



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

# **VISIONES SUBJETIVAS SOBRE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA DEPRESIÓN: UNA CONSTRUCCIÓN DESDE SUS PARTICIPANTES**

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

**ALUMNA:**

LIC. PAMELA ARRIAGADA MENESES

**PROFESORA PATROCINANTE:**

MAG. PAULA VERGARA HENRÍQUEZ

**ASESOR METODOLÓGICO:**

MAG. ROBERTO FERNÁNDEZ DROGUET

**2013**

*Abre la ventana  
y deja que el sol alumbre  
por todos los rincones  
de tu casa.*

*Mira hacia fuera  
nuestra vida no ha sido hecha  
para rodearla de sombras  
y tristezas.*

*Ya ves  
no basta nacer, crecer, amar,  
para encontrar la felicidad.*

*Pasó lo más cruel,  
ahora tus ojos se llenan de luz  
y tus manos de miel.*

*"Abre la Ventana"  
Victor Jara*

## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar quiero agradecer a mis padres, a Pachy y Ricardo por amarme y haberme dado la oportunidad de estudiar y seguir mis sueños. Gracias mamá y papá.*

*Agradezco a mis hermanos por apoyarme y quererme, principalmente a Romina por ser un paño de lágrimas y una fuerza en todos estos años, además de una fuente de inspiración y darme la alegría de la Magdita.*

*En tercer lugar quiero agradecer a los profesores que me ayudaron en esta investigación. A la profesora Paula Vergara, por su generosidad, paciencia, comprensión, consejos, apoyo, ánimo y principalmente por acogerme y permitirme realizar este hermoso trabajo. Y al profesor Roberto Fernández por su disposición y generosidad, por aclararme todas las dudas y brindarme la posibilidad de descubrir la metodología cualitativa.*

*También quisiera agradecer a todas las personas que me acompañaron en esta travesía de cinco años en la Universidad de Chile, en especial a Yasmín, Sebastián, Elvira y Catalina. Amig@s sin ustedes esto no habría sido igual.*

*En quinto lugar, quiero agradecer a César por escucharme, quererme y acompañarme, sin tus retos, paciencia y por sobretodo tu amor no hubiese podido terminar esto y comenzar una nueva etapa en mi vida.*

*Por último quiero agradecer a todas las personas del COSAM de La Granja que me acogieron y ayudaron, en especial a Jorge, que me guío y acompañó en este proceso de aprendizaje, y a los pacientes que generosa y desinteresadamente compartieron sus experiencias.*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>PREGUNTAS DIRECTRICES.....</b>	<b>16</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO 1: METATEORÍA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.....</b>	<b>25</b>
1. BASES CONCEPTUALES DEL CONSTRUCTIVISMO.....	25
2. PSICOPATOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.....	31
<b>CAPÍTULO 2: LA DEPRESIÓN.....</b>	<b>35</b>
1. LA DEPRESIÓN Y SU SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE.....	36
2. LA DEPRESIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO CHILENO.....	37
3. LA DEPRESIÓN: DIAGNOSTICO Y CUADRO CLÍNICO DESDE EL DSM-IV.....	39
4. ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL DEPRESIVA: “UNA TEORÍA PARA LA COMPRENSIÓN DE LA DEPRESIÓN”.....	40
4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL DEPRESIVA. .....	42
4.2. OSP DEPRESIVA Y PSICOPATOLOGÍA.....	46
<b>CAPÍTULO 3: TEORÍA CLÍNICA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.....</b>	<b>49</b>
1. PSICOTERAPIA.....	49
2. TERAPEUTA.....	50
3. PACIENTE.....	51
4. RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	51
5. ENCUADRE PSICOTERAPÉUTICO.....	52
6. TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS.....	52
7. CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO.....	55
<b>CAPÍTULO 4: TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA DEPRESIÓN.....</b>	<b>57</b>
1. FARMACOLOGÍA.....	57
2. TRATAMIENTOS INDIVIDUALES.....	58
3. TRATAMIENTOS GRUPALES.....	59

<b>CAPÍTULO 5: PSICOTERAPIA GRUPAL PARA DEPRESIÓN .....</b>	<b>61</b>
1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PSICOTERAPIAS GRUPALES PARA DEPRESIÓN.....	61
2. VENTAJAS Y BENEFICIOS DE LAS PSICOTERAPIAS GRUPALES PARA LA DEPRESIÓN	62
3. PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA DEPRESIÓN.....	64
3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA DEPRESIÓN.....	64
3.1.1. METODOLOGÍA.....	66
3.1.2. ENCUADRE CLÍNICO .....	67
3.1.3. PRINCIPIOS.....	67
3.1.4. ESTRUCTURA .....	68
3.2. ESTUDIOS SOBRE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA DEPRESIÓN.....	68
<b>CAPÍTULO 6: VISIONES SUBJETIVAS DE LOS PACIENTES SOBRE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA LA DEPRESIÓN</b>	<b>71</b>
1. RESULTADOS.....	71
2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	104
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>132</b>

## RESUMEN

El presente trabajo corresponde a una memoria de investigación que pretende conocer las visiones subjetivas que los participantes de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión construyen sobre la misma.

La intervención ha sido aplicada en diversos centros de salud pública con favorables resultados. No obstante, hasta la fecha sólo se han publicado dos estudios cuantitativos sobre la misma, dirigidos a comprobar su eficacia, efectividad e impacto a través de cuestionarios altamente estandarizados y estructurados.

Dichos estudios dejan de lado las perspectivas e interpretaciones de los pacientes, por lo cual esta memoria, utilizando una metodología distinta, realiza: una descripción de las apreciaciones que los participantes le atribuyen a dicha intervención; una caracterización de los cambios a nivel cognitivo, conductual emocional e interpersonal desde las perspectivas de los pacientes; y una identificación de los beneficios que acarrea la psicoterapia grupal para los mismos.

La investigación es realizada desde el enfoque cualitativo, en un universo de cuatro pacientes pertenecientes a un Centro Comunitario de Salud Mental de la Región Metropolitana. Para lograr el objetivo propuesto, se utilizan tres técnicas de recolección de datos: la entrevista en profundidad, la observación participante y la bitácora; y los datos son analizados mediante el método propuesto por la Teoría Empíricamente Fundamentada.

Los principales resultados señalan que los pacientes construyen sus visiones subjetivas a partir de la experiencia psicoterapéutica grupal, y apuntan a dos fenómenos: los elementos que componen la psicoterapia grupal y que actúan como facilitadores y catalizadores de procesos subjetivos en los pacientes; y los resultados y consecuencias de la participación en la psicoterapia grupal, expresados en los cambios y beneficios psicoterapéuticos.

**PALABRAS CLAVE:** Psicoterapia grupal, visiones subjetivas, depresión.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda el tema de la Depresión, la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para dicho trastorno, y las visiones subjetivas que los pacientes construyen sobre la intervención.

La Depresión es un cuadro psicopatológico que ha aumentado su visibilidad y frecuencia en los sistemas de salud a nivel mundial. Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 2002 mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren el trastorno, y que la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando y que dicho cuadro para el año 2020 ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades (OMS, 2002).

En Chile, la Depresión es un importante problema de salud pública que ha aumentado constantemente entre la población. Es una enfermedad que ha tendido a volverse crónica y recurrente, impactando negativamente la vida familiar y social, reduciendo la capacidad de adaptación, y deteriorando la calidad de vida de las personas que la padecen (MINSAL, 2006). Asimismo, es uno de los cuadros clínicos responsable de un tercio de los días de trabajo perdidos debido a enfermedad, concentrando más del 40% de las licencias médicas, y representando al menos un 25% de las consultas de médicos generales en la Atención Primaria (MINSAL, 2006).

El Ministerio de Salud (MINSAL), en un intento de adelantarse a esta problemática, implementó el año 2001 el "Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión" (PDTID) en 309 comunas de Chile, alcanzando una cobertura nacional en el año 2003. Desde su inicio, este programa posee como principal objetivo contribuir al progreso de la capacidad resolutiva y de la calidad de la Atención Primaria y Secundaria de salud, en lo referente al tratamiento de la Depresión, prestando atención especializada individual y grupal (MINSAL, 2001).

El año 2006, a raíz de la frecuencia con que se presenta este trastorno y sus efectos en la calidad de vida de las personas que la padecen, el MINSAL determinó que el trastorno depresivo fuese incluido en la modalidad GES (Garantías Explícitas de Salud). En virtud de ello, tanto el sistema de salud público como el privado, debiese proveer cobertura al 100% de las personas de 15 años y más, en quienes se diagnostique Depresión, al momento de demandar atención de salud (Pemjean y Rojas, 2006).

La inclusión al GES promovió el término de las guías metodológicas y dio paso a la elaboración e implementación de protocolos clínicos para el tratamiento de la Depresión, las llamadas “Guías Clínicas”. Éstas contienen recomendaciones para el manejo tanto del cuadro clínico leve como del moderado y grave, así como del trastorno en mujeres durante el embarazo o postparto, adolescentes, adultos mayores entre otros, tanto en los distintos niveles del sistema público como en el ámbito privado (MINSAL, 2009).

Ahora, si bien el MINSAL ha demostrado una gran preocupación por este cuadro psicopatológico y ha propuesto un programa integral con protocolos de atención para el ámbito público y privado, la psicoterapia grupal se ha circunscrito como propuesta de tratamiento efectiva y complementaria para la Depresión, otorgándose una mayor relevancia a la intervención psicosocial diseñada el año 2001, la cual está centrada en la reducción de síntomas y carece de estudios que avalen su eficacia y efectividad.

Ante el panorama mundial y nacional que presenta el trastorno depresivo, es necesario realizar propuestas de psicoterapias grupales que aborden las complejidades que la Depresión impone a quienes la padecen y a quienes trabajan con ella. Procedimientos que deben ser eficaces y efectivos, tanto a corto como a largo plazo, que se adapten a diversas situaciones, poblaciones y contextos, pero que también tomen en cuenta la historia de vida de los sujetos, los patrones de funcionamiento, las relaciones vinculares, etc., es decir, aquello que le da coherencia a la experiencia de vida del sujeto.

Una de estas propuestas es la que realiza el Modelo Constructivista Cognitivo, a través de los investigadores, Dr. Juan Yáñez y Mag. Paula Vergara. Motivados por los datos anteriormente señalados, estos psicólogos desarrollan una psicoterapia grupal novedosa para el tratamiento de la Depresión.

La Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva se enfoca en la reducción significativa de los síntomas y en generar, a través de ello, cambios profundos en los significados de los pacientes que la integran. Presenta una metodología específica y una serie de principios y reglas que guían la intervención (Curivil y Carretero, 2007).

Ha sido aplicada en diversos centros de salud pública con prósperos resultados (Vergara, 2012, comunicación personal). No obstante, se han publicado sólo dos estudios sobre ella (Guerra, 2010; Silva, 2011).

Los estudios señalados poseen un enfoque cuantitativo, con diseños cuasi-experimentales, orientados a comprobar la ocurrencia de ciertas hipótesis, y a generalizar los resultados a través de la medición de determinadas variables, mediante el uso de



instrumentos altamente estandarizados, por lo tanto, son investigaciones que apuntan hacia la objetividad y la explicación, dejando fuera la comprensión e interpretación y la subjetividad de los individuos.

Hasta la fecha, no existen estudios sobre la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión desde un enfoque metodológico distinto, que dé cuenta de los procesos y los resultados de esta intervención desde la perspectiva de los participantes. Por ello, es que el objetivo del presente trabajo es conocer las perspectivas e interpretaciones subjetivas que los pacientes de la psicoterapia grupal construyen y atribuyen al proceso que viven en ella.

Para cumplir dicho propósito, la investigación se organiza en los siguientes capítulos:

En el capítulo 1, se revisan las principales bases epistemológicas del Constructivismo Cognitivo, haciendo hincapié en las nociones de realidad, sujeto, conocimiento y sí mismo; y se exponen los planteamientos de dicho modelo sobre los procesos psicopatológicos.

El segundo capítulo aborda la Depresión desde los antecedentes empíricos y teóricos. En primera instancia se realiza una revisión del trastorno a nivel nacional, y el abordaje que efectúa el sistema de salud público chileno. Luego se caracteriza el trastorno desde el DSM-IV y se proponen los planteamientos de V. Guidano y los aportes realizados por el grupo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile, sobre la psicopatología y la organización de significado personal depresiva, como una teoría para la comprensión de la Depresión.

En el capítulo 3 se realiza una revisión teórica de los elementos de la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva que resultan importantes para el desarrollo de esta investigación como son: la psicoterapia, el terapeuta, el paciente, la relación terapéutica, el encuadre psicoterapéutico, las técnicas psicoterapéuticas y el cambio psicoterapéutico.

El cuarto capítulo describe los principales tratamientos enfocados a la Depresión, a partir de las recomendaciones del MINSAL. Se identifican los fármacos más utilizados para los trastornos depresivos, y las intervenciones y psicoterapias individuales y grupales.

El capítulo 5, profundiza las psicoterapias grupales para Depresión, especificando las características particulares de los diferentes tipos de intervención para dichos trastornos, y señala las ventajas y beneficios que acarrearán tanto para los pacientes como para el sistema de salud. Asimismo, se presenta y desarrolla la Psicoterapia Grupal

Constructivista Cognitiva para Depresión, detallando por un lado, sus características generales, metodología, encuadre, principios y estructura, y por otro, los estudios realizados sobre dicha intervención.

Por último, el sexto capítulo está dedicado al análisis de las visiones subjetivas de los pacientes sobre la psicoterapia grupal. En términos generales, se presentan los resultados que arrojan las diversas técnicas utilizadas en esta investigación, a través de la exploración y descripción de diversas categorías y sub categorías ilustradas en mapas conceptuales, y se discuten y analizan las perspectivas e interpretaciones que construyen los pacientes en torno a la intervención, obteniendo un relato desde los sujetos, enfatizando los significados y el papel activo de los pacientes en la comprensión e interpretación de las vivencias personales en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Constructivismo Cognitivo, en su constante afán de generar conocimientos y métodos para la teoría y práctica psicológica, y tomando en cuenta los datos epidemiológicos y la urgencia de tratamientos adecuados para la Depresión, desarrolla el año 2007, una psicoterapia grupal novedosa para el tratamiento de dicho trastorno del ánimo, orientada a intervenir en los distintos niveles experienciales (interpersonal, conductual, cognitivo y emocional).

Basada en la Metateoría, Teoría Clínica Constructivista Cognitiva y la Asertividad Generativa, la psicoterapia se enfoca en la reducción significativa de la sintomatología depresiva en los pacientes que la integran, y en generar, a través de esto, cambios definitivos y estructurales desde las experiencias personales (Curivil y Carretero, 2007).

La Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión es una “metodología de trabajo psicoterapéutico, que permite el despliegue de estilos personales disfuncionales o sintomáticos en grupo, al mismo tiempo que crea las condiciones que favorecen la reorganización y cambio de los mismos” (Yáñez, 2003 Art. no publicado, citado en Curivil y Carretero, 2007, p.87). Es decir, es un procedimiento que posibilita la emergencia de las problemáticas de los sujetos, paralelo al surgimiento de las condiciones favorables para el cambio.

Lo característico de esta intervención grupal radica en que “remite al sujeto a sus relaciones naturales y permite que, a través de las experiencias vividas y el emergente grupal, se facilite un cambio psicológico individual preferentemente de orden simbólico” (Curivil y Carretero, p. 87). En ese sentido, Vergara (2009, citado en Guerra 2010) señala que no se aspira a modificar la forma de procesamiento de las experiencias en el sujeto, ni tampoco las formas de operar o funcionar, sino lo que se pretende “fomentar y flexibilizar el movimiento entre las alternativas de desplazamiento de las dimensiones operativas, y al mismo tiempo, establecer y fortalecer la capacidad para desarrollar estrategias resolutivas más funcionales” (Vergara, 2009, citado en Guerra, 2010, p.127).

Es por ello, que posee una metodología económica con objetivos específicos y de fácil evaluación, además de principios generales que guían la intervención, un encuadre clínico y una estructura determinada de realización de las sesiones (Curivil y Carretero, 2007; Yáñez y Vergara, 2007).

La Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión ha sido aplicada en diversos establecimientos de salud pública con favorables resultados (Vergara, 2012, comunicación personal). No obstante, hasta la fecha existen sólo dos estudios publicados, desarrollados por los psicólogos: M. Guerra y M. Silva, los años 2010 y 2011, respectivamente.

Las investigaciones de dichos autores han sido realizadas en el sistema de salud público, en los niveles primario y secundario, a través de metodologías cuantitativas, utilizando diseños similares y los mismos instrumentos de medición. Sus principales resultados, señalan que los pacientes con Depresión presentan cambios estadísticamente significativos, una vez realizada la psicoterapia grupal, en la sintomatología, en el grado de severidad del cuadro depresivo, en el ámbito de las relaciones interpersonales, en la visión de sí mismos, de su entorno y del futuro, en el modo de funcionamiento de los sujetos y en la calidad de vida en general (Guerra, 2010; Silva, 2011).

Tanto el estudio de Guerra (2010) como el de Silva (2011) arrojan resultados positivos en torno a la eficacia, efectividad e impacto de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, no obstante, se considera que traen en su seno una contradicción, ya que el diseño experimental que poseen corresponde a una metodología propia del paradigma positivista y realista de la ciencia.

La psicoterapia grupal está basada en un enfoque que cuestiona la objetividad, el control experimental, y los métodos y modelos que apuntan al desarrollo de una base segura de conocimiento que guíe las aplicaciones a la práctica (R. Neimeyer, 1998), y los diseños metodológicos de los estudios de Guerra (2010) y Silva (2011) justamente están en la línea de la investigación objetivista, es decir, apuntan a una evaluación y medición de determinadas variables a través de cuestionarios altamente estructurados y estandarizados, utilizando grupos control y poniendo el foco en los resultados con significación estadística.

En base a lo anterior, se plantea que dichas investigaciones poseen ciertas discrepancias o contradicciones, ya que al construir hipótesis previas desde lo teórico, dejan de lado la historicidad de las experiencias de los sujetos y los relatos que ellos puedan construir de aquello. Asimismo, al utilizar instrumentos estandarizados y estructurados, y centrarse en los resultados comprobables, marginan de su campo de estudio un aspecto tremendamente importante para el Constructivismo Cognitivo, como

es el rol activo de los sujetos en la construcción de su realidad, en este caso, la perspectiva propia de los sujetos involucrados en la psicoterapia, es decir, los pacientes.

Así entonces, surge el interés de indagar en las visiones subjetivas que los pacientes construyen sobre la psicoterapia grupal. Ante la inexistencia de una definición de visiones subjetivas, la autora de esta investigación construye un concepto y las entiende como: las percepciones generales que las personas construyen para comprender los fenómenos, es decir, representan las maneras particulares en que los sujetos comprenden e interpretan la realidad. Por lo tanto, son procesos de carácter individual, idiosincráticos que se elaboran a partir de las experiencias particulares y colectivas de los individuos.

Si bien, se pretende dar cuenta de las percepciones, interpretaciones, valoraciones, entre otros aspectos, que los pacientes construyen sobre la intervención grupal, es necesario centrar la observación y análisis en ciertos elementos con el fin de acotar el objeto de estudio y con ello lograr la profundidad y especificidad requerida por el enfoque teórico y metodológico. Para ello, la investigación se centra en tres aspectos: primero, en la descripción de las apreciaciones, cualidades y particularidades que le atribuyen los pacientes a la intervención grupal; segundo, en la caracterización de los cambios psicoterapéuticos ocurridos a nivel cognitivo, conductual emocional e interpersonal, desde la perspectiva de los pacientes; y tercero, en la identificación de posibles beneficios que ha acarreado para los pacientes la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

En ese sentido, la presente investigación implementó la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para pacientes diagnosticados con Depresión en el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de la comuna de La Granja, en la Región Metropolitana. La aplicación se llevó a cabo durante los meses de mayo, junio y julio de 2012, a un grupo de seis personas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor (Depresión Unipolar), de acuerdo a los criterios del DSM-IV. No obstante, de los seis pacientes solo cuatro accedieron a participar en esta investigación.

Así entonces, la pregunta que guía esta investigación es: ¿cuáles son las visiones subjetivas que los pacientes construyen sobre la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión?. De esta pregunta se derivan otras interrogantes tales como: ¿a qué apuntan las apreciaciones que realizan los pacientes sobre la intervención grupal?, ¿qué cambios se han producido desde la perspectiva de los pacientes?, ¿existen

beneficios para los pacientes debido a su participación en la psicoterapia grupal desde su propia perspectiva?

Para responder estas preguntas la investigación se basa en una metodología cualitativa, la cual permite comprender e interpretar holísticamente la realidad desde la perspectiva de quienes la construyen, contextualizando los sistemas de conocimiento. La flexibilidad de este enfoque, facilita el abordaje de las visiones subjetivas de los participantes de la psicoterapia grupal, desde todos sus aspectos y de la forma más acabada posible, obteniendo un relato desde los sujetos.

Con respecto a la relevancia, se consideran dos aspectos centrales. Por una parte, dado que actualmente la Depresión es una prioridad epidemiológica en Chile y corresponde a uno de los trastornos mentales con las tasas más altas de prevalencia e incidencia, se hace relevante realizar investigaciones que contribuyan a implementar y divulgar nuevos modelos de tratamientos que produzcan resultados beneficiosos para los pacientes.

