, sus ideas de muerte y sus problemas sociales. En cuanto a su aislamiento social, manifestó una percepción subjetiva de evolución y mejoría en su propia conducta ante las discusiones con su madre diciendo: *Antes yo me peleaba más, ahora me retiro y luego me siento muy mal por eso, pero yo antes me descargaba*. Ella consideraba este cambio algo para mejor, prefiriendo la baja de actividad y evitación del conflicto antes que la irritabilidad, aunque en otra ocasión habló del mismo incidente tomándolo subjetivamente como un indicio negativo, atribuyéndolo como un marcador de que ella era un *desastre*.

Kaplan et al. (1996) también menciona que estos pacientes tienen opiniones negativas del mundo y de ellos mismos, y A refiere tanto en esta entrevista filmada como en el registro de la historia clínica que cuando le suceden estos y otros conflictos siente que *es el fin del mundo y que algo está mal en ella*.

A habla de sus *deseos de desaparecer* como eufemismo para mencionar el suicidio. Kaplan et al. (1996) menciona que aproximadamente dos tercios de los pacientes tienen ideación suicida. La angustia de la paciente parecía aumentar en los momentos de soledad, ya que refería angustiarse cuando se quedaba sola en su casa. Esto le generaba un enorme abatimiento, y decía estar *muy cansada* y no poder *sostener esa situación*. Manifestó tener ideas suicidas al menos una vez al día y esta ideación rondaba en relación a tomar pastillas o cuando se hallaba cerca del andén del subte.

Coincidiendo con Sansone y Sansone (2009) y con Kaplan et al. (1996) respecto a la poca energía, fatiga y falta de concentración que caracterizan este trastorno, la paciente relató no poseer la suficiente energía para sostener las cosas que emprende y *sentirse superada por muchos factores que prefiere no enumerar*. De acuerdo a la historia clínica refería no poder disfrutar de nada porque siempre pensaba *a futuro y lo veía oscuro*. También relataba que tenía el deseo de estudiar pero bajaba los brazos y luego se sentía mal por eso. Mencionó en varias ocasiones tener un *desgano general*, tanto a nivel estudio como trabajo. Incluso mencionó que muchas mañanas le costaba levantarse para asumir sus obligaciones, así como bañarse, detalle que hizo que vuelva a autocalificarse como *un desastre*.

Manifestó también una desilusión por parte de sus afectos, ya que reclamaba no tener *ese compañerismo, ese apoyo* y recibir *burlas todo el tiempo* por parte de su madre. Este indicador, la falta de apoyo percibida, es considerado por Sansone y Sansone (2009) un factor psicosocial desfavorable contribuyente para la enfermedad así como el incremento en el estrés.

En cuanto a la duración de su estado A dijo haberse sentido mal desde hacía 10 años, desde que terminó su colegio secundario y se divorciaron sus padres, y este indicador también entra en los parámetros de trastorno depresivo persistente de acuerdo a varios autores, APA, (2013), Belloch et al., (1995), Kaplan et al. (1996), ya que la diferencia fundamental entre la distimia y los trastornos depresivos mayores es una sintomatología menos grave pero más sostenida en el tiempo, y si bien el síntoma más habitual en el trastorno depresivo persistente es el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y de manera casi continua también se ve acompañado de sentimientos de ineptitud, irritabilidad, culpa, pérdida de interés, retraimiento social y falta de productividad. Siguiendo este criterio en el que los pacientes manifiestan haber comenzado a sentirse deprimidos con un inicio muy precoz, habitualmente en la infancia o adolescencia, el caso de A coincide con estos parámetros de referencia y manifiesta haberse comenzado a sentir de esta manera desde sus 17 años.

5.3. Descripción de los signos y síntomas de la fobia social en una paciente adulta.

Como menciona Belloch et al.,(1995) la ansiedad está presente en la mayor parte de los trastornos, tanto psíquicos como psicosomáticos y representan el problema mental más frecuente y una de las causas principales por las que las personas acuden al médico de atención primaria. En este caso se diagnosticó una comorbilidad entre el trastorno depresivo persistente y un tipo especial de trastorno de ansiedad, el Trastorno de Ansiedad social.

De acuerdo a varios autores (Sansone & Sansone 2009, Kaplan et al 1996, O’Neil, K., Podell, J., Benjamin, C. & Kendall, P. 2010) el trastorno depresivo persistente raramente existe en forma pura. En la mayoría de los casos cursará con trastornos psiquiátricos comórbidos que competirán por la atención diagnóstica. En el caso de A la historia clínica

da cuenta, además de su trastorno depresivo, de una situación interpersonal compleja en la que se manifiesta su dificultad para manejarse asertivamente en sus relaciones interpersonales. Los profesionales que la atendieron coincidieron en que ella ponía expectativas muy altas en la gente que la rodeaba, aún entre las personas menos significativas a nivel vincular, y ante el menor inconveniente en ese vínculo se sentía traicionada calificándolos de deshonestos y diciendo de ellos que *no tienen códigos*. Esto le generaba gran angustia y mucha desilusión, lo cual la llevaba a tomar distancia y terminar cada vez más aislada, angustiada y enojada con su entorno.

La paciente sentía desconfianza de los demás, pensando que la querían perjudicar, y esto se generalizaba en los distintos ámbitos de desempeño, por lo cual por ejemplo en el ámbito laboral se la pasaba midiendo los logros de sus compañeros y comparándolos con los suyos propios, que siempre le parecían inferiores. Eso hacía según su relato que estuviese *re pendiente de si le aumentan a uno o a otro*. Su actitud generaba a su vez un círculo vicioso por el cual las personas de su entorno no ayudaban a mejorar la situación, en especial su propia madre.

A manifestó en variadas ocasiones, tanto en la entrevista observada en video como en el registro de historia clínica, muestras de maltrato emocional propiciado fundamentalmente por su madre. Como mencionan Beyebach y Herrero de Vega (2010), en los trastornos depresivos y en los ansiosos tiene gran importancia la situación contextual interpersonal ya que puede ser una consecuencia directa de maltrato emocional por parte de otra persona, ya sea de manera directa o por mecanismos de abandono. Tal situación, dicen las autoras, puede agravar o mantener la depresión. Alejandra da cuenta de esto cuando dice que la situación con su madre ha ido empeorando, y que necesita el tratamiento porque se tiene que *controlar para no tirarle con algo, para no hacerle daño*. Lo disfuncional era que la conducta que seguía a este tipo de conflictos era de evitación y aislamiento.

Siguiendo a Clark (2001) podría decirse que esta paciente había desarrollado una serie de supuestos distorsionados respecto de sí misma y de su entorno, ya que pensaba ser diferente al resto del mundo, menoscabándose y diciendo de sí misma que era *un desastre, que no puede sostener nada*, por lo que era sumamente susceptible a interpretar negativamente cualquier gesto social ambiguo y considerarlo un signo de evaluación

negativa por parte de los otros. Una vez que la situación se evaluaba de esta manera, subía el nivel de ansiedad y angustia y se reforzaban esas valoraciones negativas.

La paciente también refirió a distorsiones cognitivas, fundamentalmente la visión dicotómica registrada en la historia clínica, al decir: *para mí, es todo blanco o negro*. A este respecto Beyebach y Herrero de Vega (2010) sostienen que a nivel cognitivo se distorsionan las situaciones llevando a conductas de evitación y huida a las situaciones ansiógenas y perpetuando el circuito ansioso. La paciente relató que ante este deseo o pensamiento de querer dañar a su madre, su angustia y ansiedad aumentaron, por lo que tomó la conducta de aislarse, que a la vez la llevó a deprimirse más.

En otros ámbitos dijo sentir que los otros *tratan de perjudicarla*, y no quería *que la viesan ponerse mal o llorar*, por lo cual trataba de aislarse y evitar el contacto, dando por resultado una mayor inadecuación social. Los resultados de esta situación fueron que Alejandra no lograra establecer vínculos significativos satisfactorios y que no pudiera sociabilizar o sostener actividades con intercambio grupal, por ejemplo pagando la cuota de un gimnasio pero dejando de ir de todas maneras.

Su tendencia a personalizar e interpretar negativamente las actitudes de su entorno hicieron que aumentara su nivel de angustia y ansiedad con lo que resultaba displacentero para ella vincularse, de modo que prefería aislarse a escuchar música en su cuarto o evitar actividades que implicasen conocer personas nuevas. Incluso con sus amigos, a los cuales mencionó pero no refirió actividades en conjunto, prefería *no descargarse con ellos*. La paciente dijo que sus amigos la *catalogaban de fría y calculadora*, aunque ella no estaba de acuerdo con dicha opinión.

Esta situación incrementó sus problemas de estado de ánimo y afectó su autoestima y autoconcepto, ya que sentía gran frustración por no obtener logros acordes a lo que subjetivamente entendía haber invertido en esfuerzo.

5.4. Análisis de las intervenciones terapéuticas realizadas a lo largo del tratamiento de una paciente adulta con trastorno depresivo persistente con comorbilidad con fobia social desde la perspectiva sistémica estratégica focalizada.

En el caso de A participaron varios terapeutas de un mismo equipo, los cuales, gracias al modelo de entrevista semi estructurada que utiliza la Institución y a la historia clínica compartida en un sistema de red informática interna fueron coherentes con el criterio de abordaje. De Shazer (1975, citado en de Shazer, 1985) sostiene que el proceso y la estrategia terapéutica se articulan por medio de intervenciones, las cuales plantean situaciones en las que el sujeto se comporta de modo distinto al que mantiene el circuito del problema. Estas intervenciones deben presentarse con un lenguaje coherente a la manera en que éste ve al mundo, desde la visión del terapeuta. En los distintos momentos del tratamiento los tres principales actores terapéuticos, dos psicólogas y un psiquiatra, buscaron estrategias para que la paciente pudiese entender el sentido de cada intervención.

La *queja* de esta paciente, acerca de su estado de ánimo y sus altibajos emocionales puso en marcha un proceso de reconstrucción para ser convertidas en problemas a tratar y co-construir una solución potencial, como postula De Shazer, (1985). La paciente refirió en repetidas oportunidades ser muy inconstante en las cosas que emprendía. Se proponía cosas pero luego le costaba mucho hacerlas.

Para abordar los trastornos depresivos, desde el punto de vista del modelo estratégico es necesario investigar qué actividades solía disfrutar la paciente cuando estaba bien, así como la interpretación subjetiva que le diera a sus vivencias. A refería que la conducta de aislamiento en su cuarto, para escuchar música o fumar era preferible a la conducta de explosión de ira contra su madre, con quien refiere los principales conflictos de relación, ya que según ella tenía miedo *de hacerle daño porque la sacaba* y se burlaba de su condición diciéndole que se *callase, por loca*.

En estos casos puntuales los terapeutas optaron por fortalecer los recursos de la paciente, sugiriéndole que no se fijara en las actitudes de su madre sino en las suyas propias.

En el caso de A se ha podido observar lo que generalmente hace la persona deprimida de acuerdo a Beyebach y Herrero de Vega (2010), que es la de tomar una actitud demandante, por la cual pide ayuda al terapeuta pero se siente muy abatida para activarse a encontrar una solución, por lo que pretende que el profesional elimine su problema. En general en pacientes con estas características y en particular en el caso observado, suelen estar por ese motivo en tratamiento psicofarmacológico. Siguiendo este modelo los

terapeutas hicieron intervenciones a fin de instaurar cogniciones positivas, pero también tratando de ir de a poco para darle a la paciente el permiso de sentirse mal incluso realizando tareas placenteras y siempre teniendo en cuenta la posibilidad de recaídas.

De acuerdo a la historia clínica, la paciente mencionó tener muchos altibajos anímicos, sentirse triste e irritable y buscar con la terapia *tener un humor más constante*. A este respecto la terapeuta reformuló dichos altibajos en sus estados anímicos como consecuencia de lo que A hacía o dejaba de hacer y no sencillamente como una característica aleatoria de su modo carácter.