Lo anterior justifica esta memoria, en el sentido de que esta investigación representa una contribución al progreso y tratamiento de la Depresión en el sistema de salud chileno, al constituirse en un acercamiento al tratamiento psicoterapéutico de dicho cuadro psicopatológico desde una perspectiva teórica distinta a las propuestas por el MINSAL. Asimismo, resulta ser un aporte al Constructivismo Cognitivo, al obtener evidencias empíricas sobre la psicoterapia grupal para la Depresión desde otra perspectiva metodológica más acorde a los planteamientos del modelo, y que se complementa con los estudios anteriores. Por otra parte, este estudio posee implicancias prácticas al convertirse en una contribución al programa de trastornos del ánimo del COSAM de La Granja. La psicoterapia grupal realizada permite proporcionar una experiencia de trabajo grupal provechosa, que puede volver a replicarse en un futuro próximo.

## OBJETIVOS

### ***Objetivo General***

Conocer las visiones subjetivas que los pacientes construyen sobre la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

### ***Objetivos Específicos***

1. Describir las apreciaciones que los pacientes atribuyen a la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.
2. Caracterizar los cambios a nivel conductual, cognitivo, emocional e interpersonal desde las perspectivas de los pacientes.
3. Identificar los posibles beneficios que tiene la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para los pacientes desde sus propias perspectivas.

## PREGUNTAS DIRECTRICES

**Objetivo específico 1:** Describir las apreciaciones que los pacientes atribuyen a la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

***Preguntas directrices:***

1. ¿Qué apreciaciones atribuyen los pacientes a la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión?
2. ¿A qué apuntan las apreciaciones?
3. ¿Hay diferencias en las apreciaciones de los pacientes sobre la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva?
4. De haber diferencias ¿a qué pueden ser referidas?

**Objetivo específico 2:** Caracterizar los cambios a nivel conductual, cognitivo, emocional e interpersonal desde las perspectivas de los pacientes.

***Preguntas directrices:***

1. ¿Qué cambios se han producido a nivel conductual, cognitivo, emocional y en las relaciones interpersonales desde las perspectivas de los pacientes?
2. ¿Son referidos los cambios a algún tema o actividad particular tratados en la psicoterapia grupal, a los terapeutas, al grupo, o a sí mismos?
3. ¿Hay diferencias en cuanto a la atribución de los cambios entre los pacientes?
4. De haber diferencias, ¿a que pueden ser referidas?

**Objetivo específico 3:** Identificar los posibles beneficios que tiene la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para los pacientes desde sus propias perspectivas.



***Preguntas directrices:***

1. ¿Existen beneficios para los pacientes debido a su participación en la psicoterapia grupal desde sus propias perspectivas?
2. De ser así ¿qué beneficios acarrió para los pacientes el haber participado en la psicoterapia grupal?
3. ¿En qué aspectos se observan los beneficios?
4. ¿Existen diferencias en cuanto a los beneficios entre los pacientes?
5. De existir diferencias, ¿a qué se atribuyen?

## MARCO METODOLÓGICO

La presente investigación posee un enfoque cualitativo, puesto que busca rescatar las visiones de un determinado grupo de sujetos, con la consecuente interpretación de los fenómenos de acuerdo a los significados asignados por ellos (Denzin y Lincoln, 1994, citado en Rodríguez, Gil y García, 1996).

La investigación cualitativa propone que el conocimiento y la realidad son una construcción compartida, surgida a partir de la interacción entre el investigador y el investigado, en la cual, los significados median o influyen de tal modo que se hace necesario introducirse en el mundo del investigado, para poder comprenderlo tanto en su lógica interna como en su especificidad (Rodríguez, et al., 1996). En ese sentido, Delgado y Gutiérrez (1999) señalan que esta perspectiva de investigación plantea comprender los fenómenos desde su interior, estudiando cada caso en profundidad antes de proceder a su comparación, teniendo el relato y el texto como la base para la reconstrucción y la interpretación.

Por lo tanto, es una metodología en la cual “los escenarios y las personas son vistos desde una perspectiva holística, es decir, las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo” (Taylor y Bogdan, 1987, p.7). De allí que el investigador cualitativo estudie a los sujetos en el contexto donde ocurren sus experiencias, y en el marco de referencia de ellos mismos.

Para llevar a cabo lo anterior, la metodología cualitativa se basa en técnicas interpretativas que tratan de describir y decodificar los fenómenos de ocurrencia natural, orientándose a determinar los significados, permitiendo de ese modo, conocer la percepción particular que los sujetos tienen de la realidad en la que están inmersos.

Así entonces, asumir una óptica de tipo cualitativo implica, no sólo un esfuerzo de comprensión del sentido de lo que el otro quiere decir a través de sus palabras, sus silencios, sus acciones, etc., sino también, la posibilidad de construir generalizaciones, que permitan entender los aspectos comunes a las personas y grupos humanos en el proceso de producción y apropiación de la realidad social y cultural en la que desarrollan su existencia (Pérez-Serrano, 1994; Rodríguez, et al, 1996).

Por consiguiente, lo que interesa desarrollar en esta memoria es aquello que en las percepciones, sentimientos y acciones de los participantes en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, aparece como pertinente y significativo. Desde

aquí que los esfuerzos investigativos se orientaran a descubrir las interpretaciones y significados que los pacientes construyen sobre la intervención.

Para ello, a continuación se presentaran: el tipo de muestreo, la descripción muestral, la estrategia de acceso a la muestra, las técnicas de recolección de datos, el método de análisis de los datos y las consideraciones éticas.

### **1. TIPO DE MUESTREO: ESTUDIO DE CASO.**

El estudio de caso es un método de investigación, cuya particularidad más característica es el estudio intensivo y profundo de un/os caso/s o una situación con cierta intensidad. El caso se entiende como un “sistema acotado”, ya que posee límites al convertirse en un objeto de estudio, pero está enmarcado en el contexto global, en el cual se produce (Muñoz y Muñoz, 2001).

En virtud de esta definición, es necesario precisar que el estudio de casos puede incluir tanto la investigación de un solo caso, como de múltiples casos (según sea una o varias las unidades de análisis) pero su propósito fundamental es comprender la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que los componen y las relaciones entre ellas para formar un todo (Muñoz y Muñoz, 2001).

De esa forma, en esta investigación el tipo de muestreo corresponde a un solo caso con distintas unidades de análisis. La elección de este tipo de muestreo radica en que es una estrategia metodológica útil en la generación de resultados, que permite abarcar las múltiples dimensiones que componen las visiones de los pacientes, indagando en profundidad cada una de las unidades que componen el estudio.

### **2. DESCRIPCIÓN MUESTRAL**

Los criterios de inclusión son: pacientes entre 45 y 75 años, con educación básica completa, pertenecientes a los programas de trastornos del ánimo del COSAM de La Granja, diagnosticados con Depresión mayor (unipolar) según los criterios del DSM-IV, con angustia compensada, juicio de realidad conservado y sin ideación suicida presente, y con tratamiento paralelo psicoterapéutico individual y/o farmacológico.

En la tabla 1 en la siguiente página se sistematizan los datos de los participantes en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

<b>Sujeto</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Nivel educativo</b>	<b>Psicoterapia individual</b>	<b>Farmacoterapia</b>
<b>E1</b>	Femenino	75	EBC	✓	✓
<b>E2</b>	Femenino	69	EMC	✓	
<b>E3</b>	Femenino	63	EBC	✓	✓
<b>E4</b>	Femenino	45	EMC	✓	✓

**Tabla 1: Descripción Muestral Participantes en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión**

### **3. ESTRATEGIA DE ACCESO A LA MUESTRA**

La estrategia de acceso a la muestra que se utiliza en esta investigación, consiste en solicitar a los psicólogos del programa de trastornos de ánimo del COSAM de La Granja, datos de pacientes que cumplan con los criterios de la muestra, sugiriendo a sus pacientes la participación en la psicoterapia grupal, tras lo cual se realiza un primer contacto telefónico con ellos, informándoles de las características de la terapia e invitándolos a una reunión de carácter informativo grupal.

Luego se cita a los pacientes interesados a una entrevista inicial, en la que se les aplica una encuesta (véase anexo 1) y se les indica los días, terapeutas y espacio en que se desarrollara la psicoterapia grupal.

### **4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Las técnicas de recolección de datos que se utilizan en la presente investigación son: la entrevista en profundidad con guión temático, la observación participante y la bitácora.

Taylor y Bogdan (1987, p.101) definen la entrevista en profundidad como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones tal como las expresan con sus propias palabras”. Con esta definición, dichos autores apuntan a que las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y

respuestas. Entonces la entrevista en profundidad se puede entender como un encuentro donde se produce un intercambio entre entrevistador y entrevistado enfocado a obtener la experiencia de éste último a través del relato que construye de ella.

Para fines de esta investigación, se realiza una entrevista clínica antes de comenzar el proceso psicoterapéutico grupal, en la cual se aplica una encuesta para diagnosticar el estado del cuadro depresivo de los pacientes, indagando sobre la sintomatología depresiva y las principales áreas afectadas por el trastorno afectivo (véase anexo 1). Una vez terminada la psicoterapia grupal se efectúa una entrevista en profundidad con una pauta semi-estructurada (ver anexo 2) que gira en torno a tres ejes principalmente: la experiencia psicoterapéutica grupal, los cambios psicoterapéuticos y la evaluación de los beneficios de la participación en la psicoterapia grupal. Dichas entrevistas son grabadas en formato mp3 y transcritas, por motivos de anonimato y confidencialidad no son publicadas en esta investigación.

La observación participante es una técnica de recogida de información que consiste en observar a la vez que se participa en las actividades del grupo que se está investigando, es decir, es una “descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado” (Marshall y Rossman, 1989, p.79, citado en Kawulich, 2005, p.2).

Permite a los investigadores verificar definiciones de los términos que los participantes usan en las entrevistas, observar eventos que los informantes no pueden o no quieren compartir, y observar situaciones que los informantes han descrito en entrevistas, y de ese modo adquirir una visión más completa sobre los fenómenos (Taylor y Bogdan, 1987). Por lo tanto, es una técnica que se complementa con las otras, especialmente la entrevista en profundidad.

En el caso de esta memoria, la autora participa como psicoterapeuta, guiando, coordinando y facilitando las actividades y temas que se abordan en la psicoterapia grupal. Lo anterior, le permite adquirir una visión más completa de la intervención y observar y analizar los procesos de cambio en los pacientes, así como tomar notas de campo sobre las sesiones, especialmente aquellos aspectos que no aparecen a simple vista, o que no son referidos por los pacientes en la entrevista o en las bitácoras. Además esta técnica permite contribuir al desarrollo y análisis de las entrevistas, debido a que facilitan la construcción de las pautas y verificar la información registrada en las notas de

campo. Es necesario señalar que las notas no son publicadas por motivo de confidencialidad.

La bitácora según Taylor y Bogdan (1987) podría definirse como una especie de relato solicitado o como un “método de la entrevista con diario” (Zimmerman y Wieder, 1977, citado en Taylor y Bogdan, 1987). Por un lado, el relato solicitado es un registro que el investigador insta a escribir al investigado, se trata de una especie de cuaderno en donde el sujeto detalla sus experiencias, según lo solicitado por el investigador (Taylor y Bogdan, 1987).

Por otro lado, el método de la entrevista con diario consiste en un registro corriente de los informantes, de sus actividades durante un período específico de tiempo (Taylor y Bogdan, 1987).

En el caso de esta investigación se utiliza una combinación del relato solicitado y el método de la entrevista con diario, ya que se invita a los pacientes que lleven un registro corriente de sus experiencias durante las sesiones de la psicoterapia grupal. Dicho registro proporciona una base para las entrevistas en profundidad y permite obtener una entrevista en el momento de la sesión, dando cuenta de los procesos que están ocurriendo durante el desarrollo de la psicoterapia, aspectos que se ven reflejados en los resultados.

Si bien, los participantes de la psicoterapia grupal comparten sus bitácoras con la investigadora, limitan su acceso público, utilizándose sólo los relatos en los resultados de esta memoria.

## **5. MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS**

El método que se utiliza en esta investigación es el desarrollado en el modelo de la Teoría Empíricamente Fundamentada, que posibilita el análisis a partir de fases sucesivas, dirigidas a generar categorías para luego establecer un modelo comprensivo general (Strauss y Corbin, 2002).

La Teoría Empíricamente Fundamentada busca descubrir teorías, conceptos, hipótesis, y proposiciones partiendo de los datos de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Strauss y Corbin (2002) señalan que se desarrolla durante la investigación e implica una continua interpretación que se da entre el análisis y la recogida de datos.

El tipo de análisis seleccionado para este estudio se descompone en dos niveles. El primero de ellos es el descriptivo, en donde se realiza un trabajo de codificación abierta,

en el cual los datos obtenidos se descomponen en partes discretas que se examinan minuciosamente (Strauss y Corbin, 2002), lo cual es requerido por las visiones subjetivas de los pacientes, debido a que éstas no aparecen a simple vista necesitando de un análisis más detallado.

Una vez realizado el procedimiento de fragmentación del texto, se procede a un segundo nivel de análisis denominado analítico-relacional. Este análisis consiste en establecer relaciones o conexiones entre los diferentes contenidos que arrojan los resultados descriptivos.

En definitiva, lo que se busca es la reconstrucción de la estructura y dinámica interna del texto, trabajo que consta de dos pasos que se suceden: la codificación axial, descrita como el proceso mediante el cual se relacionan las categorías a sus sub-categorías, y, la codificación selectiva, entendida como el proceso mediante el cual se integra y refina la teoría. Lo que se pretende con esto es obtener una estructura teórica que permita formar nuevas explicaciones sobre la naturaleza de los fenómenos (Strauss y Corbin, 2002).

Por lo tanto, los tipos de análisis mencionados son acordes a los objetivos de esta investigación, debido a que los discursos obtenidos, no constituyen una expresión directa de las visiones de los pacientes y corresponde al investigador su construcción, realizando un cuidadoso análisis, puesto que los universos semánticos producidos por los sujetos incluyen elementos cognitivos, simbólicos y afectivos que organizan, dan sentido y dirección al pensamiento de cada individuo particular.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo al Colegio de Psicólogos de Chile (2000), se consideran los siguientes principios éticos:

- Consentimiento informado: se dan a conocer los objetivos y la metodología de la investigación, explicitando el carácter voluntario de la misma y el acceso a los resultados (ver anexo 3).
- Integridad personal: se garantiza el carácter anónimo del estudio a cada participante, y se validan sus opiniones respetando su individualidad.

- Competencia: las entrevistas son creadas a partir de los objetivos del estudio, resguardando así la atingencia de la información.
- Responsabilidad social: con esta investigación se pretende aportar al conocimiento sobre la Depresión y su tratamiento, de forma de visualizar una alternativa complementaria de tratamiento.



## **CAPÍTULO 1: METATEORÍA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA**

El cuestionamiento a la versión realista y objetivista de la ciencia significa una modificación en la relación entre observador y observado, desvaneciéndose la idea de un conocimiento verdadero de lo real. Este giro epistemológico permite el surgimiento de nuevas perspectivas teóricas sobre los seres humanos y su relación con el entorno, las cuales complejizaron y transformaron las nociones de realidad, sujeto y conocimiento.

Una de estas perspectivas es el Constructivismo Cognitivo, del cual deriva una Metateoría Constructivista Cognitiva, que puede ser definida como un “sistema referencial de conocimiento que recoge los conceptos y progresos técnicos del Modelo Cognitivo, y los integra con los supuestos filosóficos y teóricos desarrollados por el Paradigma Constructivista” (Kühne, 2004, p.1; Yáñez, 2005, p.11; Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001, p.98).

A continuación se expondrán las principales bases conceptuales del Constructivismo que se integran en la Metateoría, haciendo hincapié en las nociones de realidad, sujeto, conocimiento y sí mismo, y que sientan las bases para desarrollar una propuesta de Psicopatología Constructivista Cognitiva.

### **1. BASES CONCEPTUALES DEL CONSTRUCTIVISMO**

“El Constructivismo se refiere a una familia de teorías interrelacionadas que buscan comprender la experiencia humana a través de los procesos de creación de significado de los sujetos” (Mahoney, p.28; G. Neimeyer y R. Neimeyer, 1996, p.13). Diversos autores se agrupan bajo esta variedad de perspectivas compartiendo un marco de referencia común, que les ha permitido desarrollar una diversidad de orientaciones y técnicas psicoterapéuticas (Feixas y Miró, 1993; Feixas y Villegas, 2000).

Este conjunto de teorías cuestionan la noción de realidad objetiva y plantean que “los sujetos no tienen acceso a la realidad externa más allá del lenguaje” (R. Neimeyer, 1998, p.32; G. Neimeyer y R. Neimeyer, 1996, p.14). Maturana (1987) señala que ya no es posible hablar de una sola y única realidad independiente del observador, sino que el sujeto es un participante constitutivo de lo que observa, y cada mundo que construye es igualmente válido y único respecto de otros. Por lo tanto, no existe la realidad objetiva

como tal, sino que existen una "multiplicidad de mundos o realidades posibles, tanto como observadores o sujetos hay en el mundo" (Guidano, 1994, p.16).

A partir de ello, el Constructivismo entiende la realidad como un mundo o universo personal que el sujeto construye y deconstruye activamente a través del lenguaje, conformándose una realidad particular para cada sujeto (Yáñez, 2005).

Sin embargo, esto no significa que la realidad externa sólo sea comprensible y consistente a través del propio sujeto, sino que los individuos deben lograr la coordinación adecuada de sus actos para así adaptarse a su ambiente físico y crear un mundo social (Maturana y Varela, 1998). El lenguaje es el mecanismo que posibilita a los individuos la coordinación, a partir de la cual "construyen teorías viables o ficciones útiles" (R. Neimeyer, 1998, p.32), que les permiten negociar y llegar a una realidad consensuada (Maturana, 2001).

Igualmente, el Constructivismo plantea que los seres humanos son organismos proactivos, participantes y planificadores, que se orientan activamente hacia una comprensión significativa del mundo en el que viven, y que están continuamente en proceso de desarrollo y cambio, es decir, en evolución en su propia experiencia del ciclo vital (Feixas y Villegas, 2000; Guidano, 1987, 1994; Mahoney, 2005; R. Neimeyer, 1998; G. Neimeyer y R. Neimeyer, 1996).

Los seres humanos buscan activamente interpretar la realidad, para darle un propósito y un significado a sus actos, y a los acontecimientos que le ocurren en el devenir experiencial (G. Neimeyer y R. Neimeyer, 1996). Guidano (1994) señala que esta búsqueda de significado del sujeto, está enfocada a la mantención de un sentido estable de sí mismo, que le permita vivir a lo largo de su vida con una coherencia interna. En ese sentido, Yáñez (2005, p.17) plantea al sujeto como "un sistema complejo adaptativo inestable, es decir, un sistema vivo que posee una estructura y organización compleja, cuyo equilibrio se encuentra en constante fluctuación, debido a que está sometido al constante interjuego entre los procesos de mantenimiento y cambio".

Mahoney (2005, p.29) expone que los "seres humanos son agentes participantes activos del proceso de experiencia", y que gran parte de la actividad humana está enfocada a generar procesos de ordenamiento de las experiencias que son principalmente emocionales, tácitos y categoriales.

Ello permite plantear que la experiencia de los sujetos está organizada de tal manera que existe un proceso de ordenamiento para cada sujeto en particular, del cual dependen

sus significados (Mahoney, 2005). Los sujetos organizan lo que les sucede para generar un orden interno, un mundo de significados propios que le dan consistencia a sus percepciones y a su experiencia, cuestión que Guidano (1987, 1994) llama Organización de Significado Personal.

El proceso de organización de la experiencia de cada sujeto es fundamentalmente autorreferencial, parte desde sí mismo en un cuerpo que se diferencia hasta llega a ser un individuo con una identidad coherente y diferenciada (Mahoney, 2005). Esto quiere decir que el orden con el cual el individuo construye la realidad no es un orden al azar, sino que resulta de la idiosincrasia del sujeto, de la forma en que ordena y organiza su experiencia. Eso conlleva a que toda la información que los individuos poseen del mundo necesariamente implica información sobre ellos mismos (Guidano, 1987).

No obstante, este proceso no ocurre aislado, la autoorganización y creación de significado de los sujetos se ve influida por las relaciones con los otros, por el lenguaje y los sistemas simbólicos (Mahoney, 2005). El sujeto está inmerso en un mundo intersubjetivo<sup>1</sup> que actúa como referente para la construcción de la realidad, es decir, los seres humanos nacen, crecen y evolucionan constantemente a partir de las interacciones que establecen con los otros y su medio. Esto es lo que permite el desarrollo de una forma particular de organizar y conocer el mundo.

A partir de lo expuesto, se deriva que la noción de conocimiento está íntimamente ligada al sujeto, ya que es él quien activamente lo construye (Feixas y Villegas, 2000). Para el Constructivismo el conocimiento es una construcción de la experiencia y un proceso evolutivo, no como un reflejo especular, sino como un proceso que permite la generación de nuevos marcos interpretativos, es decir, interpretaciones sucesivas más abarcadoras que se agrupan en sistemas de conocimiento humano.

Los conceptos anteriores llevan necesariamente a revisar la noción de sí mismo. Desde el Constructivismo el sí mismo es entendido como un proceso dinámico de construcción y reconstrucción de la realidad, que posee la capacidad de dar consistencia a la experiencia en curso de los seres humanos (Guidano, 1994).