Se utilizaron también estrategias de psicoeducación, explicando los procesos por los cuales su estado de ánimo podría variar, así como se le explicó la necesidad de una evaluación cuidadosa de su caso a raíz de su requerimiento directo de consultar con un psiquiatra para comenzar con medicación. Ante su impaciencia por ser atendida por un psiquiatra se le explicó a la paciente que el admisor era quien debía evaluar si ese era el tratamiento que ella necesitaba para de esa forma derivarla al terapeuta que fuese más adecuado para su perfil y situación.

De acuerdo a las intervenciones utilizadas en este caso fueron coincidentes con las mencionadas por Casabianca y Hirsch (2009) para el modelo de Palo Alto- reformulación, sugerencias, prescripciones y preguntas-. De acuerdo a Nardone & Watzlawick (1999) , las reformulaciones, o adjudicaciones de nuevos significados sobre las conductas relacionadas con el motivo de consulta, pretenden cambiar la percepción del consultante acerca de las mismas. Un ejemplo de ellas se observa cuando la primera terapeuta intervino reformulando el resumen de su historia, al decirle a A que la corrija si piensa que no es correcto, pero que ella quedó paralizada en su vida desde que terminó el colegio, que hasta ese momento las cosas iban más o menos ordenadas pero que luego de ese momento le costó avanzar. Que hubo gente que la desilusionó pero también se desilusionó de ella misma y tiene miedo de ver qué sucede si hace algo diferente. Entonces prefiere enojarse, aislarse. Se trata de organizar en otras palabras las ideas que trasmite el paciente a fin de formularlas de una manera más clara y en ocasiones más constructiva.

En cuanto a las sugerencias, que siguiendo a Casabianca y Hirsch (2009) son acciones alternativas que se proponen, pero siempre dejando un margen para que el paciente no las

acepte sin que ello implique una negativa al cambio en el proceso terapéutico, en varias oportunidades se le propuso a la pacientes si estaba de acuerdo trabajar en conjunto para ver qué podía hacer ella diferente a fin de animarse a enfrentar la vida y salir del lugar en el que se hallaba en ese momento. Siempre se le agregaba una frase para chequear la motivación diciéndole que eso sería posible siempre y cuando ella estuviese dispuesta a hacerlo, y anticipándole que no sería una tarea fácil. Se le sugirió un cambio en el foco de atención, para centrarse en su propio accionar en los vínculos más que en las expectativas puestas en los demás. También le señaló que ella había ya probado diferentes cosas que no funcionaron hasta ese momento porque estaba esperando que algo desde afuera la ayudara, pero que debería ella hacer un esfuerzo para que algo de su situación pueda cambiar.

Según Casabianca y Hirsch (2009) las prescripciones son indicaciones de conductas explícitas con el objeto de ser cumplidas por el consultante o desafiadas, a fin de ayudar al progreso terapéutico, como por ejemplo las tareas terapéuticas, y en este sentido la psicóloga le prescribió a A que pensara en sus últimas relaciones y que escribiese qué creía que fallaba en ella misma y en los demás para que los vínculos no funcionasen, además le sugirió que escribiese qué debería hacer diferente A para que sí funcionen. La psicóloga además registró en la historia clínica haber prescripto tareas como realizar un listado de creencias disfuncionales así como las ventajas y desventajas del cambio y evaluar su inclusión en un grupo terapéutico, tareas que A no llevó a cabo.

Por último en cuanto a las preguntas que están destinadas a provocar un cambio en el motivo de consulta y que pueden ser a su vez directas, reflexivas o circulares dependiendo del tipo de problema y estrategia del terapeuta (Casabianca & Hirsch, 2009), la psicóloga le preguntó en varias ocasiones a A qué cosas estaba ella dispuesta a hacer para mejorar, y registró en la historia clínica que lo hizo con el fin de chequear la motivación de la paciente.

A respondió a estas intervenciones de manera parcial y las siguientes sesiones siguió insistiendo con su enojo hacia los otros. La psicóloga reformuló nuevamente la situación que A comentaba diciéndole que la veía más concentrada en lo que hacían los demás que en ver qué podía hacer ella misma para estar mejor, así como que decidía aislarse en lugar de pensar cómo convivir mejor con el entorno que la rodeaba. Destacó que dependía de la

decisión de A enfrentar su vida antes que seguir quejándose o aislándose, y que para salir de ese círculo debería pensar en pasos pequeños, como por ejemplo averiguar las materias que debía rendir y los horarios para retomar la carrera de Psicología que había abandonado. Estas prescripciones y reformulaciones se realizaron también para chequear el grado de motivación de la paciente, buscando estrategias de afrontamiento y evitando una actitud demasiado optimista en cuanto a su evolución, partiendo de la premisa mencionada por Wainstein (2006b) en cuanto a que las palabras y gestos de una persona pueden orientar conductas y creencias de otra.

En el inicio del tratamiento A mostró una adherencia considerable ante estas sugerencias ya que averiguó como rendir sus materias de la facultad y comenzó a asistir al gimnasio. Además cambió de actitud ante una compañera de trabajo con la que tenía problemas, mostrando mayor indiferencia con lo cual bajó su grado de malestar ante el vínculo, sin embargo siguió manifestando los problemas con su madre. Ante esta situación la psicóloga anticipó la recaída como estrategia de reformulación, diciéndole que la sensación de vacío probablemente la podría acompañar en distinta medida pero que Alejandra podría aprender a convivir con eso, sabiendo que hay cosas que la ayudarían a sobrellevarlo mejor que otras. También insistió en que se ocupe más de su vida y menos de lo que haga su madre, que no ponga esperanzas en que su madre cambie, ya que eso luego la decepcionaba, que intentase estar menos tiempo en su casa para evitar exponerse a situaciones de maltrato. El objetivo de estas intervenciones era el de reforzar las soluciones intentadas exitosas y chequear la motivación de la paciente (Casabianca & Hirsch, 2009).

Luego de esta breve adherencia A respondió pidiendo cambio de profesional, ya que dijo necesitar alguien con un estilo más enérgico y resaltando estar desmotivada. Su motivo de consulta no había variado así como tampoco lo habían hecho los circuitos disfuncionales que refería en su relato.