---

<sup>1</sup> Duarte (2012, pp. 59-62) define intersubjetividad como “una condición interpersonal inherente al ser humano, ontológica del ser que se desarrolla a lo largo de toda la vida, y que consiste en la forma fundamental que el ser humano tiene para comunicarse y comprender al otro, ya que implica un proceso de regulación mutua en que cada participante genera efectos sobre el otro”.

Como se expuso anteriormente, los sujetos interactúan con el entorno generando regularidades que le permiten construir internamente una estructura y organización esquemática de conocimiento (Yáñez, 2005). Dicha organización está compuesta por estructuras superficiales y profundas de conocimiento (Guidano, 1994), refiriéndose las primeras a los procesos concretos que son de carácter operativo y explícito, y las segundas a los esquemas cognitivos subyacentes o tácitos de carácter abstracto que priman por sobre los procesos concretos.

Estas estructuras están íntimamente ligadas con los niveles de procesamiento simultáneos de la experiencia humana que plantea Guidano (1994). El primer nivel ocurre de manera automática y continua, y es lo que se llama el “continuo fluir de la experiencia inmediata”, refiriéndose a la vivencia inmediata del individuo y del mundo en el cual se encuentra en un determinado momento. Este aspecto de la experiencia es lo que la tradición norteamericana a través de Mead<sup>2</sup> (1968) denominó como “Yo”.

El segundo nivel ocurre simultáneamente y en paralelo con el primero, y corresponde a la explicación simbólica que el sujeto hace de la experiencia inmediata (Guidano, 1994). El sujeto construye una imagen consciente de sí mismo que es consistente con la experiencia inmediata, en términos de lo que Mead (1968) llama el “Mí”. Es decir, en este nivel el sujeto reconstruye momento a momento su experiencia inmediata para así mantener en el tiempo una imagen estable de sí mismo.

En ese sentido, el primer nivel de la experiencia inmediata tiene que ver con las estructuras profundas de conocimiento, ya que se produce un ordenamiento holístico, principalmente tácito y de carácter emocional, que incluye las intuiciones perceptivas de las configuraciones espacio temporales (Balbi, 1994). Y el segundo nivel de la explicación con las estructuras superficiales debido a que el ordenamiento ocurre en los procesos secuenciales, semánticos y analíticos (Guidano, 1994).

Estos dos niveles de procesamiento de la experiencia que plantea Guidano (1994) y su conexión con las estructuras de conocimiento, ponen en primer plano el tema de la

---

<sup>2</sup> Mead (1968) define al *Self* (Sí mismo) como la capacidad que desarrolla el sujeto de considerarse a sí mismo como objeto. Esta capacidad reflexiva es posibilitada por los procesos sociales que implica la actividad humana y la comunicación. Ocurre en dos fases o procesos que el autor denomina el “Yo” y el “Mí”. El primero se refiere a la respuesta inmediata de un individuo a otro y el segundo al conjunto organizado de actitudes de los demás que el individuo asume.

identidad personal y la discusión sobre la temporalidad y la permanencia de la experiencia del sujeto, es decir, cómo el individuo construye un sentido de sí mismo que permanece en el tiempo, y cómo se reconoce él mismo en diferentes momentos o situaciones, o en la autoría de sus acciones.

Para Guidano (1994) la identidad personal es un proceso dinámico y continuo, una construcción que le presenta al sujeto la tarea de la individualización y diferenciación respecto a su medio, para así forjar una manera de ver el mundo y de sentirse en él. Es decir, es un proceso complejo de carácter subjetivo construido en la interacción con los otros, que involucra la valorización de la propia individualidad y el reconocimiento por parte de los otros de la propia existencia (Vergara, 2011).

La construcción de la identidad personal comienza con el nacimiento, y continúa durante el resto de la vida de las personas, llegando a constituirse en una estructura básica de referencia que le posibilita al sujeto evaluarse a sí mismo y al mundo (Guidano, 1987).

Así entonces, se puede plantear a la identidad personal como un “proceso de mantención y reconstrucción permanente” (Vergara, 2011, p.63), ya que le permite al sujeto construir una noción de sí mismo mediante la cual se reconoce en los diferentes momentos o situaciones, en la autoría de sus actos, y en el enfrentamiento e integración de las experiencias nuevas que se van produciendo en la interacción con el medio (Vergara, 2011).

En ese sentido, Ricoeur (1996, 1999) habla de una identidad narrativa, de un proceso que se construye mediante un relato, que da cuenta de la “dimensión temporal de la existencia humana” (Ricoeur, 1996, p.107). Gracias a los aportes y desarrollos del giro lingüístico, el filósofo francés concibe al sujeto como un lector y escritor de su propia vida, y plantea que en la narración que el sujeto efectúa sobre sí mismo, se encuentra la posibilidad de reconocer su historia de vida (Ricoeur, 1999).

Lo anterior, permite entender la identidad narrativa como una aprehensión de la vida en forma de relato, es decir, como un proceso que otorga un sentido de la posición o lugar que ocupa un individuo en el mundo (Duarte, 2012). De esa forma, la identidad personal adquiere un sustrato narrativo, al surgir de los relatos o narraciones de los otros y por el propio relato del sujeto acerca de sí mismo.

Duarte (2012) señala que para Ricoeur, la identidad narrativa es aquella que el sujeto alcanza mediante la función de interpretarse a sí mismo, a partir de sus relatos. Con ello,

dicha autora manifiesta que la identidad narrativa “puede articularse no sólo en la dimensión temporal de la existencia humana, sino que mediante la implementación de la teoría narrativa, en la aportación de la constitución del sí” (Duarte, 2012, p.37).

Asimismo, para Ricoeur (1996) la identidad narrativa es dinámica y su principal función es la mediación entre dos dimensiones distintas de la misma que están relacionadas dialécticamente: la mismidad y la ipseidad. La primera se refiere al carácter esencialista o sustancial de la identidad, representando “la permanencia y resistencia del sujeto ante cualquier factor de desemejanza” (Nájera, 2006, p.74). La segunda considera la mutabilidad, la dinámica y la extrañeza de los acontecimientos que el sujeto incorpora a partir del relato, como siendo suyos, como perteneciendo a la historia de su vida, es decir, “la conciencia inmediata del acontecer propio ligado a las contingencias” (Arciero, 2002, p.58). Y además, “reivindica el potencial constitutivo que tiene la alteridad” (Nájera, 2006, p.74).

La identidad como mismidad es lo que va afirmando a lo largo de los años el sentido de los sujetos, lo que les permite aseverar que son la misma persona desde que nacieron. Por otra parte, la identidad como ipseidad, es la que facilita decir que se es “uno mismo”, es decir, tener conciencia acerca de sí mismo y afirmarse como tal. Ricoeur (1996), señala que la ipseidad es la dimensión de la identidad que se sostiene por el “mantener la palabra”, permite al sujeto decir que es el mismo que dice ser en cada momento, y reconocer el relato de sí mismo como suyo.

De igual forma, dicho autor manifiesta que existe una relación dialéctica entre ipseidad y alteridad, de tal manera “que la una no puede pensarse sin la otra” (Ricoeur, 1996, p.14). En la constitución de la identidad narrativa, es decir, en la aprehensión de la experiencia del sujeto en forma de relato, el otro tiene un rol fundamental, ya que el mantenimiento del sí mismo implica tanto un reconocimiento del sujeto por el otro, como un compromiso de este mismo sujeto con el otro.

Ricoeur (1996) señala que el otro es aquel que posibilita la salida del sujeto de la mismidad, de su cierre en sí mismo, y le permite adquirir un conocimiento más completo acerca de su propio ser y verse de otro modo, desde fuera. Igualmente, el filósofo francés indica que la alteridad juega un rol fundamental en el “mantener la palabra” que implica la ipseidad, ya que sin el otro, el sujeto no tendría ninguna garantía o compromiso con su permanencia en el tiempo (Ricoeur, 1996). Así entonces, la seguridad de ser uno mismo,

de reconocerse, implica la garantía dada al otro, en que el otro se posiciona como el guardián de uno mismo.

Los conceptos que desarrolla Ricoeur (1996, 1999) llevan a plantear a “la identidad personal como un proceso que está en constante actividad, en el cual entran en pugna tanto procesos de mantención como procesos de cambio de la misma, ligados los primeros con la mismidad y los segundos con la ipseidad” (Vergara, 2011, p.65).

Los procesos de mantenimiento son propios de la mismidad debido a que a través de este “sistema de conocimiento centralizado” (Yáñez, 2005, p.242), el sujeto ajusta la experiencia entrante a los esquemas de conocimiento preexistentes, y obtiene la certeza de ser quien es. Por lo tanto, la mismidad es un aporte para el sentido de continuidad y unicidad de la identidad del sujeto, concediéndole un sentido coherente y estable de sí (Guerra, 2010).

La ipseidad, según Yáñez (2005), está asociada a los procesos de cambio, debido a que los contenidos que provee llevan al sujeto a utilizar dispositivos de defensa para disuadir la amenaza, que implica ser consciente de contenidos experienciales no simbolizados, cuestión que obligan al sí mismo al cambio y a la reorganización.

De esa manera, el sujeto está constantemente sometido a una lucha entre dos procesos que se relacionan dialécticamente. Por ello, la solución debe ser constante y apuntar a la obtención de mayores grados de complejidad y generatividad, que le permitan al sujeto mantener su coherencia interna y no desintegrarse (Vergara, 2011; Yáñez, 2005).

En consecuencia, las dinámicas de mismidad e ipseidad están implicadas en el cambio y reorganización del sí mismo, y sientan las bases para desarrollar una propuesta de Psicopatología Constructivista Cognitiva que se revisara a continuación.

## **2. PSICOPATOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA**

Actualmente se asiste a una crisis de paradigma en lo que respecta a la definición del objeto de estudio de la psicopatología. Esto, debido a que su valor ha sido puesto en duda por diversos modelos teóricos como la antipsiquiatría y las teorías conductuales, que han cuestionado el modelo de enfermedad, y así como por la psiquiatría objetivante, la cual ha terminado reduciendo los fenómenos a nosologías descriptivas de sintomatología al estilo de los manuales DSM o CIE (Blankenburg, 1983).

Las concepciones psicopatológicas tradicionales muestran una estrecha relación con la determinación de los criterios de “normalidad” y “anormalidad”. La definición de qué es normal y qué no lo es, ha generado múltiples controversias que hasta el día de hoy continúan.

Comúnmente, la normalidad ha sido definida desde una perspectiva estadística según la cual, aquello que se escapa a la norma o promedio es lo que puede y debe ser considerado psicopatológico (Blankenburg, 1983; Dörr, 2000). Sin embargo, una diversidad de autores como Dörr, Jaspers, Tellenbach, Foucault, Blankenburg, Guidano, entre muchos otros, han cuestionado esta visión de la normalidad planteando distintas perspectivas acerca del fenómeno.

El Constructivismo Cognitivo no ha quedado ajeno a esta discusión y ha realizado una propuesta teórica de tipo explicativa orientada a los procesos de significado que los sujetos atribuyen a sus experiencias. Guidano (1994), habla de una psicopatología del desarrollo, una mirada al sí mismo como un proceso dinámico de construcción y reconstrucción de la experiencia.

Así entonces, la perspectiva Constructivista Cognitiva concibe la normalidad y anormalidad como “dimensiones de procesamientos dinámicas y modificables de la coherencia sistémica de una organización de significado/conocimiento personal de un sujeto, que parecen potencialmente reversibles y con límites casi siempre indefinidos” (Guidano, 1994, p.90). Esto quiere decir, que lo que se considera “normal” o “anormal” va a depender de la manera particular en que cada sujeto logre un mayor grado de estructuración y complejidad de su organización de conocimiento a lo largo de su vida, por lo que se prefiere hablar de disfuncionalidad, en vez de “anormalidad”.

Por lo tanto, las categorías de “normal”, “neurótico” o “psicótico”, están sujetas a la organización personal de conocimiento de cada sujeto, a la modalidad específica de procesamiento de los contenidos que es particular e idiosincrática para cada persona. Al nombrar normalidad, neurosis o psicosis se está hablando de distintas formas que puede “asumir una organización en función de las aptitudes de procesamiento e integración del individuo” (Guidano, 1994, p.91), cuestión que se puede observar en la flexibilidad, elasticidad y generatividad del sistema de conocimiento.

En base a ello, la psicopatología desde el Constructivismo Cognitivo puede entenderse como la “interrupción de la dinámica autorreferente de construcción de los sistemas de conocimiento y de la subjetividad” (Yáñez, 2005, p.184). Esta interrupción se observa



como una “discrepancia entre la experiencia inmediata y la imagen consciente que posee de sí mismo el sujeto” (Guidano y Quiñones, 2001, p.30), debido a que existen ciertos contenidos de la experiencia inmediata que no pueden ser integrados a los esquemas de conocimiento, no pueden ser simbolizados, por lo tanto se forman explicaciones parciales y discrepantes de las experiencias, originándose de esa manera síntomas que imposibilitan al sujeto elaborar elementos nuevos que se integren.

La interrupción según Yáñez (2005) se puede generar principalmente por dos motivos: en primer lugar, un evento medioambiental desbordante que presiona y altera el sistema, de tal manera, no es capaz de incorporar los contenidos experienciales a causa de que no cuenta con los dispositivos de significación que le permitan explicarlos. Greenberg, Rice y Elliot (1996, p.107) plantean aquello como una “falla en el proceso de simbolización constructiva”, en el sentido de que la información de la experiencia inmediata, que es de carácter emocional, no se utiliza en absoluto o se utiliza y simboliza de un modo restrictivo o distorsionado.

Si bien esto sucede a nivel de estructuras profundas, igualmente se expresa a nivel superficial y en la operatividad del sistema, ya que produce perturbaciones emocionales que escapan al control del sujeto, y facilita la inclinación a la utilización de mecanismos de defensa (Yáñez, 2005).

En segundo lugar, la dinámica interna del sistema responde ante las presiones medioambientales de forma conservadora, en una especie de especialización de las respuestas frente al medio, tornándose el funcionamiento del sujeto cada vez más evitativo y rígido (Yáñez, 2005). Esto se da como resultado de escenas prototípicas tempranas de carácter traumático, las que ancladas a la ontología del sujeto, atentan contra los mecanismos de cambio (Guidano, 1994).

Del mismo modo, Greenberg et al., (1996) entienden lo anterior como la activación de esquemas disfuncionales desarrollados a partir de una experiencia vivida que pueden producir respuestas inadaptadas. Los sujetos pueden responder desadaptativamente a los estímulos del medio con altos montos de miedo, rabia, angustia, ansiedad, etc. Dichas respuestas desadaptadas se generan mediante esquemas en los que las emociones evocadas originalmente eran adaptativas como respuestas, no obstante, en otras situaciones los sujetos evocaron la misma emoción, pero eso generó una respuesta inadecuada, produciéndose lo que Yáñez (2005) llama “especialización del sistema”, en el sentido de que el sujeto organiza repetidamente la información evocando las mismas

emociones de manera distorsionada y desadaptativa, transformándose en esquemas emocionales disfuncionales e inapropiados.

Así entonces, la psicopatología Constructivista Cognitiva se constituye a partir de las alteraciones en la dinámica interna del sistema de conocimiento, y de las presiones desbordantes del medio que el sujeto no puede incorporar. Para Yáñez (2005), aquello se expresa, a nivel operativo y superficial, en síntomas observables en el desplazamiento entre los polos de las dimensiones operativas<sup>3</sup>. Estas alternativas de desplazamiento dan cuenta de la operatividad de la dinámica de la mismidad ante las perturbaciones del medio. Por lo tanto, la disfuncionalidad de una estrategia estará dada por el aporte de dicha estrategia a la mantención o no de la coherencia sistémica (Yáñez, 2005).

Así entonces, la posibilidad de desarrollar una estrategia psicopatológica está íntimamente relacionada con la forma en cómo el individuo organiza su experiencia y en cómo resuelve la amenaza de los contenidos no simbolizados o distorsionados que desestabilizan su equilibrio. Esto permite concebir al cambio como una condición permanente para la organización de los sistemas de conocimiento de los sujetos, ya que es lo que posibilita al sistema recuperar su equilibrio (Yáñez, 2005).

Lo anterior, implica que el sujeto está constantemente sometido a una lucha, a una pugna entre procesos de mantenimiento y procesos de cambio (Vergara, 2011; Yáñez, 2005). Dentro de esta lucha, es el sí mismo quien debe mantener la coherencia interna del sujeto, y para ello debe construir y deconstruir la estructura y los procesos de conocimiento, a partir de lo que para el sujeto sería desbordante o bien disfuncional, todo enfocado a mantener o recuperar el equilibrio (Guidano, 1994).

En ese sentido, el Constructivismo Cognitivo concibe al cambio como una parte esencial de la dinámica vital de los sujetos que siempre se produce en los sistemas de significados de la experiencia del sujeto. "Es el cambio el que permite recuperar el equilibrio del sistema, ya sea en un gesto autónomo del sujeto, o bien, mediante un proceso de psicoterapia" (Yáñez, 2005, p.84).

---

<sup>3</sup> Yáñez (2005, p.186) define a las dimensiones operativas como "alternativas preferentes de desplazamiento entre dos extremos polares de funcionamiento, que permiten la resolución de las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia sistémica". Dicho autor define cinco polaridades, cuya operación global se expresa en la generatividad y complejidad: concreción-abstracción, flexibilidad- rigidez, inclusión- exclusión, proactividad- reactividad, y exposición-evitación. Para un mayor detalle de estas polaridades ver anexo 4.

## CAPÍTULO 2: LA DEPRESIÓN

La Depresión es un cuadro psicopatológico que forma parte de los llamados Trastornos del Ánimo, entendidos éstos como “alteraciones patológicas del estado anímico de duración prolongada, que afectan en forma negativa y clínicamente significativa, a la mayoría de las áreas de funcionamiento de los sujetos que los padecen” (Heerlein, 2000, p.345).

Se caracteriza por una disminución progresiva del estado de ánimo que termina en tristeza, acompañada por síntomas y signos de tipo vegetativo, que se expresan en variaciones en los ritmos vitales como el sueño, el apetito, la energía sexual, entre otros. También, se presentan alteraciones en los procesos psicológicos a nivel emocional, cognitivo y conductual que se observan en diferentes aspectos como enlentecimiento, cansancio, fatiga, falta de atención, dificultad para la concentración, etc. Los ejes de esta alteración, según Biedermann (1986) y Hurtado y Rojas (1996), son el ánimo depresivo, la inhibición psíquica y la inhibición motora.

El MINSAL (2006, 2009) señala que el tiempo habitual de manifestación de los síntomas y signos es a lo menos dos semanas, prolongándose habitualmente en el curso de la vida de los sujetos. Con frecuencia, este cuadro tiende a hacer varias apariciones, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos (Hurtado y Rojas, 1996). En su evolución influyen variados factores como son: la edad de aparición del cuadro, el sexo, la gravedad del trastorno, las características de inicio del cuadro, la etapa de la vida de los sujetos, etc.

La Depresión puede ser definida y clasificada mediante distintos enfoques teórico-clínicos, en el caso de la presente investigación se utilizara como base los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastorno depresivo mayor y los desarrollos del enfoque procesal sistémico de V. Guidano y los aportes realizados por el grupo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile sobre la psicopatología y la organización de significado personal depresiva.

Antes de pasar a la revisión de dichos planteamientos, se hace necesario examinar la situación de este trastorno en el país y el abordaje que se efectúa desde el sistema de salud nacional, cuestión que se expondrá a continuación.

## **1. LA DEPRESIÓN Y SU SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE**

En las últimas décadas la Depresión se ha convertido en un grave problema de salud mental a nivel mundial, y su prevalencia ha aumentado considerablemente. El Estudio Global de Carga de Enfermedad, realizado el año 2004 por la OMS, mostró una prevalencia mundial de Depresión de 151,2 millones de personas, encontrándose las mayores cifras en el Sudeste Asiático y en el Pacífico Occidental. Asimismo, este estudio reveló que la Depresión ocupa el tercer lugar a nivel mundial en la carga de enfermedad, y que ha tendido a presentarse en mayor número y frecuencia entre la población femenina (MINSAL, 2009).

En Chile, según investigaciones realizadas por el MINSAL (2009), los trastornos depresivos afectan aproximadamente a un 7,5% de la población en general, y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención. En específico, la Depresión severa afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años, y se encuentra entre las cinco patologías más comunes de salud mental (Vicente, 2004, citado en Gutiérrez y Varela, 2009). Asimismo, es dos veces más frecuente entre las mujeres, y se presenta con una mayor reiteración en el grupo de edad de entre 20 y 45 años (MINSAL, 2009).

El MINSAL (2009) señala que las diferencias entre hombres y mujeres encuentran sus explicaciones en el género, factores como el nivel educacional, la combinación mujer y pobreza, una escasa red social de apoyo, el número de hijos menores de 15 años y las condiciones laborales se relacionan con la posibilidad de padecer Depresión en la mujer chilena.

En relación a la carga que representa este trastorno para la sociedad, el Estudio Chileno sobre Carga de Enfermedad realizado por el MINSAL el año 2007, plantea que la Depresión ocupa el segundo lugar entre las primeras quince causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en mujeres (MINSAL, 2009), y que el grupo de 20-44 años es el que concentra mayor cantidad de AVISA con un 39,5% del total.

Con todo esto, la situación de la Depresión en el país requiere de una mayor atención y estudio, ya que cuando este trastorno no es tratado adecuadamente y de manera oportuna, se torna recurrente y tiende a cronificarse, lo que implica un mayor despliegue de herramientas, técnicas y tiempo, traducándose en un mayor costo para el sistema de salud.