La institución accedió al pedido de cambio de profesional. La nueva psicóloga actuó validando los esfuerzos de A por recomenzar nuevamente tomando en cuenta las situaciones tristes vividas y la falta de contención y acompañamientos de sus afectos más cercanos. Asimismo reformuló las situaciones que la paciente consideraba fracasos como situaciones de aprendizaje vividas. También le explicó las características del estilo de

ánimo variable con el objetivo de disminuir las expectativas de la paciente de *tener un humor más estable*.

Como menciona Kopec, (2007), el modelo de terapia estratégica está pensado para ayudar al paciente a salir adelante sin la ayuda del terapeuta, quien actuará como guía para transitar de la mejor manera posible el camino por el que el paciente decida ir y cuánto esfuerzo pondrá en ello. Tanto ambas terapeutas como el médico psiquiatra trabajaron con el mismo objetivo desde modalidades sutilmente diferentes. A sintió que su segunda terapeuta le hablaba *con más autoridad*, por lo cual ella se sentía *más cómoda*. Luego de esta sesión ella continuó tratamiento con el psiquiatra pero dejó a su psicóloga.

Como menciona De Shazer, (1985) las intervenciones serán diseñadas de acuerdo a cada paciente y su situación particular, por lo que todos los terapeutas intervinientes evaluaron los ejes temáticos de cada sesión para realizar cada intervención. El psiquiatra, ya informado por la paciente que había abandonado la terapia, también trabajó a fin de bloquear el circuito problemático, sugiriendo a la paciente ocuparse de su 50% en el intercambio vincular, explicándole que si un compañero de trabajo no la saludaba al llegar un día no necesariamente tenía que ver con ella, sino que quizás había tenido algún problema, por lo que ella podría acercarse y preguntarle si está bien. El objetivo era evitar la autorreferencia y la excesiva atención en el actuar de los demás hacia ella. Luego hizo la sugerencia de que después de un mes intente retomar la terapia, a lo cual la paciente accedió.

Luego de tres meses, cuando A retoma la psicoterapia la psicóloga reformuló su malestar subjetivo, el cual la paciente mencionó que había aumentado sin saber por qué razón. La psicóloga validó dicho malestar así como la importancia de no hacer grandes cambios e ir despacio para poder sostener y le propuso realizar una entrevista en cámara gesell con el objetivo de redireccionar el tratamiento. Al mismo tiempo el psiquiatra valora comenzar con un antidepresivo.

Durante la entrevista en cámara gesell la paciente relató nuevamente partes de su situación que motivó las consultas. La psicóloga reformuló sus esfuerzos y lo logrado hasta ese momento. Asimismo intervino el supervisor de casos difíciles, quien validó a la paciente en su deseo de huir de la situación de cámara gesell y valorizó el nivel de afrontamiento que Alejandra estaba demostrando al hacerse cargo de su tratamiento. El

supervisor le preguntó en la sesión qué es lo que ella pensaba acerca de lo que no le permitía terminar las cosas; asimismo le reforzó que estuviera enfrentando sus miedos y le validó que estuviese enojada con la situación familiar.

Luego de esta situación de cámara gesell A llamó a su psicóloga para decirle que se había sentido muy mal y *no tomada en cuenta*, y que además de eso en la semana había tenido una entrevista laboral que la tensionó, por lo que había estado consumiendo cocaína que le proporcionó un compañero de trabajo. La psicóloga le indicó los teléfonos de emergencia de la Institución además de indicarle que se contacte con su psiquiatra para rever la situación. Esto pareciera confirmar una de las características de la ansiedad social que sostienen tanto Bulacio (2004) como Belloch et al., (1995) afirmando que estas personas experimentan un miedo desproporcionado a ciertas situaciones, a ser valorados negativamente o a ser rechazados o criticados y que estas características suelen acompañarse de baja autoestima y miedo a las críticas. En este caso A podría haber interpretado la actitud de la entrevistadora laboral como de indiferencia, lo cual automáticamente aumentó el malestar y generó gran angustia.

Luego de este episodio la paciente refirió haber dejado de consumir pero siguió con su angustia y pensamientos de muerte reiterados, temiendo no poder superarlos y resultándole insoportable vivir de esa manera. La psicóloga intervino validando una y otra vez la angustia y la bronca, así como las cosas que A hizo en la semana para fortalecerse. Le dió la tarea de escribir, describiendo todas las situaciones que la angustiaban y mencionando qué recursos utilizó. Lo hizo para reforzar uno de los recursos más fuertes de la paciente, que es el de escribir cuando estaba mal a modo de descarga, de esta manera la escritura se transformaría en una herramienta terapéutica.

En la siguiente sesión la paciente siguió refiriendo angustia e ideas de muerte, afirmando que *los tratamientos no están funcionando* y se sentía *cansada de no encontrar alivio*. No siguió la sugerencia de anotarse en las materias de la facultad por creer que sus metas eran a largo plazo y le requerían un esfuerzo que ella no podía hacer en ese momento. La psicóloga intervino planteando metas cortas para recuperar la confianza, por ejemplo ordenar su cuarto, y ante la respuesta negativa a la tarea de la sesión anterior, acerca de escribir sobre su angustia y recursos, le explicó que tanto el psiquiatra como ella podían ayudarla pero necesitaban su colaboración. Luego de esta sesión A no volvió a la

psicoterapia, siguió en tratamiento psiquiátrico por casi un año más con los mismos altibajos emocionales y dejó el tratamiento en la institución por cambiar de sistema de cobertura médica, razón por la cual se la derivó a la nueva cobertura con un informe de su historia clínica.

5.5. Descripción de la evolución y los cambios de una paciente adulta diagnosticada con trastorno depresivo persistente con comorbilidad con fobia social a lo largo del tratamiento terapéutico.

Tomando en cuenta los conceptos que menciona Kaplan, et al. (1996) es difícil convencer a los pacientes con trastorno depresivo persistente de la posibilidad de mejorar ya que ellos mismos exacerbaban sus síntomas. A buscó ayuda una y otra vez, aunque las características de su trastorno hicieron que no pudiese tener continuidad en ninguno de sus intentos ya que ella repetía que *hay situaciones que no puede sostener, que es demasiado y que es muy inconstante*. De hecho esa frase : *No puedo sostener*, fue casi repetida en todas las sesiones registradas y observadas. Es preciso destacar que de acuerdo a Belloch et al.(1995) la distimia tiene peores datos de recuperación que la depresión, lo cual en este caso parecía comprobarse.

La paciente fue transcurriendo durante el tratamiento con altibajos emocionales permanentes y sin poder mejorar sus síntomas de angustia. En un principio demandaba una ayuda externa, en el sentido de buscar ser atendida por un psiquiatra que le *dé medicación así la ayuda*. En esta actitud coincide con los conceptos de Beyebach y Herrero de Vega (2010) quienes sostienen que estos pacientes generalmente toman una actitud demandante, pidiendo ayuda al terapeuta pero muy abatidos para activarse para encontrar una solución. A buscaba permanentemente que algo desde el exterior la ayude, aunque no realizaba en apariencia las conductas solicitadas para generar un cambio, como por ejemplo las tareas terapéuticas que se le solicitaron a lo largo del tratamiento.

La primera psicóloga actuó con ella utilizando las herramientas prescriptas en el modelo y se pudo notar un cambio positivo en la paciente, incluso a nivel subjetivo. Luego de las reformulaciones realizadas y las sugerencias, A volvió a conectarse con su estudio en la Facultad abandonado hacía dos años, así como anotarse en el gimnasio y hasta cambiar de actitud ante una situación que la angustiaba con una compañera de trabajo. Sin embargo

incluso ante estos cambios destacados y reconocidos por la paciente como positivos solicitó a la Institución un cambio de profesional por necesitar *alguien más enérgico*. Cuando le respondieron afirmativamente al cambio, en la historia clínica se registra como queja inicial y motivo de consulta lo mismo que en las primeras sesiones, o sea, volvió al punto inicial.

Con la segunda psicóloga se siguió la misma línea de trabajo, apuntando a reformulaciones similares y quizás, por los datos del registro, con una modalidad de mayor validación ante la angustia y el malestar. A dijo sentirse *más cómoda* porque la terapeuta le hablaba *con más autoridad*, sin embargo fue en ese momento en que abandonó la terapia siguiendo solamente con el psiquiatra.

Cuando el psiquiatra le sugiere retomar la psicoterapia y la paciente lo hizo, nuevamente volvió en apariencia al punto inicial, e incluso subjetivamente peor que al inicio, razón por la cual se le sugiere una sesión con todo el equipo terapéutico, filmada en cámara gesell, a lo cual la paciente accedió rápidamente. En dicha entrevista no sólo tuvo contacto con su terapeuta, sino que estaba informada acerca de que había un grupo de terapeutas dispuestos a observar para ayudarla y un terapeuta de más experiencia también entró a hablar con ella en la sesión. En apariencia todo se desarrolló positivamente y ella aceptó haber hecho mucho esfuerzo, haber tenido cambios positivos en situaciones de angustia y haber afrontado situaciones sociales que en otro momento la habrían atemorizado. A pesar de esto la semana siguiente a dicha entrevista tuvo una recaída, suspendió la medicación psiquiátrica y estuvo consumiendo cocaína, aduciendo que en la sesión se sintió mal y no tenida en cuenta. Además de la sesión en cámara gesell la paciente atribuyó su angustia a una entrevista laboral en donde la entrevistadora tenía una expresión de indiferencia hacia ella, lo cual la hizo desistir de la prueba y le generó desgano. Este coincide con lo fundamentado por diversos autores (Sansone & Sansone 2009, Kaplan et al 1996, O'Neil, K., Podell, J., Benjamin, C. & Kendall, P. 2010) cuando señalan que la comorbilidad en los trastornos depresivos persistentes puede presentar algunos síntomas más dramáticos, como el consumo de sustancias o los trastornos de personalidad. Además no podemos dejar de mencionar que A relató en ese momento a su psicóloga que ella consumía drogas hacía dos años y que luego había dejado, teniendo en ese momento una recaída. Al respecto Beyebach & Herrero de Vega, (2010) sostienen que

los trastornos relacionados al abuso de sustancias empeoran el pronóstico de la enfermedad e incrementan el riesgo de suicidio.

Luego de esta situación de emergencia la psicóloga siguió trabajando para lograr metas cortas y pasos pequeños de cambio, pero A luego de dos sesiones abandonó definitivamente la terapia y siguió el tratamiento con el psiquiatra.

El psiquiatra siguió trabajando de acuerdo a las pautas del modelo y regulando la medicación de acuerdo a la evaluación de la paciente. Luego de unos meses de mejorías parciales y de altibajos en los que dentro de las estrategias de tratamiento *nada la satisface por completo*, la paciente cambió de cobertura médica diciendo *no haberse dado cuenta* de la parte de psiquiatría, por lo cual se supone que debió haber comenzado tratamiento con un nuevo profesional en otro sistema de cobertura. Esta pauta conductual da cuenta, como mencionan Beyebach y Herrero de Vega (2010) de un refuerzo autopetruante de las conductas que mantiene el circuito disfuncional.

Como sostiene Wilson et al., (2011) en este tipo de casos hablamos de pacientes crónicos y resistentes al tratamiento, ya que se genera un circuito autopetruante en el que los déficits en la habilidad social pueden conducir a la ansiedad y depresión, y la depresión pueden generar déficits en la habilidad para resolver problemas sociales, en conjunto con las distorsiones cognitivas que juegan un rol importante en la relación entre los síntomas y el proceso de resolución de problemas sociales. A mantuvo su creencia de que *todo es blanco o negro* y que la gente de su entorno *la traicionaba y era deshonesto, que no tenían códigos*, razón por la cual no aceptó el más mínimo indicador que pudiese interpretar como negativo hacia su persona, ya sea indiferencia o crítica, y eso hizo que evitara casi todo tipo de vínculos sociales o abandonase aquellos vínculos que podían ser beneficiosos, incluso la psicoterapia, la cual, como señala Clark, (2001), al ser en sí misma una interacción social, en un ámbito en que el paciente puede comportarse de manera similar a otras interacciones sociales.

6. Conclusiones

El presente Trabajo pretendió describir el desarrollo del tratamiento de una paciente adulta diagnosticada con trastorno depresivo persistente con comorbilidad con fobia social desde el abordaje Sistémico Estratégico Focalizado. A fin de graficar el encuadre de

abordaje del caso se presentó el sustento teórico del modelo, de modo de hacerlo accesible también a personas que sean ajenas al mismo.