## **2. LA DEPRESIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO CHILENO**

Considerando el creciente y significativo impacto de la Depresión en la población chilena, el MINSAL en los últimos diez años ha desarrollado numerosas iniciativas tendientes a enfrentar y tratar este cuadro psicopatológico. Es así, que el año 2001, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría puso oficialmente en marcha, a nivel primario, el Programa de Detección y Tratamiento Integral de la Depresión (PDTID), en las diversas comunas del país, con el objetivo de generar una respuesta estructurada y articulada para abordar y tratar la Depresión. En el año 2003, lo extiende a los centros de salud de atención secundaria y terciaria del país.

En una primera instancia, el programa estaba dirigido a personas mayores de 15 años que consultaran en el nivel Primario. A partir del año 2006, se dirige a hombres y mujeres mayores de 15 años que consulten, tanto en el nivel público como privado de salud.

Para llevar a cabo su propósito, el programa estableció normativas técnicas que regularían las intervenciones en los distintos niveles de atención de salud. La primera normativa técnica que se señala es la Guía Metodológica de “Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención” del año 1998. Si bien ésta es anterior a la creación del PDTID, el MINSAL la establece como normativa a seguir en los centros de salud públicos. En ella, se establecían protocolos de atención diferenciados para el nivel primario y secundario.

Posteriormente con la incorporación de la Depresión al sistema de garantías del plan AUGE, más conocidas como Garantías Explícitas de Salud (GES), se finalizan las guías metodológicas y se da paso a la elaboración de un protocolo clínico para el abordaje y tratamiento del cuadro: la “Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con Depresión”, cuyo propósito es entregar herramientas para la intervención de los equipos de salud en los distintos niveles de atención.

La Guía Clínica de Tratamiento de Personas con Depresión establece los criterios para las intervenciones, tanto en el diagnóstico como tratamiento del cuadro psicopatológico. Se rige por las clasificaciones del CIE-10 e insta tratamientos diferenciados para los distintos grados de Depresión. El fin último que se pretende con este protocolo, es contribuir a que las personas afectadas por Depresión reciban una atención de salud de la mejor calidad posible y en una modalidad costo–efectiva (MINSAL, 2006, 2009).

Actualmente hay dos versiones de esta guía. La primera corresponde al año 2006, y se proponen tratamientos diferenciados, tanto individuales como grupales y farmacológicos, para la Depresión leve, moderada y grave.

La segunda edición es del año 2009 y es la que rige actualmente. En ella se disponen las recomendaciones para el tratamiento individual, grupal y farmacológico tanto de la Depresión leve, moderada y grave, así como de la presencia de dicho cuadro psicopatológico en ciertos grupos específicos, como son las mujeres durante el embarazo o postparto, los adolescentes o adultos mayores entre otros. Asimismo, incluye el enfoque de género (MINSAL, 2009).

En general, el PDTID se centra en la reducción o eliminación de los síntomas del trastorno, y en la estimulación de los recursos personales y sociales de autoayuda de los sujetos (MINSAL, 2001, 2006, 2009). Sus objetivos están puestos en la detección precoz y activa de personas en grupos de riesgo para desarrollar el cuadro, en la disminución de las complicaciones, en la prevención de su cronicidad mediante el tratamiento oportuno, continuo, eficiente y en el favorecimiento del uso racional de recursos mediante las recomendaciones de las intervenciones más costo efectivas para el tratamiento de personas de 15 años y más (MINSAL, 2009).

Aún cuando el MINSAL ha demostrado una gran preocupación por la Depresión y ha propuesto un programa integral con protocolos de atención para el ámbito público y privado, se considera que ha prescindido de aspectos relevantes en el tratamiento de dicho cuadro psicopatológico. Esto se debe, a dos factores que están consecuentemente relacionados: el primero tiene que ver con la perspectiva con que aborda la Depresión, que corresponde al modelo médico, es decir, plantea dicho cuadro clínico como un síndrome o un conjunto de síntomas que se presentan en un determinado momento, y que son susceptibles de ser erradicados mediante un determinado tratamiento que a su vez, y esto relacionado con el segundo factor, son tratamientos basados en la resolución de síntomas, a corto plazo, que no toman en cuenta la historia de vida del sujeto, el tipo de vínculos que establece, el funcionamiento en las distintas áreas, entre otros aspectos, cuestión que resulta importante a la hora de entender y tratar los estados depresivos.

### **3. LA DEPRESIÓN: DIAGNOSTICO Y CUADRO CLÍNICO DESDE EL DSM-IV**

La clasificación de la Depresión no es un tema resuelto, si bien existe cierto consenso en torno a los síntomas, signos y características distintivas de este trastorno del ánimo, las escuelas de psicología realizan distinciones en cuanto a su etiología, gravedad, curso, entre otros aspectos.

A nivel general, las escuelas europeas agrupan la Depresión tradicionalmente en tres tipos: Depresión endógena (melancolía), Depresión reactiva (psicosociales por causas ambientales), y Depresión neurótica (por trastornos de la personalidad). Por su parte, las escuelas estadounidenses y latinoamericanas generalmente se rigen por el sistema de clasificación de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), más conocido como Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

El DSM en su cuarta versión, entrega información acerca de la prevalencia, epidemiología, sintomatología, curso y pronóstico de los trastornos mentales. A partir de la noción de trastorno mental como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que produce un malestar o discapacidad, realiza una nosografía descriptiva de los trastornos del ánimo basada en una variedad de síntomas de distinta magnitud (Yáñez, 2005).

De esa forma, los trastornos del ánimo según este manual se clasifican en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, trastorno bipolar I, II y no especificado, trastorno ciclotímico, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno de adaptación y trastorno mixto ansioso-depresivo (APA, 1994).

Para fines de esta investigación sólo se describirán los criterios que establece el DSM-IV para trastorno depresivo mayor o Depresión mayor. Dicho cuadro se caracteriza por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores, sin una historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. La particularidad esencial de este trastorno es el período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Para su diagnóstico es necesario descartar la presencia de un trastorno del ánimo debido a enfermedad médica o inducido por el efecto de alguna sustancia química. Asimismo, el episodio depresivo mayor no se debe explicar mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, y no debe estar

superpuesto a una esquizofrenia u otro trastorno psicótico (para mayor detalle acerca de los criterios diagnósticos véase APA, 1994).

Ahora si bien, el DSM- IV da cuenta de un conjunto de signos y síntomas que facilitan la especificación y el diagnóstico del cuadro depresivo, se considera que para un completo abordaje terapéutico de la Depresión se hace necesario una clara descripción de los patrones de funcionamientos, de las dinámicas afectivas-cognitivas que le dan un sentido de coherencia al individuo y que permiten mantener la continuidad del sí mismo a pesar de la sintomatología asociada (Guidano, 1987, 1994). Es así que el enfoque procesal sistémico de V. Guidano surge como un camino opuesto al típico pensamiento racionalista que sustenta el DSM. Dicho autor realizó un acucioso trabajo respecto a la Depresión, reformulando las nociones de normalidad y psicopatología, y estableciendo relaciones entre los trastornos del ánimo y el concepto de organización de significado personal de la Depresión que plantea, aspectos que se describirán en los siguientes apartados.

#### ***4. ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL DEPRESIVA: “UNA TEORÍA PARA LA COMPRENSIÓN DE LA DEPRESIÓN”***

El enfoque procesal sistémico de V. Guidano es un “modelo comprensivo que intenta explicar cómo a partir del interjuego unitario entre los procesos de vinculación y los procesos de identidad, puede resultar un patrón disfuncional específico” (Guidano, 1987, p.83).

Dicho autor (Guidano, 1987, 1994, 2001) en una crítica a los modelos nosográficos tradicionales, a los que considera recopilaciones meramente ateóricas, propone una metodología evolutiva orientada hacia la comprensión y explicación de los procesos de significados, re-conceptualizando la psicología como una “ciencia explicativa del significado personal” (Guidano, 1994, p.84).

Para ello, crea y desarrolla el concepto de “Organización de Significado Personal” (OSP), a la cual define como “el ensamble específico de los procesos ideoafectivos que le permiten a cada individuo mantener su sentido de unicidad personal y de continuidad histórica, no obstante las numerosas transformaciones que experimenta en el ciclo de vida” (Guidano, 1987, p.76). Es decir, cuando dicho autor habla de OSP, hace referencia a la organización de procesos de conocimiento y ordenamiento de la experiencia personal



del sujeto, mediante la cual busca dar coherencia y continuidad a su vida (Guidano, 1994).

Guidano (1987, 1994) plantea la OSP para comprender el significado funcional de los síntomas, y representar las posibles modalidades a través de las cuales el sujeto organiza su experiencia, y construye una percepción estable y definida de sí mismo y del mundo (Oneto y Molledo, 2002). En ese sentido, el psiquiatra italiano indica que como el sujeto está constantemente en la búsqueda y creación de significados, es posible, dentro de la dimensión intersubjetiva que implica la experiencia humana, identificar cuatro organizaciones de significado a las cuales denomina: depresiva, fóbica, obsesiva y dápica (Guidano, 1987, 1994). Estas cuatro OSP estarían a la base de la manifestación de cuadros clínicos conocidos, de allí su nombre.

La formación de cada una de ellas se comprende a partir de su relación con los patrones vinculares familiares específicos de apego, por lo cual es probable que se mezclen entre sí. Guidano (1987, p.93) señala “que es poco probable encontrar una organización pura, porque una vía de desarrollo específica de una OSP, puede combinarse con otras vías de desarrollo de otras organizaciones de significado”.

Las OSP no representan “entidades en sí mismas” (Guidano, 1987, p.92), sino que son organizaciones de significación y conocimiento de las experiencias propias y específicas de cada sujeto, por lo que también estarían presentes en individuos sin psicopatología. Guidano (1994) expone que cualquiera de las cuatro organizaciones bajo determinadas circunstancias, pueden dar pie a la emergencia de algún cuadro psicopatológico, pero en ningún caso deben considerarse como sinónimos de psicopatología.

La OSP que compete a la presente memoria es la depresiva, la que se pasará a explicar a continuación. En primer lugar, se realizara una breve reseña de los procesos del desarrollo y organizacionales que subyacen a la coherencia sistémica de la OSP depresiva. En segundo lugar, se mostrará cómo esta misma coherencia sistémica puede producir, cuando está desequilibrada, aquellos patrones de perturbación emocional, más conocidos como trastornos del ánimo.

#### **4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL DEPRESIVA.**

La característica más distintiva de los sujetos con tendencia depresiva reside en la “constante tendencia a responder ante los eventos vitales en forma de desamparo y tristeza, como resultado de una construcción activa de los sucesos en términos de pérdida y desilusiones” (Guidano, 1987, p.99). Tal construcción estaría basada en las relaciones de reciprocidad temprana que caracterizan a esta OSP (Guidano, 1987; Guidano y Liotti, 2006).

La pérdida y desilusión en los sujetos depresivos está relacionado con las relaciones vinculares primarias con los padres o las figuras de apego, que pueden ser “de diferentes clases y pueden darse en un individuo en forma separada o en combinación con otras” (Guidano, 1987, p.99).

Guidano (1987) describe tres formas de vinculación con los padres que permiten la formación del sentido en el depresivo: la primera tiene que ver con la pérdida real o simbólica de uno de los padres. En el primer caso se hace referencia a la muerte y al duelo por una figura significativa en la infancia, en cambio, en el segundo caso pueden incluirse períodos de separación de uno o ambos padres durante la infancia o adolescencia, estructurados en forma de pérdida afectiva.

La segunda forma de vinculación tiene que ver con “la experiencia de no haber logrado nunca, a través de las etapas de maduración, un vínculo emocional seguro y estable, a pesar de los continuos esfuerzos en esa dirección” (Bowlby, 1980 en Guidano, 1987, p.100). En este tipo de vínculo, los padres han sido deficientes en lo emocional y exigentes en lo formal, es decir, son padres distantes, no efusivos que dan importancia al éxito, al prestigio logrado a través del continuo esfuerzo y la lucha, sin brindar el apoyo necesario a sus hijos (Vergara, 2011, comunicación personal)

El tercer tipo de patrón de vinculación es cuando los padres son distantes pero a su vez exigentes en el plano emocional (Vergara, 2011, comunicación personal). Esta situación es característica del cambio en la relación padre e hijo o “inversión de roles”, en la que el hijo es responsable por el cuidado de uno de los padres (Bowlby, 1980, en Guidano, 1987). Esto fuerza al sujeto a mantener una constante atención sobre la figura vincular, en respuesta a los requerimientos de cuidado, debido a ello se estructura un sentido de pérdida y soledad personal ligado con un sentido de ser poco querible y poco valioso (Guidano, 1994).

En relación al sentido del depresivo, es importante señalar que Guidano (2001) especifica que para que la pérdida y soledad sean constitutivas del sentido del sujeto depresivo, éste debe responsabilizarse de ellas, es decir, el sujeto debe atribuirse a sí mismo la responsabilidad del rechazo o no disponibilidad de la figura vincular.

De esa forma, el vínculo familiar en la OSP depresiva es de indiferencia o rechazo. El individuo ha experimentado la pérdida física o simbólica de uno de sus padres o bien la indiferencia o el rechazo de ellos, lo que se constituye en una pérdida emocional que el sujeto la vive como una amenaza a su coherencia sistémica, amenaza que la Metateoría Constructivista Cognitiva llama "primaria".

La amenaza primaria es uno de los aportes a la teoría de V. Guidano, desde el Constructivismo Cognitivo. Se refiere a una experiencia que surge en el contexto de los primeros años de desarrollo del sujeto, sobre la base de los conflictos generados en la relación vincular con las figuras de apego (Vergara, 2011, comunicación personal). Esta experiencia básica, que ocurre a nivel tácito, junto con las relaciones vinculares tempranas, llevan al sujeto a tener un sentido de sí mismo como un individuo indeseable, no querible.

Guidano (1987, 1994, 2001) señala que el sentido de sí mismo de ser indeseable, no querible, más la experiencia de sentirse solo en el mundo, lleva al sujeto a una atribución interna, es decir, el sujeto se atribuye a sí mismo las cosas que le suceden, surgiendo el sentido inmediato de que él es el responsable de lo que ocurre. Esto necesariamente lleva a la construcción de una imagen negativa de sí mismo y del mundo.

En términos de imagen, los individuos con OSP depresiva poseen una visión de sí mismos compleja, en la cual se integran aspectos positivos y negativos (Guidano, 1987; Guidano y Quiñones, 2001). Los sujetos depresivos perciben aspectos propios como negativos sobre los cuales basan las atribuciones internas que sustentan y explican la ocurrencia de eventos perjudiciales en su contexto interpersonal, pero también perciben aspectos propios como positivos, referente a sus capacidades cognitivas y a sus habilidades para desenvolverse solos por su propia cuenta (Guidano, 1987). Tienden a sentirse como seres no queribles, pero al mismo tiempo diferentes o especiales (Guidano y Quiñones, 2001).

De esa forma, el individuo con OSP depresiva es un sujeto que lucha constantemente por un mundo que le es adverso, es un sujeto hipersensible ante el fracaso, atribuyendo el

éxito al azar y el fracaso a su desempeño, necesitando valerse por sí mismo (Vergara, 2011, comunicación personal).

Asimismo, debido a que durante el proceso de desarrollo del sí mismo se presentan una serie de nuevos conflictos, surge en el desarrollo evolutivo una nueva amenaza al equilibrio sistémico, llamada por el Constructivismo Cognitivo “amenaza secundaria”. Dicha amenaza se manifiesta de manera explícita y superficial en el período de la adolescencia (Vergara, 2011, comunicación personal).

En el caso de la OSP depresiva, la amenaza secundaria está representada por la experiencia de abandono/rechazo, y se relaciona con el sentido de sí mismo de ser poco querible e indeseable. Ante la posibilidad de abandono que necesariamente lleva a una pérdida emocional, el sujeto reacciona movilizándose ya sea hacia la minusvalía (pasividad) asociada a la pena o hacia la autoconfianza compulsiva (actividad) asociada a la rabia (Vergara, 2011, comunicación personal).

Guidano (2001) indica que la pérdida emocional está inevitablemente ligada a la activación de dos emociones básicas: el desamparo/tristeza y la rabia. Así, cuando predomina la tristeza, el sujeto se conecta con la minusvalía, considerando su negatividad como intrínseca, dando lugar a las constantes autoacusaciones, llevándolo hacia la pasividad. En caso contrario, cuando la tonalidad emocional a la base es la rabia, el sujeto se conecta con su autoconfianza compulsiva, viviendo lo negativo como algo contra lo cual luchar, movilizándose hacia el polo de la actividad (Vergara, 2011, comunicación personal). Esta oscilación rítmica entre la tristeza y la rabia permite mantener el proceso de coherencia y continuidad del sistema (Guidano, 1987), debido a que la emergencia de la rabia representa el instrumento más efectivo y económico para prevenir que la pena y la desesperanza se vuelvan desadaptativos (Guidano y Quiñones, 2001).

Lo anterior quiere decir, que cada vez que se vislumbra la amenaza secundaria, el organismo entra en un estado de alerta provocándose cambios bruscos en el sentido de sí mismo, activándose mecanismos que defienden al depresivo de una potencial vivencia de pérdida. Esto le permite al sujeto focalizar sus acciones y capacidades cognitivas y emocionales disponibles, en la evitación de la amenaza secundaria, es decir, en la evitación del abandono o rechazo, para en consecuencia no llegar a enfrentarse a la vivencia desestructurante de la pérdida (Vergara, 2011, comunicación personal).

Con el fin de enfrentar y solucionar la amenaza secundaria, el sujeto utiliza una serie de acciones o estrategias resolutivas específicas que están significativamente influidas

por la senda evolutiva a través de la cual ha transitado a lo largo de su desarrollo (Guerra, 2010). Las estrategias resolutivas se refieren a las diversas formas de operar o funcionar del sujeto, que en su conjunto le permiten hacer frente y resolver la amenaza secundaria. Implica, por lo tanto, la combinación de distintas estrategias de acción (Vergara, 2011, comunicación personal).

Vergara (2011, comunicación personal), propone que la estrategia resolutiva de la OSP depresiva es el desapego y la evitación. En ese sentido, Guidano (1987) indica que las formas de vinculación con los padres, ya sean “puras” o en combinación, llevan al sujeto depresivo a desplegar estrategias de evitación en respuesta al rechazo e indiferencia de los mismos, constituyendo de esa forma lo que se conoce como “apego evitante” (Crittenden, Maturana, Ruiz y Sepúlveda, 1997). Los sujetos con apego evitante son aquellos que “mantienen un grado de proximidad de los padres y emplean sus recursos cognitivos para controlar lo exterior, anticipando las posibles situaciones de rechazo o indiferencia” (Guidano, 1987, p.103).

Lo anterior se manifiesta de distintas formas según la senda evolutiva del sujeto (Vergara, 2011, comunicación personal). La senda evolutiva es un concepto introducido por Guidano, que es reformulado desde la Metateoría Constructivista Cognitiva, que lo entiende como una “acción específica que el sujeto despliega de cara a la evitación o resolución del conflicto que subyace a la amenaza secundaria” (Guerra, 2010, p.27).

En la OSP depresiva es posible identificar tres sendas evolutivas que están relacionadas con los patrones disfuncionales de vinculación temprana descritos anteriormente (Vergara, 2011, comunicación personal). Una de las sendas es la activa que se desprende del patrón desprovisto de afecto o patern deficiente, en la cual el individuo es autosuficiente y pone distancia de los otros centrándose en los logros. Una segunda senda es la activa/pasiva y viceversa, relacionada con la inversión de roles donde el eje está puesto en el cuidado del otro. Y la tercera senda es la pasiva ligada con la pérdida real o simbólica de la figura vincular, en donde el sujeto se abandona a sí mismo y se entrega a la pena de la figura que no está.

A partir de lo anterior, se entiende que la experiencia de pérdida es el tema central de la OSP depresiva, y que su procesamiento puede realizarse desde las distintas dimensiones que Guidano (1994) distingue en torno a la normalidad y psicopatología, cuestión que se pasara a revisar a continuación.

#### **4.2. OSP DEPRESIVA Y PSICOPATOLOGÍA**

Como se nombró anteriormente la psicopatología se produce por una “discrepancia entre la experiencia inmediata y la imagen consciente que posee de sí mismo el sujeto” (Guidano y Quiñones, 2001, p.30), debido a que existen ciertos contenidos de la experiencia inmediata que no pueden ser integrados a los esquemas de conocimiento, por lo tanto, se forman explicaciones parciales y discrepantes de las experiencias, originándose de esa manera los síntomas.

En el caso de la OSP depresiva lo que sucede es

“que el sujeto a pesar de poder articular su experiencia personal y concreta de pérdida y soledad hacia una dimensión más abstracta, (que le permitiría ver sus problemas como relativas al género humano), insiste en ver la pérdida y la soledad como un resultado incontrolable de la percepción negativa de sí mismo” (Guidano, 1987, p.106).