Se tomaron datos de la historia clínica archivada en la red informática interna de la Institución, la cual incluye una descripción pormenorizada de las intervenciones y reacciones de la paciente ante cada una de ellas, así como sus posiciones de lenguaje, posibles distorsiones cognitivas y otros signos manifestados. Asimismo se observó en muchas oportunidades y de modo no participativo un video que registra una sesión filmada en cámara gesell en la que participaron la paciente, la psicóloga y el supervisor de casos difíciles.

La Institución fue de vital ayuda en el desarrollo y armado de este trabajo, en primer lugar sugiriendo el caso adecuado evaluando el potencial de análisis sin considerar sesgos que favorecieran al modelo y sin buscar ejemplos de éxitos terapéuticos. Es de destacar que en todo momento se brindó el acceso a los materiales necesarios y a la información directa tomando los recaudos de protección a la privacidad de la paciente. Así también se facilitó acceso a bibliografía específica y tutoría durante el tiempo de toma de información.

De acuerdo a los dos primeros objetivos de este trabajo, sobre la descripción de los signos y síntomas del trastorno depresivo persistente (Distimia) y de comorbilidad con fobia social en la paciente se concluye que la misma presenta los signos y síntomas tomados como criterio diagnóstico ambos trastornos, con predominio de síntomas y signos depresivos persistentes, los cuales de acuerdo a Kaplan et al. (1996) son en el caso del trastorno depresivo persistente, el estado de ánimo deprimido que persiste la mayor parte del día y presente de manera casi continua acompañado de sentimientos de ineptitud, irritabilidad, culpa, pérdida de interés, retraimiento social y falta de productividad, y los asociados con la fobia social como la evitación de situaciones sociales, déficit en la regulación emocional y deterioro significativo en la calidad de vida (Sung et al., 2012).

En cuanto al análisis de las intervenciones terapéuticas realizadas a lo largo del tratamiento desde la perspectiva sistémica estratégica focalizada se concluye que las mismas han sido adecuadas y acordes al modelo teórico y a las investigaciones acerca de efectividad en el tratamiento de estos trastornos. Fueron realizadas en un lenguaje coherente a la manera en que la paciente ve al mundo, de acuerdo a lo percibido por sus terapeutas (De Shazer, 1975 citado en de Shazer, 1985). Se intervino lo más rápido y

económicamente posible para la resolución rápida de los problemas (Cade & O'Hanlon, 1995) y se diseñaron a medida para la paciente en su situación particular (De Shazer, 1985). Se utilizaron los cuatro tipos básicos de intervenciones mencionados por Casabianca y Hirsch (2009), que son reformulaciones, sugerencias, prescripciones y preguntas. Poniendo énfasis fundamentalmente en las reformulaciones y sugerencias.

En cuanto a la evolución y los cambios de la paciente se observó que la misma logró una adherencia parcial al tratamiento psicoterapéutico, con discontinuidades, aunque sí una adherencia mayor al tratamiento psiquiátrico, el cual fue su objetivo desde el momento en que solicitó ayuda. No se puede afirmar que el tratamiento haya sido eficaz ya que de acuerdo a Cazabat y Urretavizcaya (2007), un proceso de psicoterapia eficaz debe ser capaz de modificar el marco de referencia que construye el problema para que éste pierda su razón de ser o desaparezca, ya sea por modificación de la conducta de la interpretación de los hechos, y en este caso no fue posible observar esto en las conductas de la paciente, ya que sus síntomas más egodistónicos no variaron sustancialmente.

No sería adecuado sin embargo atribuir esta falta de eficacia a los profesionales intervinientes, ya que se han apoyado en la evidencia así como en los lineamientos del modelo de trabajo para abordar este caso, o sea el abordaje del caso desde un tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia de estrategias cognitivo- conductuales, así como psicoeducación. Es de destacar por otro lado que los pacientes con trastorno depresivo persistente tienen un pronóstico peor que aquellos que cursan una depresión, con lo cual podríamos predecir que las características del trastorno de A tenían bajas posibilidades de mejorar notoriamente en el corto plazo. Al respecto Kaplan et al., (1996) sostienen que el cuadro evoluciona en algunos pacientes hacia una depresión mayor y en otros hacia una patología de la personalidad.

En este caso se intentaron estrategias para lograr un cambio que permitiese que Alejandra redujera su nivel de malestar y pudiese desplegar sus recursos. Es de destacar que todas las intervenciones se realizaron en un marco institucional y con una visión multidisciplinaria, coincidiendo en este aspecto con Clark (2001) y Bulacio (2004) quienes sostienen que la terapia ayuda a ver los eventos sociales de manera diferente y no amenazadora para ayudar al afrontamiento de las mismas. De todas maneras es importante recordar, como advierte Keeney (1994) que las intervenciones no son inocuas, y que si no

se contempla en forma ecológica el problema sobre el que se quiere intervenir se pueden engendrar grados más altos de patología. Desde este punto de vista habría que revisar los posibles efectos adversos de la intervención en cámara gesell, ya que en este caso se observó que provocó una alteración negativa en el estado de la paciente. No se puede estar seguro de cuáles mecanismos provocaron esta alteración ya que para ello debería ser entrevistada e indagarse al respecto, pero por su relato registrado en la historia clínica ella lo experimentó como desagradable he hizo que sintiera *no haber sido tomada en cuenta*, un tipo de experiencia que por cierto resultaba sensible para ella.