Los sujetos con una OSP depresiva tienden a organizar su experiencia a nivel inmediato, en la forma de rechazos, pérdidas o fracasos, y a reordenarlos explícitamente en términos de un sí mismo negativo, atribuyendo su causa internamente (Guidano, 1987, 1994). Cuando se produce un desequilibrio<sup>4</sup> en la coherencia interna del sujeto depresivo, se origina una discrepancia entre la elaboración tácita de la experiencia en curso y la explicación de ella, es decir, se genera una disonancia entre los sentimientos de pérdida o desilusión (nivel tácito), que no logran ser integrados y asimilados a los modelos de sí mismo y del mundo (nivel explícito) (Guidano, 1987, 1994, 2001). De esa forma, el depresivo produce significados que no pueden ser decodificados, ni asimilados adecuadamente en los modelos conscientes de sí mismo y del mundo.

---

<sup>4</sup> Según Guidano (1987) una OSP depresiva puede perder el equilibrio y la coherencia sistémica lograda debido a la ocurrencia de determinados eventos vitales capaces de ser construidos en términos de pérdidas o desilusiones. Brown y Harris, (1978, citado en Guidano, 1987, p. 100), plantean que estos “eventos podrían ser: una separación o amenaza de ella; una revelación desagradable respecto a alguien cercano que obliga a una revalorización de la persona y de la relación; una enfermedad mortal de alguien cercano; una gran pérdida material o decepción o amenaza de ella; un cambio forzado de residencia o amenaza de ello, y un grupo misceláneo de crisis que involucren algunos elementos de pérdida tales como que se lo haga sentir superfluo en un trabajo que se ha tenido por un tiempo u obtener una separación legal”.

El hecho de que las discrepancias no puedan ser procesadas, hacen que el sistema del sujeto recurra a los mecanismos de autoengaño que son dispositivos que modifican o “aplanan” la discrepancia que se produce entre la experiencia inmediata del individuo y la explicación de ésta, de manera tal de hacer consistente lo inmediato con la imagen de sí mismo que ha construido el sujeto (Molledo, 2004). Sin embargo, estos dispositivos fracasan al no excluir las discrepancias totalmente de la conciencia.

Entonces lo que ocurre en esta organización de significado, es que la vivencia de desesperanza y tristeza se generaliza a la percepción que el sujeto tiene de sí mismo y del mundo (Guidano, 1994), generando de ese modo, una visión negativa, catastrófica de sí mismo y del mundo, confirmando de esa manera el sentido de sí mismo de no ser querible (Guidano y Quiñones, 2001).

En ese sentido, Guidano (1987) plantea que las reacciones intensas de desamparo se generalizan a tal punto, de ser percibidas como la desesperanza/tristeza de la propia vida y de la percepción del mundo como un todo, cuestión que se observa de forma distinta en las reacciones de desamparo de las otras OSP, en cuyos casos se remite al dominio experiencial único y específico que causó tal sentimiento (Brown, 1982, citado en Guidano, 1994).

De esa forma, en los sujetos con una OSP depresiva en desequilibrio se genera una intensa sensación de minusvalía, que se combina con una marcada disminución de la tasa de actividad, derivando en una fuerte pasividad, pudiendo incluso llegar a la inercia e inmovilidad completa en los casos más severos (Guidano, 1994). Si bien aún está presente en el sujeto la actitud de luchar con fuerza contra las durezas de la vida, se va imponiendo la actitud que se relaciona con estar desvalido frente al destino adverso, disminuyendo de esa forma la capacidad de lucha hasta el punto de perderla por completo (Guidano, 1987; Guidano y Liotti, 2006; Guidano y Quiñones, 2001).

Guidano y Liotti (2006) exponen que en el ámbito conductual, los sujetos depresivos cuyo equilibrio sistémico está afectado, presentan una marcada disminución en el nivel de funcionamiento que se expresa en un retraimiento y en la evitación de participar en actividades que alguna vez fueron parte de su vida.

Asimismo, en el ámbito cognitivo, exhiben una visión negativa del futuro, del mundo, y de sí mismos, que se manifiesta en el relato a través de un conjunto de dificultades, obligaciones opresoras, sufrimientos, apatía, destino adverso, deficiencia personal entre otros aspectos (Guidano y Liotti, 2006)

Con respecto a lo afectivo, dichos autores indican que los sujetos deprimidos reaccionan de modo exagerado ante dos tipos de eventos medioambientales: los que connotan rechazo o pérdida, y aquellos que los presionan a salir del estado de inercia. Ambos eventos producen sentimientos de tristeza y rabia que el sujeto la dirige hacia sí mismo y hacia los otros (Guidano y Liotti, 2006).

En base a lo señalado, es posible plantear que los sujetos con tendencia a procesar los eventos en forma de una OSP depresiva, pasan de un estado de equilibrio a uno de desequilibrio, generándose de ese modo una neurosis o psicosis, desde el momento en que viven situaciones desequilibrantes asociadas con la pérdida, rechazo o fracaso que los llevan a conectarse con el desamparo/tristeza y la rabia, no integrando los eventos experimentados o generando explicaciones parciales disfuncionales. Lo anterior, en el caso de la neurosis, lleva a los sujetos a ser menos flexibles y abstractos, más rígidos y concretos, y por lo tanto menos generativos, y en el caso de la psicosis, a ser más rígidos y con una menor capacidad de integración (Guidano, 1987, 1994).



### **CAPÍTULO 3: TEORÍA CLÍNICA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA**

Los desarrollos y avances del Constructivismo permitieron la ampliación del quehacer psicoterapéutico, produciéndose una “transformación de la metodología terapéutica en relación a la perspectiva racionalista” (Guidano, 1994, p.129). Dicha transformación se tradujo en una redefinición teórica y práctica de la psicoterapia y sus componentes, es decir, del terapeuta, de la relación terapéutica y del paciente. Asimismo, implicó la realización de una propuesta acerca de los mecanismos de cambio, los límites del contexto psicoterapéutico, y las reglas relacionales que regulan la relación terapéutica (Yáñez, 2005).

De esa forma, se dio paso a una Teoría Clínica Constructivista Cognitiva que puede ser definida como “una propuesta teórica que establece los márgenes y categorías técnicas necesarias para un adecuado procedimiento psicoterapéutico” (Yáñez, 2005, p.63). Esta propuesta se desprende de la Metateoría Constructivista Cognitiva y facilita el abordaje de aspectos teóricos y prácticos de evaluación, diagnóstico y tratamiento terapéutico (Mandakovic, 2005), es decir, permite distinguir las categorías técnicas necesarias para realizar un proceso de psicoterapia pertinente y apropiado.

A continuación se describirán los principales conceptos que distingue la Teoría Clínica y que se utilizarán en esta investigación como son: psicoterapia, terapeuta, paciente, relación terapéutica, encuadre, técnicas psicoterapéuticas y cambio psicoterapéutico.

#### **1. PSICOTERAPIA**

La psicoterapia desde el Constructivismo Cognitivo puede ser entendida como un proceso de “intercambio y negociación de significados interpersonales, que ocurre con el objetivo de que la persona que asiste a terapia pueda articular, elaborar y revisar las construcciones con las que organiza su experiencia y acción” (R. Neimeyer, 1998, p. 18). Es decir, es un proceso intersubjetivo, complejo, humano que apunta a la construcción y reconstrucción de las experiencias, por lo tanto conlleva una relación colaborativa, íntima y dialéctica, de mutua influencia entre un terapeuta y un paciente (Feixas y Villegas, 2000; R. Neimeyer, 1998; Safran y Segal, 1994; Yáñez, 2005).

Dentro de sus características principales se destaca: “la primacía otorgada a la experiencia personal y a los significados, la importancia de la generación de nuevas

representaciones sobre la realidad y el sí mismo, y el papel que juega el lenguaje en el desarrollo de nuevos patrones de significado personal” (G. Neimeyer, 1998, p.118).

Los objetivos y metas de la psicoterapia Constructivista Cognitiva van a depender de las experiencias, significados y particularidades tanto del terapeuta como del paciente, no obstante, en general se puede señalar que el propósito central del procedimiento terapéutico es “crear las condiciones que permitan el cambio y la reorganización productiva de la dinámica del paciente que consulta, a través de la construcción y deconstrucción de un emergente interpersonal” (Yáñez, 2005, p.80).

Respecto a la constitución de la psicoterapia Constructivista Cognitiva, Yáñez (2005) señala la existencia de tres elementos, que a su vez son comunes a cualquier tipo de psicoterapia. Estos tres elementos son: el terapeuta, el paciente y la relación terapéutica que se pasaran a revisar en los siguientes apartados.

## **2. TERAPEUTA**

El terapeuta Constructivista Cognitivo es un sujeto “experto en relaciones humanas y en el funcionamiento de los sistemas de construcción” (Feixas y Miró, 1993, p.228), es decir, es un especialista en alguna teoría clínica y en los procedimientos necesarios para que se genere una construcción y reconstrucción de significados en el paciente (Feixas y Villegas, 2000; R. Neimeyer, 1998).

Por lo tanto, es “el responsable de crear las condiciones adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de los síntomas que aquejan al paciente” (Yáñez, 2005, p.159). A juicio de R. Neimeyer (1998), el terapeuta Constructivista debe buscar y descubrir lo qué es problemático para cada paciente, con el objetivo de que las intervenciones que realiza le ayuden al sujeto a explorar posibles caminos sin dejar de respetar los principios con los que éste construye su visión de vida.

En ese sentido, la principal función del terapeuta Constructivista Cognitivo es la perturbación estratégica, orientada y constante de los procesos de construcción y reconstrucción personal de conocimiento, que se expresan en el relato que los pacientes realizan de sí mismos (Guidano, 1994; Yáñez, 2005).

### **3. PACIENTE**

El Constructivismo Cognitivo define al paciente como un sujeto “experto en sí mismo, en su mundo personal” (Feixas y Miró, 1993, p.228; Safran y Segal, 1994, p.22) que está aquejado de un padecimiento psicológico que lo perturba e interfiere (Yáñez, 2005). Es decir, es un sujeto “que se padece a sí mismo, producto de la dificultad para reconciliar su orden interno o responder a las demandas ambientales” (Yáñez, 2005, p.169).

Lo anterior se expresaría en dos niveles: “en el nivel de funcionamiento superficial, es decir, su operatividad, su funcionalidad, su cotidianeidad; y en el nivel estructural o profundo que corresponde al núcleo del sí mismo” (Yáñez, 2005, pp.169-170). Según Guidano (1994), lo central, tanto a nivel superficial o profundo, es que el paciente se desequilibra internamente en respuesta a las demandas desbordantes del medio que no puede integrar.

Ahora si bien, el paciente es un sujeto que padece un desequilibrio en su coherencia interna, también es un agente activo de cambio (Guidano, 1994), en el sentido de que es constructor de conocimiento y por lo tanto, busca a través de la psicoterapia dar explicaciones a lo que le sucede y con ello recuperar el equilibrio interno.

### **4. RELACIÓN TERAPÉUTICA**

La relación terapéutica alude al contexto interpersonal de encuentro entre terapeuta y paciente, que da lugar a las condiciones particulares que facilitan que el paciente construya y reconstruya sus significados (Feixas y Miró, 1993; Feixas y Villegas, 2000; R. Neimeyer, 1998; Yáñez, 2005).

Según Yáñez (2005, p.173), la relación terapéutica puede ser entendida como “el encuentro entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los sujetos participantes”. Es decir, la relación terapéutica es una interacción real que produce efectos tanto en el terapeuta como en el paciente.

Lo anterior, se expresaría en la alianza terapéutica (Yáñez, 2005), es decir, en el vínculo particular que se da en la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y objetivos de la terapia que permiten la constitución de una base de apego segura (Safran y Muran, 2005). En ese sentido, G. Neimeyer (1998) siguiendo a Guidano (1994) plantea que los constructivistas ven la relación terapéutica como una especie de base

inicial o atadura emocional que proporciona una plataforma segura que el paciente utiliza para realizar su exploración personal.

La principal función de la relación terapéutica es facilitar en el paciente la reorganización de las experiencias anteriores y la asimilación de las nuevas (Guidano, 1994; Yáñez, 2005).

### **5. ENCUADRE PSICOTERAPÉUTICO**

El encuadre psicoterapéutico desde la perspectiva Constructivista Cognitiva se entiende como las “reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica y cuya función es la de proveer un contexto relacional estable, seguro y proyectado en un tiempo suficiente que permita alcanzar las metas psicoterapéuticas” (Yáñez, 2005, p.92).

Para Yáñez (2005), el encuadre cumple una función reguladora que permite el control de las variables que participan en la relación terapéutica, ya sean, específicas (diagnóstico, técnicas y tratamiento) e inespecíficas (alianza terapéutica, comunicación verbal y no verbal, empatía, clima emocional, etc.)

Se pueden distinguir dos tipos de encuadre: explícito e implícito. El primero, se refiere a las “reglas de funcionamiento acordadas para el proceso psicoterapéutico y que son explicitadas por el terapeuta” (Yáñez, 2005, p.93). Es decir, son las normas que se establecen en el proceso psicoterapéutico que permiten definir o delimitar los márgenes de la relación entre paciente y terapeuta en una especie de contrato psicoterapéutico.

El segundo se refiere a las “reglas relacionales que están a la base de la relación terapéutica y cuya composición dependen principalmente de dos fuentes: el comportamiento no verbal del terapeuta (que debe estar intencionado hacia la neutralidad, la abstinencia y la receptividad), y de los usos y costumbres de una particular cultura o subcultura” (Yáñez, 2005, p.95).

### **6. TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS**

Las técnicas psicoterapéuticas son “procedimientos que se desprenden de una teoría acerca del funcionamiento humano normal y anormal, y que especifican condiciones de la terapia, el terapeuta y la relación terapéutica, para movilizar cambios en el paciente” (Yáñez, 2005, p.99). Por lo tanto, son métodos y formas de intervención que evolucionan y residen necesariamente en el contexto de una relación terapéutica dada en un tiempo y

lugar particular, que permiten la co-construcción de significados entre terapeuta y paciente (G. Neimeyer, 1998).

Tienen por objetivo otorgar las condiciones necesarias para que ocurra el cambio psicoterapéutico en el paciente, y son diversas en cuanto a sus características, sus efectos, consecuencias, etc., y dan cuenta de las relaciones existentes entre teoría y práctica clínica (Feixas y Villegas, 2000)

Yáñez (2005), señala que existen distintas modalidades de técnicas, algunas bastante estructuradas en cuanto a su secuencia y utilización, otras más simbólicas y abstractas. En ese sentido, R. Neimeyer y G. Neimeyer, (1996) plantean que hay técnicas que permiten recopilar información sobre la perspectiva o estilo de construcción del paciente, mientras que otras están enfocadas a la exploración de cuestiones más autorreflexivas tanto del paciente como del terapeuta. Asimismo, dichos autores indican que el énfasis en algunas puede estar en los procesos de construcción y en otras en revelar las estructuras o sistemas de creencias o conocimiento personal de los sujetos (R. Neimeyer y G. Neimeyer, 1996).

Dentro del modelo Constructivista Cognitivo se distinguen las técnicas operativas y las técnicas procedurales. Las primeras se refieren a aquellos procedimientos validados experimentalmente que abordan un objetivo terapéutico, asociado con frecuencia a un síntoma presente en los pacientes (Yáñez, 2005).

Las técnicas operativas más utilizadas en la psicoterapia Constructivista Cognitiva son aquellos procedimientos que fueron desarrollados por el modelo Conductual y el modelo Cognitivo Clásico (para un mayor detalle ver anexo 5). Si bien este tipo de intervenciones promueven cambios, lo hacen a un nivel meramente semántico, no llegan a producir cambios profundos en los significados (Guidano, 1994).

Las técnicas procedurales se refieren a aquellas estrategias psicoterapéuticas que provienen de la Metateoría y Teoría Clínica Constructivista Cognitiva. Son definidas como “procesos metódicos de deconstrucción y reorganización de la experiencia del paciente, así como de las explicaciones que le otorga a ésta, basado en el sentido de identidad” (Yáñez, 2005, p.104).

Gracias a los aportes teóricos y prácticos de diversos autores como Safran y Segal (1994), Greenberg y Paivio (2000), Greenberg, et al (1996), y Guidano (1994), el Constructivismo Cognitivo propone dos técnicas procedurales distintas pero complementarias: la exploración experiencial y la metacomunicación.

La técnica de exploración experiencial comprende el material desplegado por el paciente en el eje diacrónico<sup>5</sup>, es decir, corresponde al trabajo en sesión con los contenidos que se dan en el relato espontáneo o inducido acerca de la vida del paciente. Según Yáñez (2005), esos contenidos se van analizando en cuatro niveles:

“el primero tiene que ver con los hechos propiamente tales o lo anecdótico; el segundo con las interpretaciones que realiza el paciente de lo que le sucede; el tercero está relacionado con las forma de lo dicho y revela aspectos más inconscientes a los cuales el paciente no tiene acceso; y el cuarto se refiere a los elementos transferenciales” (Yáñez, 2005, p.108).

La exploración experiencial tiene una serie de condiciones para efectuarse e implica una serie de operaciones por parte del terapeuta (Yáñez, 2005). Asimismo consta de tres etapas que están relacionadas entre sí: la primera se refiere al relato panorámico de los acontecimientos, es decir, el antes, durante y después. En la segunda etapa se realiza una descripción detallada de los acontecimientos en torno al contexto ambiental, el contexto interpersonal y los hechos. Y la tercera etapa está relacionada con la reorganización sistémica, es decir, con los cambios significativos que se producen en la interfaz entre la experiencia inmediata y su explicación (Yáñez, 2005).

La técnica de metacomunicación utiliza los elementos sincrónicos<sup>6</sup> de la sesión, es decir, “se trabaja con el material que surge en la sesión” (Yáñez, 2005, p.124), y hace referencia a las transacciones o comunicaciones interpersonales entre terapeuta y paciente (Safran y Muran, 2005).

Yáñez (2005) plantea que el principal objetivo de la metacomunicación es hacer que el paciente se torne consciente de lo que provoca su conducta en relación a los otros. Para el logro de aquello, señala que son necesarios los tres mecanismos de cambio que

---

<sup>5</sup> El eje diacrónico corresponde a la evaluación y explicación posterior de la experiencia, en el sentido de ordenarla, analizarla y comprenderla ontológicamente, en términos de su significancia en la organización y viabilidad en la historia vital del sujeto (Yáñez, 2005)

<sup>6</sup> El eje sincrónico corresponde a la organización inmediata y específica de la experiencia, vale decir corresponde al aquí y ahora (Yáñez, 2005).

describen Safran y Segal (1994, pp.19-195): “el descentramiento, la desmentida experiencial y el acceso a información sobre disposiciones a la acción”.

La metacomunicación posee una serie de condiciones y principios generales y específicos que permiten su ejecución (Safran y Muran, 2005; Yáñez, 2005). Su aplicación puede ser dividida para fines didácticos en seis fases: impacto vivencial, despliegue, exploración, señalamiento, interpretación e integración (Yáñez, 2005)

Tanto la metacomunicación como la exploración experiencial permiten el reordenamiento gradual de la experiencia desde los patrones afectivos, logrando un autoconocimiento mayor, y la aceptación, ampliación y flexibilización de la forma de sentir, explicar y actuar del paciente (Mandakovic, 2005).

## **7. CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO**

El Constructivismo Cognitivo concibe al cambio como una parte esencial de la psicoterapia y de la dinámica vital de los sujetos. Se refiere a un proceso que se produce en los sistemas de significados de la experiencia, y su principal función es restablecer o recuperar el equilibrio y coherencia interna del sujeto (Guidano, 1994; Yáñez, 2005).

Greenberg y Pascual-Leone (1998) señalan que el cambio psicoterapéutico se genera mediante: la síntesis que realiza el sujeto entre la experiencia y el concepto que se forma de ella, (lo que conlleva a la exploración en psicoterapia de las posibles contradicciones que surgen), y la construcción de nuevos significados a partir de la diferenciación e integración de las diversas fuentes generadoras de experiencia.

Cuando comienza un proceso de psicoterapia, el propósito central que se pretende lograr es que el paciente adquiera un mayor grado de inclusión de las perturbaciones, manteniendo un sentido de sí mismo único, coherente y continuo en el tiempo (Vergara, 2011, comunicación personal). Guidano (1994), plantea que lo anterior es posible realizarlo mediante la reestructuración del significado personal, es decir, reelaborando los modelos de sí mismo y la realidad que posee el sujeto, incorporando las discrepancias que se producen entre el nivel de experiencia inmediata y la explicación de ésta, de tal forma, que los afectos negativos pueden ser vividos como propios y reales.

Para el psiquiatra italiano, la única posibilidad de cambio, es hacer que la persona pueda experimentar en la situación terapéutica, nuevas tonalidades o instancias emotivas, que tendrán que ser integradas, elaboradas y procesadas al interior de la autopercepción originaria con la cual se trabaja (Guidano, 1994). De esa manera, la operación crucial es

el trabajo de investigación personal en la interfase entre la experiencia inmediata en curso, momento a momento y el reordenamiento semántico que la sucede una fracción de segundo después (Guidano, 2001), es decir, cualquier cambio significativo producido en el marco de una psicoterapia, lleva consigo una modificación en la explicación que realiza el sujeto de la experiencia inmediata (Guidano, 1994).