Si bien la observación de este video no evidencia ninguna práctica o intervención inadecuada, es de considerarse que el propio mecanismo de una cámara gesell puede colocar a ciertos pacientes en una situación de observación incómoda. Si bien el o los pacientes involucrados a poco de comenzar las sesiones olvidan casi por completo la existencia del dispositivo o de la cámara de video, si la hay, en algunas ocasiones implica que el terapeuta desvíe su atención para atender el teléfono por el cual se comunica el equipo. Si esto no es debidamente explicado –y en este caso la terapeuta había olvidado hacerlo- puede sentirse como un abandono o un desplazamiento de la atención, o sea el *no ser tomada en cuenta* que refiere la paciente. Debería considerarse también que luego de atender dicho teléfono sería necesario hacer mención acerca de la intervención realizada por el equipo. No necesariamente textual ya que puede entrar dentro de la estrategia terapéutica modificar dicha intervención, pero sí mencionarla a fin de que ciertos pacientes con características más paranoides o como en este caso con ansiedad social no sientan que se está hablando de ellos sin recibir algo de información que disminuya esa ansiedad. En la sesión observada la terapeuta atiende el teléfono en tres oportunidades, y sólo en la última de ellas le trasmite a la paciente una pregunta informándole que es el equipo el que la formuló.

Si bien una de las pautas de este modelo de abordaje propone ayudar al paciente a recuperar actividades reforzantes y agradables, algo que tanto las dos psicólogas como el psiquiatra intentaron con A al enterarse que ella disfrutaba escribir nunca se logró que la paciente lo hiciera. Ambas terapeutas lo hicieron con el objetivo de generar un refuerzo cambiando la narrativa del problema y promover un círculo virtuoso en el que la misma actividad sea lo suficientemente incentivadora para tener el deseo de continuarla. Habría

que analizar si el motivo por el cual no hubo adherencia a dicha indicación fue el hecho de que cuando la paciente escribía lo hacía porque se sentía mal, lo que puede hacernos pensar que el hecho de escribir quedara vinculado con sus malos momentos y su angustia. Asimismo una de las psicólogas menciona en la historia clínica, como estrategia a seguir, la posibilidad de evaluar una inclusión a grupo terapéutico, algo que podría ser beneficioso para la paciente.

En cuanto a líneas de tratamiento a seguir se observó que los terapeutas estuvieron correctamente encaminados. Habría que recordar que para que exista un proceso terapéutico debemos tener un paciente, y en este caso el desafío más grande es el de que la paciente permanezca en un tratamiento, ya que A discontinuó permanentemente sus avances. En primer lugar debería continuarse con el trabajo de validación y empatía respecto al sufrimiento de la paciente a fin de lograr fortalecer el vínculo terapéutico. Tomando en cuenta que la paciente no habla con nadie de sus problemas, ni entre amigos ni en la familia y tampoco tiene una relación sentimental hace ya mucho tiempo, se debería preservar el espacio de la terapia como espacio en el que poder hablar de lo que le sucede y evitar señalamientos considerando que la paciente tiene una sensibilidad extrema a la crítica o a la evaluación negativa, por lo que hasta que el vínculo no se haya fortalecido no deberían señalarse aspectos que debe corregir. Una vez establecido el vínculo, si esto se logra, una de las posibles vías alternativas de tratamiento podrían integrar actividades grupales vinculadas con lo expresivo que incluyan también otras ramas del arte, incluso en la modalidad de talleres en los cuales se integren artes visuales y trabajo corporal, y en los que la escritura se transforme en un medio de creación y no solo un hecho catártico. La propuesta que la autora sugiere es la inclusión de esta paciente en un grupo de arte-terapia focalizada. El mismo consiste en reuniones semanales de dos horas de duración cada una en las cuales se trabaja a nivel artístico con diseños concéntricos que favorecen la refocalización atencional. Se trata de geometrías que se construyen y diseñan con la ayuda de la terapeuta artística, trabajando tanto con la forma como con el color. El sistema de trabajo está diseñado para que cada participante del grupo elabore sus diseños a su propio ritmo y de acuerdo a sus posibilidades y destrezas. La ventaja que se considera en este caso es que posibilita la inserción de la paciente en grupos relacionales en los que no media la competencia ni la posibilidad de comparación,

ya que el ritmo y resultado del trabajo es individual a pesar de que la dinámica es grupal. Se evitan de esta manera situaciones en las que la paciente sienta que los demás *tratan de perjudicarla*. Brinda además la posibilidad de trabajar creativamente sin necesidad de destrezas artísticas particulares, ya que el método va conduciendo a cualquier persona con una capacidad motora y cognitiva promedio a elaborar sus diseños paso por paso, manteniendo un grado de dificultad medio con el fin de ser lo suficientemente estimulante para no abandonar la actividad, y lo suficientemente abordable para no generar frustración. El motivo por el cual se eligen diseños geométricos concéntricos para esta actividad es que los mismos facilitan focalizar la atención y organizar el espacio compositivo de manera armónica sin mayores inconvenientes, y los resultados son estéticamente armoniosos, lo cual promueve un círculo virtuoso de afianzamiento de la autoestima y autoconcepto. La autora coordina desde hace años este tipo de actividad y los resultados obtenidos promovieron en ella la elección de la carrera de Psicología para seguir investigando sobre sus potencialidades.

También se debería ahondar la investigación acerca de cuáles son las desventajas del cambio para la paciente, esto es, qué tipo de atención o energía recibe a partir de su sintomatología que hace persista en ese tipo de conductas y no pueda salirse del circuito problemático, ya que se observó en A una tendencia a buscar la ayuda externa sin mucha energía disponible para ponerse en acción de su parte. De hecho fue notorio de observar que ante cada leve mejoría, o al menos una situación algo más estable, ella fuese la que interrumpía el tratamiento ya sea solicitando cambio de profesional o abandonando la continuidad. En el caso de verse esto como una desventaja del cambio, quizás podríamos suponer que la atención que ella obtenía de su entorno, a pesar de ser disfuncional, era preferible a sentir que no era tenida en cuenta, que es lo que mencionó haberla afectado luego de la entrevista filmada en cámara gesell.

En cuanto a las limitaciones de la experiencia, la principal fue el hecho de no tener el contacto directo con la paciente debido a incompatibilidades horarias, así como el no poder participar en las entrevistas por ser estudiante no recibida. Esta limitación fue en parte superada gracias al aporte de todos los profesionales de la Institución, la participación activa de la Coordinadora de pasantías de la misma, así como la asistencia a distintas sesiones en vivo de cámara gesell y supervisiones de casos. La autora de este

trabajo considera de fundamental importancia que la Institución tenga un registro tan exhaustivo y documentación filmica para el desarrollo que este tipo de trabajos, así como el aporte de profesionales con tantos años de experiencia en la psicología clínica y con el encuadre de este modelo. Otra limitación para observar la evolución de la paciente ante el tratamiento fueron los sucesivos cambios y suspensiones del mismo debido a la falta de adherencia. Es de observarse que algunos pacientes pueden tomar el trámite de admisión como disuasivo para continuar el tratamiento. Esta limitación es producto en gran parte del sistema de cobertura médica, el cual pone topes al número de sesiones y exigencias a nivel burocrático sin considerar las características peculiares del paciente.