El Constructivismo Cognitivo postula dos niveles posibles de cambio psicoterapéutico: los cambios superficiales y los cambios profundos (Guidano, 1994). En términos generales, los cambios superficiales o de primer orden (Guidano, 1994; Mahoney y Neimeyer, 1998) se refieren a cambios en la experiencia consciente del sujeto por lo tanto son fácilmente interpretables, tienen alcances en la esfera sintomática y en aspectos operativos del vivir, permitiendo al sujeto describir estados internos en términos de bienestar-malestar en relación con sus circunstancias (Yáñez, 2005)

Los cambios profundos, de segundo orden o también llamados revoluciones personales (Guidano, 1994; Mahoney, 2005; Mahoney y Neimeyer, 1998) son entendidos como las “reestructuraciones de la identidad del paciente” (Molledo, 2006), ya que suponen un reordenamiento de los sistemas de conocimiento idiosincrásicos del sujeto e implican un cambio en los sistemas de significación de la experiencia del mismo, lo cual conlleva a una funcionalidad diferente, que a su vez permite la inclusión de nuevos elementos sin que se amenace o desorganice la coherencia del sistema (Yáñez, 2005)

Al respecto, Mahoney (2005) señala que los procesos de cambio psicoterapéutico no siempre son lineales y suelen darse en forma de ondas u oscilaciones que afectan a un conjunto de áreas, es decir, son sistémicos y holísticos.

En ese sentido, Guidano (1994) indica que la cualidad del cambio, es decir, si es superficial o profundo, pequeño o grande, etc., depende en gran medida del nivel de autoconciencia que logre el sujeto en la psicoterapia. Por lo que es necesario que los terapeutas ayuden a incrementar la comprensión del paciente acerca de las maneras en las que tácitamente organizan sus experiencias.



## **CAPÍTULO 4: TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA DEPRESIÓN**

La Depresión es un trastorno psicológico cuyo tratamiento puede ser orientado desde distintas perspectivas, de acuerdo con el enfoque teórico y práctico como se la entienda. Es decir, los tratamientos para dicho cuadro varían en la fundamentación teórica que los sostienen, en el nivel de desarrollo formal de sus técnicas, en los estudios disponibles que permitan avalar su eficacia y beneficio, y en su utilización por parte de los profesionales del sistema de salud público y privado.

Debido a la diversidad de enfoques y perspectivas con los cuales puede ser abordada la Depresión, en la presente investigación se expondrán aquellos tratamientos que recomienda el MINSAL a través de la segunda edición de la Guía Clínica para Depresión del año 2009, y los desarrollos del enfoque Constructivista Cognitivo sobre dicho cuadro psicopatológico.

A continuación se realizara una revisión de los tratamientos farmacológicos, individuales y grupales que el MINSAL indica para el cuadro clínico en sus distintos grados de profundidad. Los desarrollos del Constructivismo Cognitivo se presentarán en los siguientes capítulos.

### **1. FARMACOLOGÍA**

Los tratamientos farmacológicos para la Depresión pueden ser agrupados en dos categorías: los tratamientos clásicos y los antidepresivos de nueva generación (Sáiz y Montes, 2000).

Los tratamientos clásicos incluyen: los antidepresivos tricíclicos o heteróclitos, entre los que destacan la imipramina y la amitriptilina; los inhibidores de la monoaminoxidasa o IMAO, como la fenelcina, la tramilcipromina y el deprenil, cuya eficacia más reconocida es en la Depresión atípica y en la crónica (Vallejo, 2000); y las sales de litio que se usan para los trastornos bipolares (Becoña y Lorenzo, 2001, citado en Pérez y García, 2001)

En relación a los fármacos antidepresivos de nueva generación figuran: los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa o MAO, ya sea la moclobemida, la mirtazapina, la nefazodona y la venlafaxina, cuya eficacia es comparable con los fármacos clásicos (Sáiz y Montes, 2000); y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como la fluoxetina, la fluroxamida, la paroxetina, la sertralina y el citolopram (Pérez y García, 2001).

Sáiz y Montes (2000) señalan que los resultados de los ISRS son similares a los antidepresivos clásicos, pero con la ventaja que pueden tener una menor cantidad de efectos secundarios. No obstante, otras revisiones señalan que los ISRS pueden ser menos efectivos que los antidepresivos tricíclicos (Anderson, 2000, citado en Pérez y García, 2001).

En general, el MINSAL (2009) recomienda los antidepresivos ISRS para la Depresión moderada, grave y refractaria<sup>7</sup>, repartiéndose gratuitamente en la atención primaria la fluoxetina, y la sertralina. No obstante, también hacen uso de antidepresivos tricíclicos, en especial la amitriptilina, y de inhibidores reversibles de la MAO como la venlafaxina.

## **2. TRATAMIENTOS INDIVIDUALES**

Los tratamientos psicológicos individuales que recomienda el MINSAL pueden dividirse en dos tipos: las terapias psicológicas y las intervenciones psicosociales<sup>8</sup>. Dentro de las primeras se encuentran: la terapia de conducta (en sus varias modalidades), la terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal. Dichas terapias cuentan con variadas investigaciones que han demostrado su eficacia y efectividad (Pérez y García, 2001), de allí que el MINSAL las recomiende.

En cuanto a las intervenciones se recomiendan: la consejería, la psicoeducación, los programas de actividad física y una guía de autocuidado creada por dicha institución (véase anexo 6). Según la experiencia desarrollada por el PDTID (MINSAL, 2009), las intervenciones señaladas han demostrado ser más costo-efectiva que otro tipo de procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de personas con Depresión.

Dichos métodos y procedimientos el MINSAL (2009) los indica según el grado de profundidad del trastorno. Así entonces, para la Depresión leve los tratamientos

---

<sup>7</sup> El MINSAL (2009, p.34) “considera que una persona tiene una Depresión refractaria o resistente a tratamiento, cuando no ha presentado una disminución importante en la intensidad de sus síntomas depresivos, a pesar de que se ha cumplido con uno de los tratamientos recomendados con buena adherencia”.

<sup>8</sup> Las intervenciones psicosociales son entendidas como actividades dirigidas a la solución de problemáticas sociales, que privilegian la participación de los intervenidos con los interventores en la construcción de cambio social y emancipación (Rizzo, 2009). Por lo tanto, pueden ser realizadas por distintas personas vinculadas con las ciencias sociales y la salud, y no exclusivamente por profesionales.

recomendados son: la consejería y apoyo clínico, la psicoeducación, el programa de actividad física y la guía de autocuidado. En el caso de la Depresión moderada, se recomiendan los mismos tratamientos que para la leve, sumándose la farmacoterapia.

Para la Depresión grave y refractaria se recomiendan: la consejería, el programa de actividad física, la guía de autocuidado, la farmacoterapia y la psicoterapia cognitivo-conductual o interpersonal.

### **3. TRATAMIENTOS GRUPALES**

El MINSAL (2009) a nivel grupal recomienda tres tipos de tratamientos: los grupos de autoayuda, la intervención psicosocial diseñada el año 2001 por el PDTID (ver anexo 7) y la psicoterapia grupal cognitivo-conductual e interpersonal.

Los grupos de autoayuda se refieren a una intervención psicosocial guiada por voluntarios capacitados (que no necesariamente poseen una formación profesional), y que han demostrado ser efectivos en aumentar la tasa de remisión de los síntomas depresivos (MINSAL, 2009).

La intervención psicosocial grupal para Depresión consta de seis sesiones y se basa en un conjunto de tareas y actividades basadas en el enfoque cognitivo-conductual. Fue diseñada el año 2001 junto con el PDTID y se especificó como tratamiento para la Depresión con la Guía Clínica del año 2009.

La psicoterapia grupal cognitivo-conductual e interpersonal son recomendadas por el MINSAL (2009) debido a que son terapias eficaces y efectivas y han sido estudiadas en diversos contextos, ya sea a nivel secundario de atención, a nivel hospitalario y en programas de atención primaria (Pérez y García, 2001; Garay, Korman y Keegan, 2008; Guerra, 2010; Machado, Díaz, Pérez y Cervera, 2010).

Las dos primeras intervenciones psicosociales son recomendadas para todos los niveles de Depresión, ya sea leve, moderada, grave y refractaria. No obstante, la psicoterapia grupal es indicada únicamente para la Depresión refractaria (MINSAL, 2009).

A partir de lo anterior se considera, que el MINSAL ha priorizado las intervenciones grupales psicosociales de corta duración, y ha circunscrito la psicoterapia grupal como instancia de tratamiento recomendada para la Depresión.

El MINSAL ha otorgado una preponderancia a las intervenciones psicosociales de grupo como instancia de tratamientos útiles, debido a que su incorporación al PDTID ha mostrado buenos resultados (MINSAL, 2009). Sin embargo, los logros de dichas

intervenciones grupales son cuestionables, ya que han sido escasamente documentados y los estudios realizados corresponden a los primeros cinco años de implementación del programa (Universidad de Chile, 2004; Minoletti y Zaccaria, 2005; Alvarado, Vega, Sanhueza y Muñoz, 2005), por lo que no son extrapolables a la actualidad, debido a que se han realizado diversas modificaciones al PDTID, entre ellas la creación de la Guías Clínicas. Únicamente se ha realizado una investigación en los años posteriores que integra los cambios del programa (Alvarado y Rojas, 2011), pero que no ha aborda propiamente las intervenciones psicosociales grupales, sino que se enfoca mayoritariamente en los resultados generales del PDTID.

Asimismo, la intervención psicosocial de seis sesiones propuesta en la Guía Clínica del año 2009, carece de estudios e investigaciones, sólo posee un manual que destaca los aspectos terapéuticos más relevantes de la misma, sin dar cuenta de los resultados ni implicancias que produce. Por lo tanto, su incorporación como instancia de tratamiento se basa principalmente en: la evidencia obtenida de expertos, en los reporte de comités, y en la opinión y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas. Esto conlleva un sesgo ya que la recomendación va a depender de la formación teórica y experiencia clínica de los profesionales consultados y no de la evidencia empírica que posea dicho tratamiento.

Ante este panorama es necesario que el MINSAL realice investigaciones empíricamente validadas, acerca de los procedimientos grupales que está recomendado, y que genere mayores evaluaciones del PDTID. Del mismo modo, es relevante que incorpore otras propuestas de tratamientos grupales para Depresión que, si bien estén basadas en un modelo de terapia eficaz, flexible, y efectiva a corto y largo plazo, tomen también en cuenta a los sujetos, a las personas que consultan, en cómo construyen su vida, cómo se vinculan con los otros, etc., y permitan al sujeto reorganizar sus experiencias.

## **CAPÍTULO 5: PSICOTERAPIA GRUPAL PARA DEPRESIÓN**

El concepto de psicoterapia grupal actualmente está en discusión, por lo tanto, se extiende a un amplio espectro de procedimientos fundamentados en distintas perspectivas teóricas y aplicadas en distintos contextos (Bechelli y Santos, 2005). Prácticamente cada enfoque desarrollado dentro de la psicología ha realizado y promovido un modo de intervención grupal con diferentes técnicas y metodologías para las distintas psicopatologías.

No obstante, es posible señalar un conjunto de características generales que permiten clasificar el trabajo terapéutico grupal, independiente del marco teórico en el cual se desarrolle (Montt y Villarroel, 2003). A su vez es también posible encontrar una serie de ventajas y beneficios de los trabajos psicoterapéuticos grupales, tanto a nivel individual como para el sistema de salud.

Debido a que esta investigación está centrada en la Depresión, en los siguientes apartados se describirán aquellas características generales que permiten clasificar los trabajos psicoterapéuticos grupales para Depresión en general, y las ventajas y beneficios de los mismos. Posteriormente se definirá la psicoterapia grupal a partir del Constructivismo Cognitivo, y se describirán los desarrollos de dicho enfoque en torno al procedimiento terapéutico grupal para la Depresión.

### **1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PSICOTERAPIAS GRUPALES PARA DEPRESIÓN**

Las psicoterapias grupales para Depresión pueden ser clasificadas según una serie de características que están relacionadas con: el tamaño, la composición, el grado de estructuración de las sesiones, la estrategia terapéutica utilizada, el número de terapeutas y el grado de apertura (Curivil y Carretero, 2007).

En general las terapias psicológicas grupales para Depresión se componen de un grupo intermedio, es decir, se trabaja con un grupo de entre doce y treinta participantes. No obstante, hay algunas que prefieren los grupos pequeños, de entre cuatro y doce personas, porque aquello permite la construcción de un ambiente protegido, la utilización de diversidad de modelos, y una gran posibilidad de control por parte del terapeuta (Spotnitz, 1974, citado en Curivil y Carretero, 2007).

En cuanto a su composición, las psicoterapias grupales para Depresión pueden ser de grupos homogéneos o heterogéneos (Curivil y Carretero, 2007), compartiendo en el primer caso, los participantes al menos una característica, ya sea, edad, sexo, nivel sociocultural, etc., o presentando diferentes características en el segundo caso.

El grado de estructuración de las sesiones de las psicoterapias grupales para Depresión, va a depender del marco teórico y práctico de la terapia y de los terapeutas. De esa forma, puede ser un grupo estructurado, en donde el terapeuta no considera las necesidades de los miembros; o un grupo semi-estructurado donde el terapeuta combina actividades programadas con procedimientos basados en las necesidades de los participantes; o un grupo inestructurado en donde se seleccionan actividades terapéuticas de acuerdo a las necesidades que los miembros presenten sesión a sesión (Lange y Jakubowsky, 1976, citado en Curivil y Carretero, 2007).

Respecto a la estrategia terapéutica utilizada, que puede estar orientada al tema, al ejercicio o puede ser combinada (Curivil y Carretero, 2007), las psicoterapias grupales para Depresión en general utilizan una estrategia combinada, es decir, se discuten temas particulares y se practican a la vez un set de ejercicios que permitan el logro de los objetivos planteados en la terapia.

En cuanto al número de terapeutas, las psicoterapias grupales para Depresión en general sugieren la presencia de dos terapeutas, en donde el co-terapeuta adquiere un rol secundario en términos de participación, lo que posibilita: tener una visión más objetiva de la interacción grupal, y entregar feedback al terapeuta para una mejor conducción (Sheldon, 1977, citado en Curivil y Carretero, 2007).

El grado de apertura se refiere a si se permite el ingreso o no de nuevos participantes una vez conformado el grupo (Curivil y Carretero, 2007). En el caso de las psicoterapias grupales para Depresión se prefiere trabajar con un grupo cerrado, es decir, no se permite la entrada de nuevos miembros, comprometiéndose los integrantes a trabajar juntos hasta que finalice el número de sesiones predeterminadas.

## **2. VENTAJAS Y BENEFICIOS DE LAS PSICOTERAPIAS GRUPALES PARA LA DEPRESIÓN**

En diversos estudios se han demostrado las ventajas y beneficios que poseen las terapias psicológicas grupales para la Depresión, tanto para los individuos como para los sistemas de salud (Benedito, Carrió, Del Valle y Domingo, 2004; Corey, 1995; Cuadra et

al., 2010; Del Cerro y Olmos, 2008; Echeburúa, Salaberría, De Corral, Cenea y Berasategui, 2000; Garay, et al., 2008; Guerra, 2010; Gutiérrez y Varela, 2008; Hollon y Shaw, 2002; Jorquera y Guarch, 2006; Machado et al., 2010; Oscariz, 2011; Sánchez, Sanz, Baro y Gómez, 2006; Silva 2011).

En términos individuales, las psicoterapias grupales para la Depresión proporcionan a los sujetos un sentimiento de pertenencia, ya que permite poner en práctica las habilidades adquiridas, en una atmósfera protegida, de apoyo y sanas sugerencias. También se facilita el enriquecimiento de los recursos personales, y se potencian las posibilidades y habilidades para lograr los propósitos. Además, permiten el desarrollo afectivo y emocional al facilitar la exploración de los estilos relacionales con los otros, lo que se traduce en un aprendizaje, beneficiándose los sujetos del feedback, es decir, de la retroalimentación que se produce en el grupo, tanto de los compañeros, del grupo como los terapeutas, y del insight o internalización que realiza el sujeto de las experiencias, que le permite adquirir mayores grados de conciencia sobre sí mismo (Echeburúa et al., 2000; Hollon et al., 2002; Sánchez et al., 2006).

Curivil y Carretero (2007), plantean que el trabajo grupal es beneficioso, ya que producto de la interacción de los sujetos, se dan factores que favorecen y actúan como catalizadores de procesos emocionales. Según Spratt (1960, citado en Montt y Villarroel, 2003) los fenómenos más importantes y propios de los grupos son: un aumento de la emocionalidad, una disminución del sentido de responsabilidad y una relajación de los controles. Igualmente, Corey y Corey (1982, citado en Montt y Villarroel, 2003) proponen que la presencia del otro en el trabajo terapéutico favorece la aparición de mecanismos tales como la interacción, inter-estimulación, contagio y estimulación emocional, y otros dinamismos afectivos.

Para el sistema de salud, las psicoterapias grupales para el cuadro depresivo ofrecen la ventaja que dentro de un período de tiempo definido, se puede tratar a un mayor número de pacientes de los que podrían ser tratados individualmente, teniendo un menor costo económico y una mayor cobertura (Echeburúa et al., 2000; Hollon et al., 2002; Sánchez et al., 2006; Jorquera y Guarch, 2006; Machado et al., 2010).

A partir de lo señalado, queda claro que el trabajo psicoterapéutico grupal es significativamente beneficioso y conveniente para los sujetos que padecen Depresión, permite complementar el trabajo individual de cara a la evolución, cambio y mejoras de los pacientes.

### **3. PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA DEPRESIÓN**

La Psicoterapia Grupal desde el enfoque Constructivista Cognitivo, se entiende como una:

“metodología de trabajo psicoterapéutico, que permite el despliegue de estilos personales disfuncionales o sintomáticos en grupo, al mismo tiempo que crea las condiciones que favorecen la reorganización y cambio de los mismos. Estas condiciones están dadas por la dinámica grupal, el encuadre, y las intervenciones del terapeuta. La fuente de la perturbación emocional necesaria para el cambio, es la dinámica interpersonal en el contexto grupal y las intervenciones estratégicas del terapeuta” (Yáñez, 2003 Art. no publicado, citado en Curivil y Carretero, 2007, p.87).

Es decir, alude a un procedimiento en el cual se posibilita la emergencia de las problemáticas de los sujetos, paralelo al surgimiento de las condiciones favorables para el cambio.

De esa forma, lo característico de la psicoterapia grupal desde dicho enfoque radica en que “remite al sujeto a sus relaciones naturales y permite que, a través de las experiencias vividas y el emergente grupal, se facilite un cambio psicológico individual preferentemente de orden simbólico” (Curivil y Carretero, p. 87).

El Constructivismo Cognitivo ha desarrollado la modalidad grupal de tratamiento para dos cuadros psicopatológicos: los trastornos de la alimentación (Montt y Villarroel, 2003) y la Depresión (Curivil y Carretero, 2007; Yáñez y Vergara, 2007). La presente investigación se enfocara en este último tratamiento, dando paso en los siguientes apartados a su descripción y posterior análisis.

#### **3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA DEPRESIÓN**

La Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión es una metodología de trabajo psicoterapéutico grupal, que fue creada el año 2007 por los psicólogos de la Universidad de Chile: Dr. Juan Yáñez y Mag. Paula Vergara. Motivados por la urgencia de tratamientos adecuados y por los datos epidemiológicos que presenta el cuadro depresivo, desarrollaron este modelo de psicoterapia grupal novedosa para el tratamiento de la Depresión, orientada a intervenir en los distintos niveles experienciales (interpersonal, conductual, cognitivo y emocional).



Basada en la Metateoría, Teoría Clínica Constructivista Cognitiva y en el modelo de Asertividad Generativa (ver anexo 8), la psicoterapia se enfoca en la reducción significativa de la sintomatología depresiva en los pacientes que la integran, y en generar, a través de esto, cambios definitivos y estructurales desde las experiencias personales (Curivil y Carretero, 2007).

Vergara (2009, citado en Guerra 2010) señala que no se aspira a modificar la forma de procesamiento de las experiencias en el sujeto, ni tampoco las formas de operar o funcionar, sino lo que se pretende con la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión es:

“fomentar y flexibilizar el movimiento entre las alternativas de desplazamiento de las dimensiones operativas, según las condiciones contextuales, interpersonales e intrapersonales en las que el sujeto está implicado, y al mismo tiempo, establecer y fortalecer su capacidad para desarrollar estrategias resolutivas más funcionales, que le permitan enfrentar adecuadamente las demandas y perturbaciones externas e internas” (Vergara, 2009, citado en Guerra, 2010, p.127).

Lo relevante es que el paciente reconozca la disfuncionalidad que está viviendo, para así lograr un mayor grado de autonomía, generatividad, flexibilidad y complejidad. Por lo tanto, la idea de la psicoterapia es que el sujeto sea capaz de identificar: el rol que juega en las dinámicas interpersonales, y la forma particular de significar y darle sentido a sus experiencias, que tienden a ser en forma de abandono y rechazo (Vergara, 2011, comunicación personal). Cuando el paciente logra lo anterior puede decidir entonces hacer algo distinto en torno a su vida, flexibilizando sus estrategias resolutivas a fin de lograr una relación de intimidad con el otro, sin el temor o la amenaza constante de ser abandonado o rechazado (Vergara, 2009, citado en Guerra, 2010).

Desde esta perspectiva, la intervención grupal es un tipo de procedimiento complementario a la psicoterapia individual y/o a la farmacoterapia en el tratamiento de la Depresión, en ningún caso pretende reemplazar u ocupar el lugar de ellos, por el contrario, aspira a constituirse en una herramienta que complemente el trabajo individual, potenciando y acelerando los procesos de cambio (Guerra, 2010).

La psicoterapia grupal posee una metodología económica con objetivos específicos, de fácil evaluación, además de principios generales que guían la intervención. Asimismo,

cuenta con un encuadre clínico y una estructura determinada de realización de las sesiones (Curivil y Carretero, 2007; Yáñez y Vergara, 2007), que se pasaran a describir a continuación.