La autora de este trabajo quiere destacar que los conocimientos adquiridos durante las prácticas profesionales dentro de la Institución así como las diferentes prácticas promovidas por la Universidad enriquecen de manera sustancial la formación como psicoterapeuta clínico.

REFERENCIAS

- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*, 40(4), 219–221. doi:10.1503/jpn.150205
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.: Autor.
- Azar de Sporn, S., (2010), *Terapia sistémica de la resiliencia, Abriendo caminos, del sufrimiento al bienestar*, Buenos Aires: Paidós
- Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind, collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Bateson, G. (1980) *Mind and Nature. A Necessary Unity*. New York: E. P. Dutton
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1993). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belloch, A.; Sandín B., & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw: Desclee de Brouwer.
- Bertalanffy, L. (1984). *General system theory foundations, development, applications*, 1968. Version en español . Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Beyebach, M. & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. España: Herder.
- Brook, C. A., & Schmidt, L. A. (2008). Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1), 123–143.
- Bulacio, J. M. (2004) *Ansiedad, estrés y práctica clínica, un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Librería AKADIA Editorial
- Cade B., O'Hanlon W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo m.r.i.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Castro Solano, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 59-90.
- Cazabat, E. H. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Cazabat, E. y Urretavizcaya, A. (2007). La reformulación panorámica. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Clark, D. M. (2001): A Cognitive Perspective on Social Phobia. en W. Ray Crozier & Lynn E. Alden *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness*.(pp 405-430) West Sussex: W. Ray Crozier & Lynn E. Alden. John Wiley & Sons Ltd.
- Compañ, V., Feixas, G.; Muñoz, D. y Montesano, A. (2012) *La reformulación en terapia sistémica* Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32749/1/REFORMULACION.pdf>
- Des Champs C., 1995, Introducción: Los padres de la terapia familiar. En M. Rodríguez Ceberio, C. Des Champs, A. González, P. Herscovici, H. Label, C. Michanie, J. Moreno, & : Wainstein, *Teoría y técnica de la psicoterapia sistémica*, (pp.13-29), Buenos Aires, Ediciones Culturales Universitarias Argentinas.

- De Shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós terapia familiar.
- Feixas i Viaplana, G. Muñoz Cano, D. Compañ Felipe, V. y Montesano del Campo, A. (2012) *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/Modelo_Sistemico_2012_2013r.pdf
- Fernández Álvarez, H., Hirsch, H., Lagomarsino, A. J. y Pagés, S. (2007). Psicoterapia y psicofármacos: juntos o separados, cuándo y cómo. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 69-89). Buenos Aires: Dunken.
- Fisch, R.; Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Foerster, H. von (1970): Thoughts and notes on cognition, en P. L. Garvin (comp.), *Cognition: a multiple view*, New York, Plenum Press.
- Gilbert.(1992). En A. Belloch; Sandín B. & F. Ramos (1995). *Manual de Sicopatología*. Madrid: Mc Graw: Desclee de Brouver.
- Kaplan, H.; Sadock, B. & Grebb, J (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Klerman y Weissman. (1986). En A. Belloch; B. Sandín , & F. Ramos, (1995). *Manual de Sicopatología*. Madrid: Mc Graw: Desclee de Brouver.
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Dunken.
- O'Neil, K. A., Podell, J. L., Benjamin, C. L., Kendall, P. C. (2010) Comorbid Depressive Disorders in Anxiety-disordered Youth: Demographic, Clinical, and Family Characteristics *Child Psychiatry Hum Dev* 41:330–341 DOI 10.1007/s10578-009-0170-9
- Maturana, H.R. y Varela, F.J. (1980): *Autopoiesis and cognition: The realization of living*. Boston, Reidel.

- Mills S. D. & Sprenkle (1995). Family Therapy in the Postmodern Era. Source: Family Relations, Vol. 44, No. 4, Helping Contemporary Families (Oct., 1995), pp. 368-376
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999) *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 13 (3), pp. 493-510
- Roth & Fonagy, (2004) en M. Beyebach & M. Herrero de Vega, (2010). *200 tareas en terapia breve*. España: Herder.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2009). Dysthymic Disorder: Forlorn and Overlooked? *Psychiatry (Edgmont)*, 6(5), 46–51. (recuperado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719439/>)
- Shannon, C. y Weaver, W. (1949) *The mathematical theory of communication*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Showalter, E.(1992). "You Mean I Don't Have to Feel This Way?" *The New Republic* 9 Mar. 1992: 44+. General OneFile. Web. 10 Aug. 2015. Recuperado en http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA11885940&v=2.1&u=up_web&it=r&p=GPS&sw=w&asid=962f0661a084b35b88774d6f81b83a85
- Sung, S. C., Porter, E., Robinaugh, D. J., Marks, E. H., Marques, L. M., Otto, M. W., & Simon, N. M. (2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 435–441. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.004
- Wainstein, M. (2002a). *Comunicación, un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Editores.
- Wainstein, M. (2002b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Editores.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. & Fisch, R. (1974) *Change: Principles of problem formulation and problem resolution*. New York: Norton & Company
- Wiener, N. (1948) *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*. Massachusetts: The MIT press

Wilson, C. J., Bushnell, J. A. ; Rickwood D. J.; Caputi, P. & Thomas, S (2011). The rol of problem orientation and cognitive distortions in depression and anxiety interventions for young adults. *Advances in Mental Healt (2011)* Volume 10 (1): 52-61

Wong, J., Morrison, A. S., Heimberg, R. G., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2014). Implicit Associations in Social Anxiety Disorder: The Effects of Comorbid Depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 537–546. doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.008