### **3.1.1. METODOLOGÍA**

La Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión consta de un total de doce sesiones de una hora y media de duración (véase anexo 9 para detalle de las sesiones). Idealmente las sesiones se deben realizar con una frecuencia de tres veces por semana, pero se pueden flexibilizar dependiendo de los recursos y demandas del lugar donde se realice (Yáñez, 2011, comunicación personal). Asimismo, todas las sesiones se deben realizar en una sala que reúna las condiciones adecuadas de espacio, temperatura, ruido externo y privacidad.

Es una intervención de estrategia combinada, por lo tanto se plantean temas y se realizan actividades. Todas ellas son semi-estructuradas, es decir, son planeadas según los objetivos de cada sesión y son modificables en función de las necesidades detectadas y las características propias del grupo que surgen durante el proceso (Yáñez y Vergara, 2007).

En cuanto al número de terapeutas, Yáñez y Vergara (2007) señalan que se requiere de dos monitores debidamente capacitados, tanto en la ejecución de la psicoterapia, como en los elementos teóricos en los que se basa.

El grupo de trabajo debe ser pequeño, por lo que dichos autores (2007) recomienda un máximo de 16 participantes, la modalidad es la de grupo cerrado, ya que sus integrantes se mantienen a lo largo de toda la psicoterapia, no permitiéndose la entrada de nuevos miembros.

Los criterios de inclusión de los participantes son los siguientes: nivel educacional básico completo, diagnóstico de Depresión Mayor (Unipolar) según los criterios del DSM-IV, con angustia compensada, juicio de realidad conservado y ausencia de ideación suicida. Además, en forma paralela a la participación en la psicoterapia grupal, los pacientes deben estar asistiendo a algún programa de tratamiento para la Depresión, ya sea de modo interno o ambulatorio (Yáñez y Vergara, 2007).

### **3.1.2. ENCUADRE CLÍNICO**

La Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión establece un conjunto de reglas interpersonales que regulan las relaciones dentro de la misma (Yáñez y Vergara, 2007). Dichas reglas están relacionadas con: la asistencia, puntualidad y aseo personal de los participantes, el secreto del grupo, la participación de los terapeutas, entre otras.

Cabe destacar que la relación terapeuta-paciente que se da en la psicoterapia grupal es de tipo horizontal. El terapeuta es un facilitador de los procesos de cambio en los pacientes, por lo tanto, sus funciones se limitan a: resguardar el grupo, guiar, conducir y facilitar las actividades experienciales, (que deben ser realizadas única y exclusivamente por los pacientes), y promover el análisis de las mismas, de acuerdo con los objetivos específicos que se desean alcanzar (Vergara, 2012, comunicación personal).

De esa manera, la participación del terapeuta debe ser mínima, su rol se limita a mantenerse atentos a la dinámica e intervenir para regularla y direccionarla a fin de cumplir con los objetivos propuestos, dejando siempre el rol protagónico a los pacientes y a la particular dinámica interpersonal que se da entre ellos (Vergara, 2012, comunicación personal).

### **3.1.3. PRINCIPIOS**

Yáñez y Vergara (2007) señalan una serie de principios que guían la intervención de los terapeutas y de los participantes. Dichos principios están basados en los supuestos Constructivistas y tiene que ver con: la significación de las actividades, la validación de las experiencias personales, el análisis de las experiencias negativas desde el modelo de Asertividad Generativa, el estilo de aprendizaje que se persigue, el material de trabajo en sesión, las intervenciones y participación de todos los miembros del grupo, el respeto por la estructura especificada y la apropiación personal por parte de los pacientes de los contenidos y actividades de las sesiones (para un mayor detalle véase anexo 9).

En ese sentido, dichos autores (2007) resaltan que la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, entrega a sus participantes una experiencia personal e interpersonal en curso para ser significada de una manera alternativa al estilo depresivo, instalando con ello un modelo a aplicar en situaciones cotidianas de su acontecer vital.

### **3.1.4. ESTRUCTURA**

Todas las sesiones poseen una estructura definida y un tiempo delimitado. De esa manera la psicoterapia grupal se organiza en: recepción, saludo entre los participantes, contención inicial, ejercicio o actividad central, plenaria y cierre (véase anexo 9 para una mayor descripción)

Es preciso señalar que en la primera sesión se les entrega a los pacientes una bitácora (cuaderno) en donde deben escribir la experiencia personal vivida, que deberán dedicar a uno(a) de sus compañeros(as) (“el amigo secreto”), a quien se le regala al finalizar la psicoterapia. Los últimos minutos de cada sesión se dedican a la escritura de las bitácoras, las que luego son entregadas a los terapeutas para ser utilizadas en la próxima sesión.

### **3.2. ESTUDIOS SOBRE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA DEPRESIÓN**

La Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión ha sido aplicada en diversos establecimientos de salud pública con favorables resultados (Vergara, 2012, comunicación personal). No obstante, hasta la fecha sólo se han publicado dos investigaciones sobre la misma.

La primera investigación publicada fue llevada a cabo por M. Guerra el año 2010, en un Centro de Salud Pública de Nivel Primario ubicado en la localidad de La Calera, Quinta Región. Dicha investigadora, realizó un estudio de tipo exploratorio, descriptivo, comparativo y explicativo, basado en una metodología de tipo cuantitativa, con un diseño cuasi-experimental de preprueba/post-prueba, con dos grupos de pacientes: un grupo control y un grupo experimental.

Su principal objetivo era evaluar empíricamente los efectos y la eficacia terapéutica de una aplicación piloto de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión, utilizando dos instrumentos de medición psicológica: el Inventario de Depresión de Beck, en su segunda edición, y el Cuestionario de Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia OQ-45.2.

En general, los resultados de esta investigación arrojaron que los pacientes con Depresión presentaron cambios estadísticamente significativos, una vez finalizada la psicoterapia, y a un año después de haber participado en ella. Dichos cambios se manifestaron en la sintomatología, en el grado de severidad del cuadro depresivo, en el

ámbito de las relaciones interpersonales, en la visión de sí mismos, de su entorno y del futuro, en el modo de funcionamiento de los sujetos y en la calidad de vida en general (Guerra, 2010).

La segunda investigación publicada fue realizada por M. Silva el año 2011. Consistió en un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, comparativo y explicativo, con un diseño cuasi-experimental de pre-prueba/post-prueba, y muestras pareadas de pacientes con tratamiento farmacológico, y pacientes en psicoterapia individual.

Su objetivo general fue conocer el impacto de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva en pacientes diagnosticados con Depresión de moderada a grave en el COSAM de la comuna de Colina, en la Región Metropolitana. Para ello, utilizó los mismos instrumentos que el estudio anterior.

En relación a los resultados, esta investigación mostró que se produjo un impacto significativo en la reducción de los síntomas en los pacientes que participaron en la psicoterapia grupal. Asimismo, reveló diferencias significativas entre las muestras, ya que el grupo que mantuvo un tratamiento con farmacoterapia y participó en la psicoterapia no tuvo los cambios significativos en la variable Depresión que alcanzaron aquellos pacientes que además tuvieron psicoterapia individual. No obstante, los efectos de la psicoterapia grupal no se sostuvieron en el tiempo, retornando los pacientes después de dos meses a índices previos a la intervención (Silva, 2011).

Las investigaciones de Guerra (2010) y Silva (2011) permiten afirmar que la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión es un procedimiento eficaz, válido y efectivo, que complementa el tratamiento psicoterapéutico individual y farmacológico para la Depresión.

No obstante, se considera que dichos estudios traen en su seno ciertas discrepancias o contradicciones que están relacionadas con el marco metodológico y el foco de investigación.

La psicoterapia grupal está basada en un enfoque que cuestiona la objetividad, el control experimental, y los métodos y modelos que apuntan al desarrollo de una base segura de conocimiento que guíe las aplicaciones a la práctica (R. Neimeyer, 1998), y los diseños metodológicos y foco de investigación de los estudios de Guerra (2010) y Silva (2011) justamente están en la línea de la investigación objetivista, es decir, son estudios cuantitativos que utilizaron métodos y técnicas de investigación que corresponden a la metodología propia del paradigma positivista y realista de la ciencia.

En dichos paradigmas, el marco de observación y de análisis está orientado por la formulación previa de hipótesis y preguntas, que pretenden anticipar el comportamiento del objeto de estudio. Unas y otras permanecen invariables a lo largo de toda la investigación, por lo que apuntan a la construcción de un núcleo de conocimiento que se pueda describir y generalizar. Para ello utilizan como principales herramientas el experimento y la estadística (León y Montero, 2006).

Tanto el estudio de Guerra (2010) como de Silva (2011) realizaron una verificación de las hipótesis que previamente construyeron desde la teoría, anticipándose de esa manera, a los posibles efectos que ocurrirían en los pacientes una vez terminada la psicoterapia grupal. Asimismo, se orientaron hacia la evaluación y medición de determinadas variables relacionadas con la sintomatología y calidad de vida en general de los pacientes, utilizando para ello, cuestionarios altamente estructurados y estandarizados, además de grupos control y experimentales. Del mismo modo, se enfocaron en los resultados con significación estadística, es decir, en la comprobación de que los cambios en los pacientes fueran producto de la participación en la psicoterapia grupal y no producto del azar.

En base a lo anterior, se plantea que dichas investigaciones poseen ciertas discrepancias o contradicciones, ya que al construir hipótesis previas desde lo teórico, dejan de lado la historicidad de las experiencias de los sujetos y los relatos que ellos puedan construir de aquello. Asimismo, al utilizar instrumentos estandarizados y estructurados, y centrarse en los resultados comprobables, marginan de su campo de estudio un aspecto tremendamente importante para el Constructivismo Cognitivo, como es el rol activo de los sujetos en la construcción de su realidad, en este caso, la perspectiva propia de los sujetos involucrados en la psicoterapia, es decir, los pacientes.

A partir de ello, surge el interés de indagar en las visiones subjetivas que poseen los pacientes sobre su proceso psicoterapéutico grupal, es decir, en conocer la manera particular en que cada paciente comprende e interpreta, y le da un significado al proceso que vivió en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, cuestión que se pasara a revisar en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 6: VISIONES SUBJETIVAS DE LOS PACIENTES SOBRE LA PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA LA DEPRESIÓN**

Las visiones subjetivas, a juicio de la autora de esta investigación, se refieren a las percepciones generales que las personas construyen para comprender los fenómenos, es decir, representan las maneras particulares en que los sujetos comprenden e interpretan la realidad. Por lo tanto, son procesos de carácter individual, idiosincráticos que se elaboran a partir de las experiencias particulares y colectivas de los individuos en relación a determinadas situaciones y realidades.

Una de esas situaciones fue facilitada por la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión. Esta modalidad de tratamiento proporciona a los pacientes una experiencia psicoterapéutica grupal, que ellos comprenden e interpretan de manera individual e idiosincrática, construyendo de esa forma visiones subjetivas sobre el proceso psicoterapéutico.

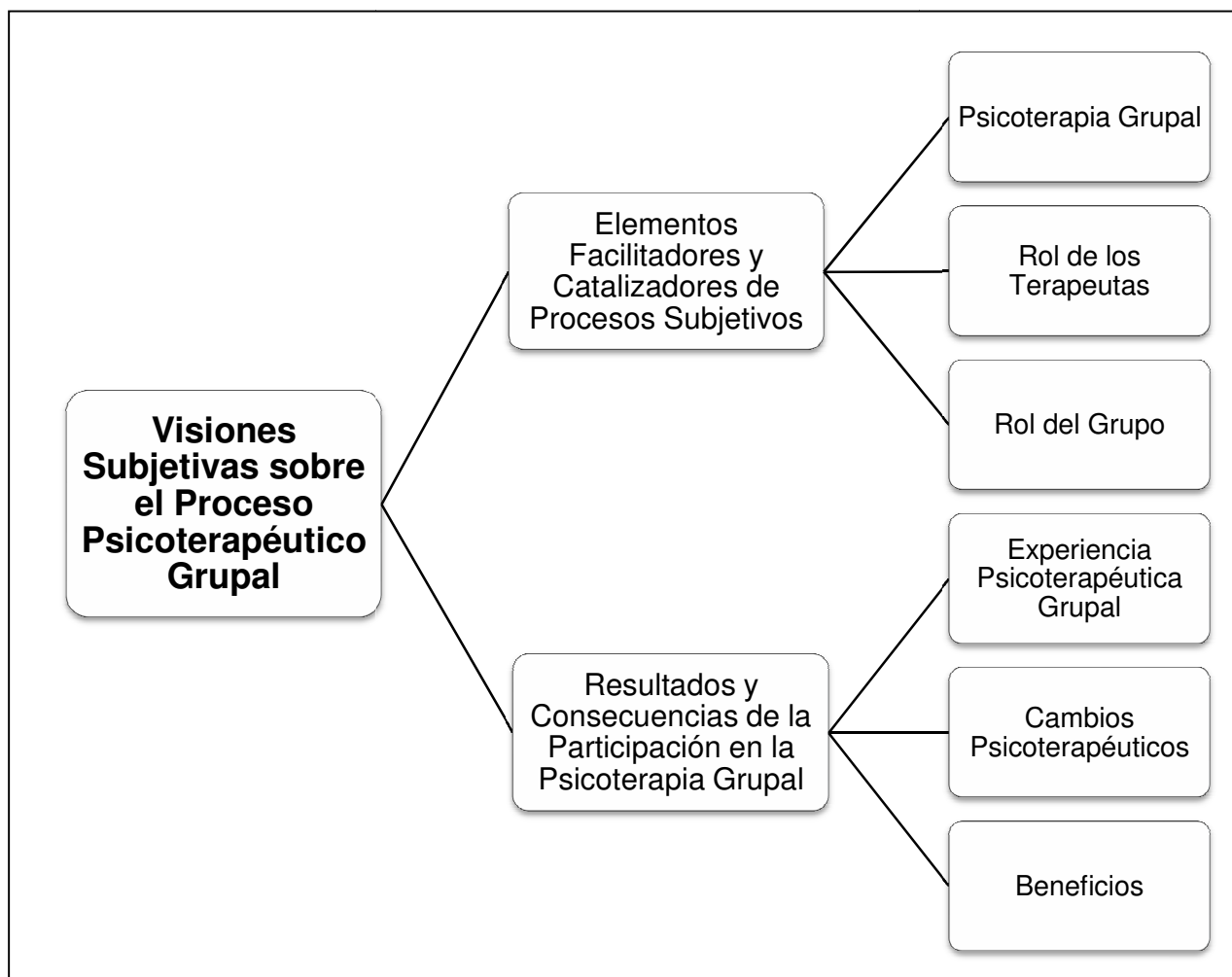
Dichas visiones subjetivas se expondrán en las siguientes páginas, a través de la exploración y análisis de diversas categorías y sub categorías agrupadas en mapas conceptuales, que se construyeron a partir de la literatura existente y las propias palabras y acciones de los pacientes. Luego se detallaran cada una de ellas, de tal manera que se obtendrá un relato desde los sujetos, haciendo hincapié en los significados y en el papel activo de los pacientes en la comprensión e interpretación de las vivencias personales en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

### **1. RESULTADOS**

El análisis de los datos obtenidos se realizó en tres etapas de codificación: abierta, axial y selectiva, siguiendo los planteamientos de la Teoría Empíricamente Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). Dichas etapas permitieron construir una “matriz de categorización” con una categoría central llamada “visiones subjetivas sobre el proceso psicoterapéutico grupal”, como se puede observar en el esquema 1 en la siguiente página.

Dentro de esta categoría central es posible identificar dos sub categorías centrales que agrupan las visiones subjetivas de los pacientes. La primera se denomina “elementos

facilitadores y catalizadores de procesos subjetivos”, y hace referencia a los componentes del proceso psicoterapéutico grupal que permitieron y facilitaron el surgimiento de los cambios, resultados y consecuencias en los pacientes a raíz de su participación en la psicoterapia grupal.



**Esquema 1: “Matriz de Categorización” (Fuente Autora)**

Los elementos facilitadores y catalizadores de procesos subjetivos se organizan en categorías secundarias y sub categorías que giran en torno: a las cualidades positivas de la psicoterapia grupal y la apropiación que realizaron los pacientes de ella; a las características particulares y competencias de los terapeutas; y al rol que jugó el grupo a



través de la identificación con la experiencia del otro, la participación, el acompañamiento y el compromiso con la terapia.

La segunda sub categoría central se refiere a los resultados y consecuencias que obtuvieron los pacientes, desde sus perspectivas, a raíz de la participación en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, los/as cuales son referidos a través de las categorías secundarias y sub categorías relacionadas con: las cualidades positivas de la experiencia psicoterapéutica grupal; los cambios psicoterapéuticos ocurridos en los ámbitos conductual, cognitivo, interpersonal, y afectivo/emocional; y los beneficios que los pacientes obtuvieron de la participación en la psicoterapia grupal.

### **1.1. ELEMENTOS FACILITADORES Y CATALIZADORES DE PROCESOS SUBJETIVOS**

En esta sub categoría central se agrupan tres categorías secundarias que buscan dar cuenta de las visiones subjetivas de los pacientes en torno a la psicoterapia grupal, al rol de los terapeutas, y al rol del grupo.

#### **1.1.1. PSICOTERAPIA GRUPAL**

Esta categoría secundaria reúne las cualidades positivas que los pacientes le atribuyeron a la psicoterapia grupal, y a la apropiación que realizaron los mismos de la terapia como instancia de ayuda, de enseñanza, de aprendizaje, de entretenimiento, y como un lugar de expresión y para ellos mismos, como se puede observar en el esquema 2 en la siguiente página.

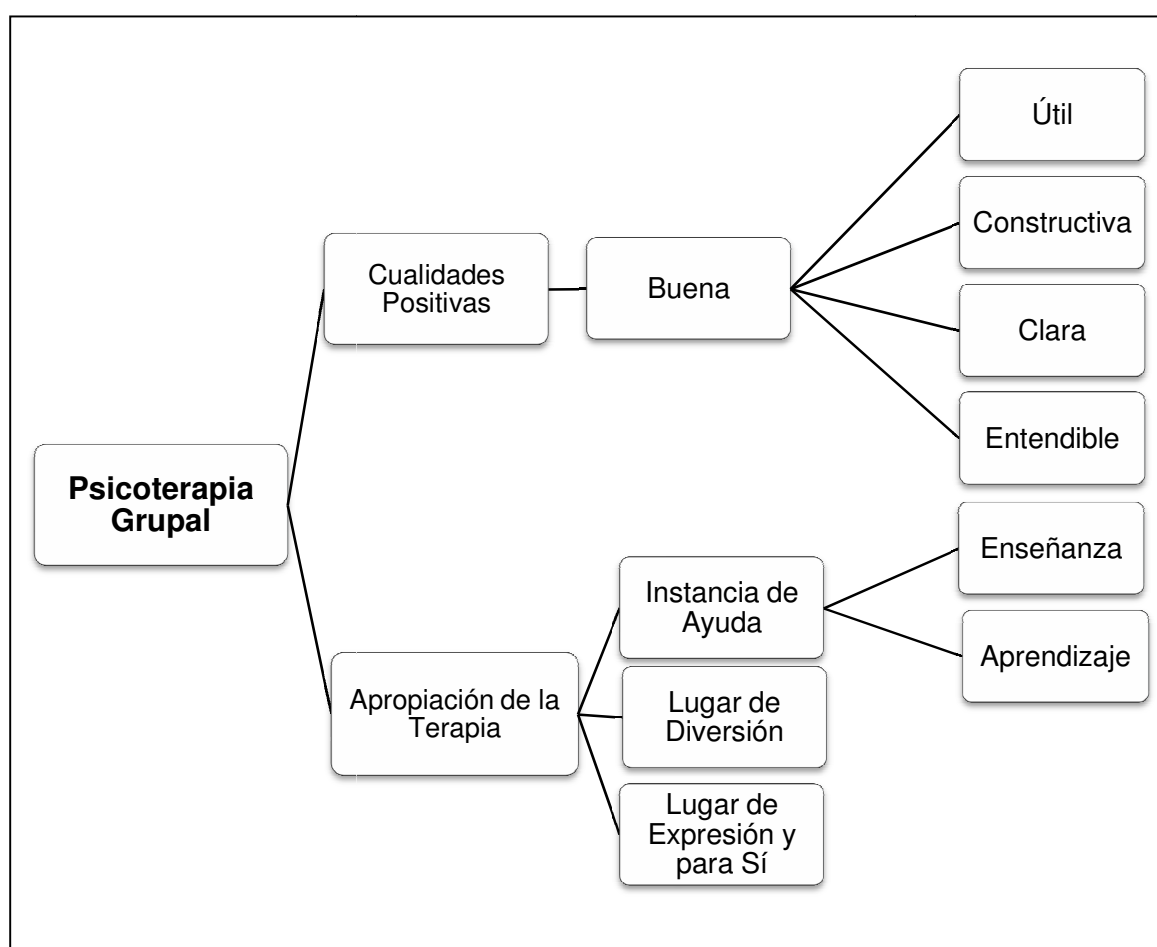
Para los pacientes la psicoterapia grupal fue buena en el sentido de que les reportó una utilidad, un beneficio a sus vidas, brindándoles herramientas para salir de su estado depresivo, valorando la importancia de participar en esta instancia de tratamiento y lo trascendente que fue para sus vidas:

*“Con respecto al taller he crecido como persona, me ha entregado herramientas para salir adelante [...] sin esta ayuda mi vida no habría tenido el cambio que yo necesitaba” (E2),*

*“A mí la terapia me hizo muy bien, porque a lo mejor hubiera estado más depresiva” (E1),*

Así también la psicoterapia fue buena porque les brindó claridad y lucidez para comprender su situación actual y lograron obtener una “lección” para sus vidas, entendiendo la importancia de las figuras de apego,

*“Se me aclaro bastante la película, yo soy bastante poco expresiva [...] saque una buena lección, aprendí de que si yo hubiera sido bien guiada en la vida, hubiera sido una mujer feliz” (E1).*



**Esquema 2: Categoría Secundaria “Psicoterapia Grupal”**

La psicoterapia grupal fue considerada buena y constructiva, ya que significó un fortalecimiento y una alegría para los pacientes, de manera tal que les ayudó en los

procesos de cambio, es decir, fue una terapia constructiva debido a que les permitió traer emociones positivas a sus vidas y con ello sentirse mejor y con una mayor fortaleza,

*“La terapia fue muy constructiva para mi, muy constructiva, estuve contenta [...] me sirvió tanto la terapia, he estado como más fuerte, más firme, pa’ recibir el chaparrón que mi hija me manda, así que eso ha sido bien constructivo en mi” (E1).*

De la misma manera, fue una terapia psicológica grupal buena, clara y entendible, debido a que los temas y actividades que se trabajaron eran sencillos y comprensibles, de la vida cotidiana de los pacientes, en los cuales afloraban las emociones y sentimientos,

*“Eran temas de uno, temas de uno, de em, personales pero en otra, pero como en otro nivel así, como en otro nivel no así pa’ (hace un gesto con la mano indicando el corazón)... eran temas que se evaluaba lo de uno, y eso yo lo halle bueno” (E3),*

Estableciéndose incluso diferencias con otros tipos de tratamientos. En esta oportunidad los pacientes sintieron que les hablaron con la nitidez y sapiencia necesaria, en términos cotidianos, cuestión que les permitió entender lo que los terapeutas querían transmitir,

*“Yo llevo años de tratamiento psicológico, muchos años, entonces encontré que esta vez, me hablaron bastante claro en el sentido de que repente las personas no dicen bien lo que uno tiene que oír, entonces por eso yo creo que fue clara y bien entendible [...], entendí todo lo que me explicaban [...] fueron positivos todos los temas que se abordaron, y los puedo aplicar en mi casa, en la vida cotidiana, eso es lo que tengo que hacer” (E1).*

En relación a la segunda sub categoría, los pacientes se apropiaron de la psicoterapia grupal transformándola en una instancia de ayuda que les enseñó y educó, siendo la psicoterapia grupal instructiva y educativa,

*“Cada vez que nos juntábamos pa’ mi era bien instructivo, bien educativo” (E1),*

Que les entregó valores y les facilitó la interacción con las otras personas de la comunidad, es decir, fue una instancia que les dio una orientación en torno a las

relaciones interpersonales y les permitió aumentar la autoestima, convirtiéndose la psicoterapia grupal en lugar de enseñanza desde el comienzo hasta el final, aprovechándose cada actividad y tema,

*“Hoy me sentí muy bien, el taller me enseña a compartir más con los seres que me rodean, y a quererme y respetarme como persona [...] el taller en general me ayudó, desde que uno se sienta acá, hasta el último día que uno se va, cada clase o cada actividad te enseñaba un poquito más, un poquito más ” (E4).*

La psicoterapia grupal se transformó en una ayuda para los pacientes, debido a que les facilitó procesos de aprendizaje. Desde sus perspectivas adquirieron nuevos conocimientos, a pesar de las creencias populares que existen en torno a la vejez y el aprendizaje,

*“La psicoterapia me sirvió mucho, aprendí bastante porque aunque ya tengo 75 años, igual sigo aprendiendo algo nuevo” (E1),*

*“Uno nunca deja de aprender” (E2).*

De igual forma, la psicoterapia se convirtió en un lugar de diversión, aspecto muy importante para ellos. Antes de comenzar la psicoterapia grupal habían reportado una disminución o pérdida de interés, y de la capacidad de disfrutar de las actividades que alguna vez fueron parte de su vida,

*“No tengo tiempo libre, no se organizarme” (E4),*

*“No hay tiempo para el ocio o para hacer actividades que me gusten” (E2),*

*“Me gusta acostarme en un sillón y dormir y ver tele, pero ahora casi no lo hago, lo menos posible” (E1).*

Así entonces, la psicoterapia grupal se tornó en un lugar de entretenimiento, de distracción, en donde el escuchar y compartir con el grupo resultaba agradable, y se producía un cambio, una renovación de energías,

*“Hoy fue muy entretenido el taller, me agrada mucho escuchar los testimonios de mis compañeros [...] el taller me cambia la tristeza [...] me voy renovada a mi casa” (E2),*

Y los pacientes se marchaban con sentimientos de bienestar a sus casas,

*“Me voy feliz de haber compartido una vez más con todas estas persona maravillosas” (E4),*

*“Me voy contenta de este taller” (E2).*

Asimismo, se transformó en un lugar de expresión, en donde los pacientes sentían que podían ser ellos mismos, sin ataduras ni prejuicios, produciéndose una diferenciación entre el espacio producido dentro de la psicoterapia grupal y la vida fuera de ella, sintiendo que tenían momentos sólo para ellos y que estaban en otro lugar distinto, cambiando sus rutinas diarias,

*“La psicoterapia me ayudo a tener esos momentos que eran solamente para mí, yo llegaba acá y se me olvidaba el mundo de afuera y me concentraba en lo que tenía que hacer acá [...] tengo cosas de mi casa y quiero abarcar eso y esto, y no me queda tiempo para hacer mis cosas personales, entonces por eso cuando vengo estoy aquí y no estoy en otro lado, y me ayuda y me gusta, me relajo y es como el único espacio que yo estoy así tranquila, y pensando en lo que yo estoy haciendo y me siento agradable, me siento bien” (E4),*

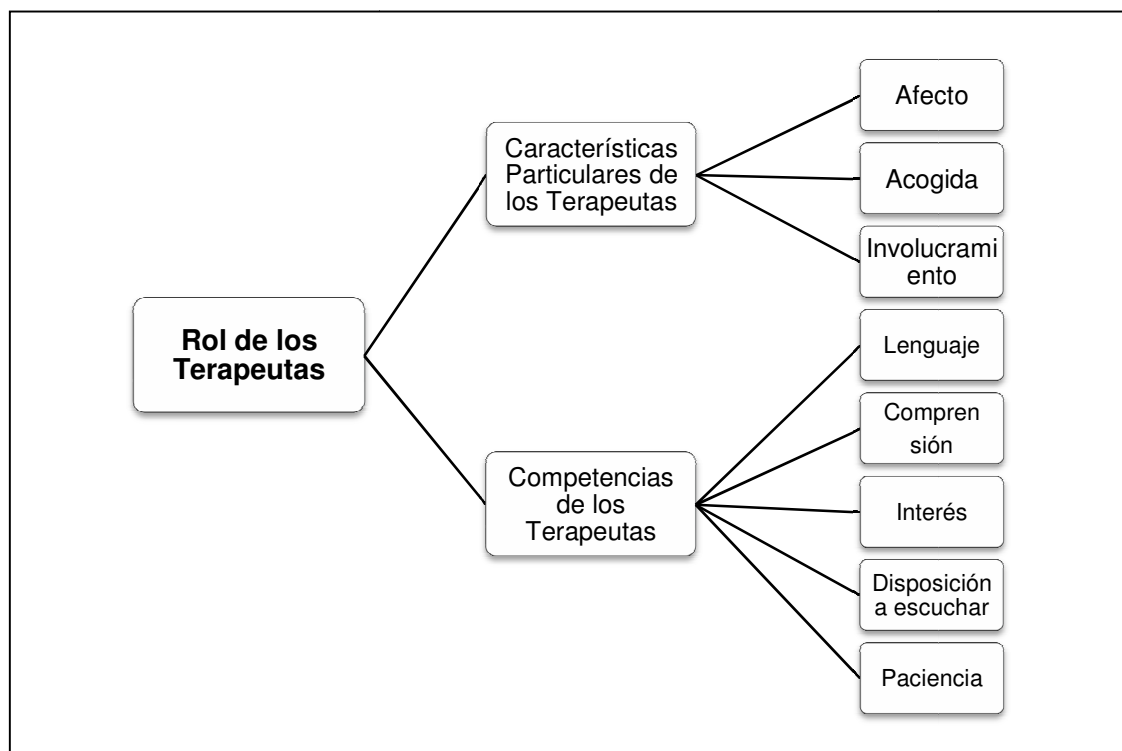
*“Este taller me cambia la rutina [...] aquí es como que uno vive en otro mundo, una vez que termina es volver a su vida normal, esto me hace feliz” (E2),*

Un lugar donde podían expresarse libremente y “soltar” aquellos problemas que los agobiaban y angustiaban, utilizando no tan sólo las palabras, sino también otras formas de comunicación como el llanto,

*“Aquí converso yo todo lo que siento, y uno hasta lloriquea porque uno se acuerda de los problemas que uno tiene en la vida, y que eso a uno le está afectando, y uno en estas reuniones uno suelta esas cosas” (E3).*

### 1.1.2. ROL DE LOS TERAPEUTAS

El rol de los terapeutas es una categoría secundaria que agrupa dos sub categorías, como se observa en el siguiente esquema, que tienen que ver con las características particulares de los terapeutas y las competencias de los mismos.



**Esquema 3: Categoría Secundaria “Rol de los Terapeutas”**

Para los pacientes los terapeutas a cargo de la psicoterapia grupal jugaron un papel sumamente importante en la generación de los cambios psicoterapéuticos. Los terapeutas se transformaron en facilitadores y catalizadores al propiciar y generar los espacios y cuestionamientos, al ser quienes motivaban y ayudaban a los pacientes en sus procesos individuales,

*“La psicoterapia grupal me ayudo en el tratamiento, y eso está relacionado con los terapeutas, con las personas que estaban encargadas, ustedes, porque sí, eso me sirvió mucho” (E1),*

*“Todo ayudo, pero ustedes fueron lo más importante, ustedes son lo que dan el empuje, ustedes son los que hacen las terapias, los talleres [...] yo me doy cuenta de que he crecido y he aprendido gracias a ustedes, ustedes nos hablan eee, nos dan, haber... camino a seguir, lo toma o lo deja, que eso también es importante porque es como una ayuda que de repente como que le, le abre el caminito [...] con la ayuda de los profesionales me fue más fácil salir adelante y de eso estoy súper agradecida” (E2),*

*“Yo gracias a ustedes ee, he salido a flote” (E3).*

De esa forma, una parte importante de los cambios, resultados y consecuencias son atribuidos al rol que desempeñaron los terapeutas. Los pacientes definieron el rol de los psicólogos a partir de las características personales y las competencias de los mismos. Así entonces, fueron caracterizados como personas afectuosas que se relacionaban de forma cordial

*“Los psicólogos son amorosos y cariñosos” (E1),*

*“Lo que más me gusta es el recibimiento, eso porque tiene hartos amor, decir hola como estoy, porque uno la conocen hartos tiempo, eso me gusta, porque a uno la tratan bien” (E3).*

Que brindaban una buena acogida y hospitalidad,

*“Le digo esto, estoy muy contenta y agradecida de los profesionales, de la hospitalidad que se me ha ofrecido aquí, que se me ha dado, contenta, contenta, porque nunca, en los años que tengo, me habían dado una muy buena bienvenida, primera vez, entonces imagínese que más puede querer uno, una ayuda a esta altura” (E2),*

Terapeutas que se involucraban con los pacientes, forjando una relación terapeuta-paciente de mayor cercanía y alta estima, estableciéndose un vínculo de confianza y familiaridad, que permitió el despliegue de los estilos particulares de los pacientes,

*“Bueno para mí era muy importante, son... los terapeutas, el psicólogo a mí de un tiempo acá lleva hartos conmigo, igual usted cuando empezó, igual era como grata, a lo mejor habían muchas preguntas que cuando al principio las hacía, yo no las entendía, el cómo*

*explicarlas, pero es tanto lo que ustedes están metidos con nosotros, eso es importante para mí, no sé para los demás, eh que al final igual uno se involucraba, igual uno decía las cosas y las sacaba, y eso para mí es bueno” (E4).*

En cuanto a las competencias de los psicólogos, los pacientes destacaron aspectos relacionados con el lenguaje como la nitidez, el adecuado uso de las palabras y frases, y la importancia de la conversación,

*“El psicólogo y la psicóloga muy claros para hablar” (E1),*

*“Los psicólogos no ponen inyección, pero con las palabras ya uno chuta, dice hay que actuar de otra manera [...] lo más importante pa’ mí, de que yo pongo oído a lo que me dicen, lo que se conversa con los psicólogos, eso es lo importante para mí, de poner oreja, a lo que nos ponemos a conversar, entonces ahí uno dice ah chuta ya ahí estoy mal [...] gracias a los psicólogos, a ellos, porque no es cosa de que a uno le den pastillas, sino también uno necesita una conversa’, em no se tratar lo que uno conversa, lo que a uno la enferma, una conversa y ellos le responden, y uno va saliendo de eso” (E3).*

La comprensión e interés de los terapeutas fue de las competencias que los pacientes rescataron y connotaron positivamente, así como también la disposición a escucharlos, y por sobretodo la paciencia. Los pacientes atribuyen una gran importancia a la paciencia que tienen los terapeutas en escucharlos y en la ayuda que les proporcionan, cuestión que les permite “salir” del estado depresivo,

*“Lo positivo de la terapia es de que ustedes, los profesionales de esto, tienen paciencia en escuchar tanto problema que uno tiene, que yo digo ustedes se llevan todos estos problemas de uno, que el marido se le murió hace años, que está enferma y de que em, las hijas, los nietos, tatatata..., entonces uno les entrega todas esas cosas a ustedes, y ustedes lo escuchan con paciencia, y nos dan ideas [...] ustedes tienen paciencia y estudian para escuchar tanta tontera de la gente que, jajaja, ustedes claro que uno le dice ah que se murió mi marido, tatata..., y ahí ustedes con paciencia, nos quedan mirando con cara de afligida que uno tiene, y que se le llenan los ojos de lágrimas, entonces ustedes tienen esa fuerza para escucharlo, entonces eso yo lo hayo bueno en los profesionales de ustedes, que esa es la cuestión que ustedes eligieron de ayudar a la gente con Depresión, no importa la clase de*



*Depresión que sea, pero esto es en el alma y la mente, entonces ustedes los sacan del hoyo, los sacan del pozo” (E3).*

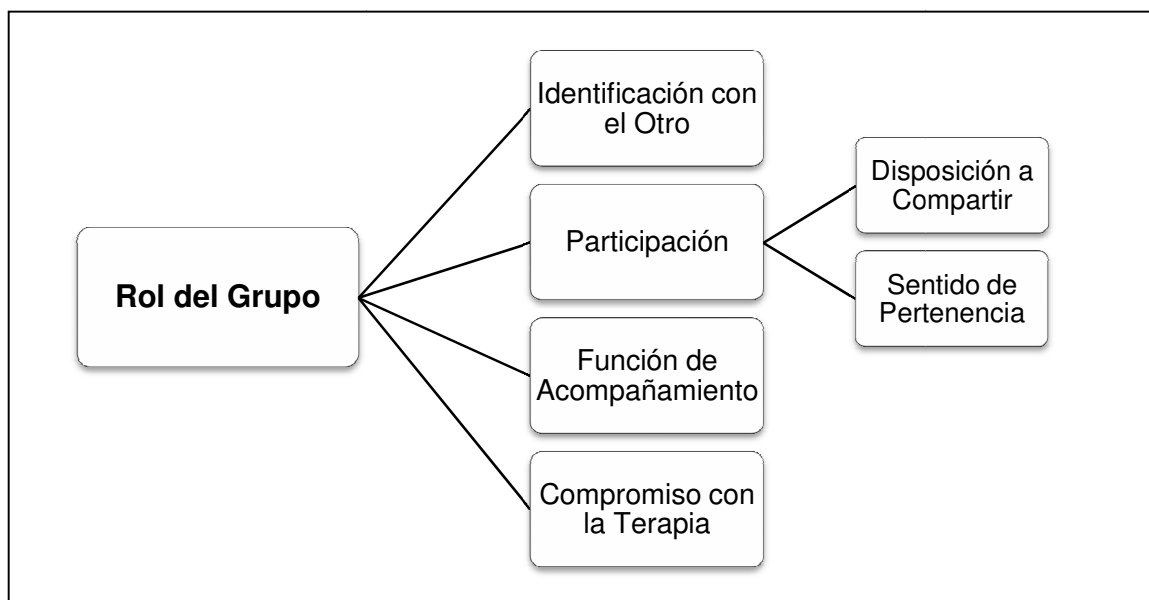
Por lo mismo, en reiteradas ocasiones los pacientes manifestaron su agradecimiento por el apoyo, atención y orientación que brindan los terapeutas,

*“Doy las gracias porque están y nos escuchan, y nos orientan para que seamos mejores” (E4),*

*“Gracias por todo, por su apoyo hacia nosotros” (E2).*

### **1.1.3. ROL DEL GRUPO**

La categoría secundaria rol del grupo agrupa cuatro sub categorías que aluden a la identificación que se produjo con las experiencias de los otros pacientes, a la participación, a la función de acompañamiento que cumplió el grupo, y al compromiso con la terapia que adquirieron los pacientes, como se observa en el esquema 4 a continuación.



**Esquema 4: Categoría secundaria “Rol del Grupo”**

El grupo cumplió un rol importante desde las perspectivas de los pacientes, actuó como facilitador y catalizador de procesos subjetivos, debido a que se sintieron identificados en las experiencias de los otros sujetos, pudiendo observar cómo afecta la Depresión a las otras personas y con ello notar la similitud de las experiencias,

*“Me sirvió eee cuanto se llama las experiencias ajenas que habían, que fue muy abierta, toda la gente muy honesta para contar sus problemas, para desahogarse [...] yo cuando venía al taller venía triste, no venía muy bien, pero en el transcurso del taller mi tristeza desapareció gracias al testimonio de mis compañeros” (E2),*

*“La psicoterapia fue buena, buena porque uno ya conoce otras personas, y escucha, [...] yo como le digo le daba consejo a otras, yo tenía lo mismo pero no me superaba yo, así que yo la halle buena porque yo conocí a otra gente, con otra clase de problemas y que esos problemas están en el alma” (E3).*

Asimismo, los pacientes se identificaron en las actividades experienciales, cuestión que les permitió ponerse en el lugar del otro y vivir las situaciones de manera tal que llegaron a movilizar emociones en ellos,

*“Hay que ponerse en el caso de los cieguitos, y ese día, me impactó porque... chuta los cieguitos como andan, entonces es vivir la vida de ellos, haber hecho esa actividad, se pone en el caso de lo otro, de los cieguitos, se pone en el caso de ellos, entonces ahí uno como se siente feliz de que uno ve poh, y ahí uno cambia de la pena a la alegría, de la pena a la alegría, [...] entonces uno se toma esa experiencia del cieguito, que debe ser penoso,... entonces yo sufrí ese momento y después cuando me dijeron ya abra los ojos, aaah me sentí feliz porque yo veía, claro, si pues, siiii, ese movimiento ahí lo tome, porque ve que a uno la llevaban así, y la sufrí yo porque iba uuuh, pensando yo como era eso, como que la sufrí ese poquitito, y después vi... cambia el alma, cambia” (E3).*

Los pacientes evaluaron positivamente su participación en la psicoterapia grupal y destacaron la disposición a compartir de ellos mismos, y lo agradable que resultó conversar y exponer sus situaciones frente a otros, que los comprendieron y aceptaron,

*“Pa’ mí lo más importante es estar con más personas, estar con más personas y con personas que conversen, el compartir con otras personas, y oír otros temas de otras personas” (E1),*

*“Lo más importante para mí fue, cuanto se llama, el haber conocido más gente, más que fue invitada al taller, y que fueron exponiendo sus problemas” (E2).*

Lo anterior les dio un sentido de pertenencia, sintiendo que estaban formando una familia, la cual los acogió y ayudó en su tratamiento. El grupo les permitió abrirse, contar sus problemas y eso produjo una mejora en ellos, un “alivio” colectivo,

*“Las personas que están al lado de uno, o sea en el taller, eh, teniendo sus propias vivencias o yo contando mis vivencias, como que igual eso así va dando como algo, algo bonito, como que eso era una nueva familia que uno estaba formando” (E4),*

*“Todo fue bien armonioso, como una familia que chuta que nos contamos todo los problemas y nos aliviarnos, nos aliviarnos” (E3).*

Dicho sentido de pertenencia les llevó a percibir significativamente la falta de los pacientes que no asistieron a algunas sesiones, o los que abandonaron la terapia,

*“Cuando no viene alguien yo ya sé quien son las que no vinieron, entonces eche de menos a personas del grupo de la terapia que se hizo” (E1),*

*“Yo no encuentro nada negativo, lo único que algunas personas no siguieron viniendo y uno como que echa de menos ya a las personas del grupo” (E1),*

Haciendo notar que fue una ayuda importante que dichos sujetos desaprovecharon,

*“Hay mucha gente que se lo perdió, que yo el otro día le decía a mi psicólogo, que se perdió algo tan importante, no toda la gente tiene la oportunidad de esto poh, entonces la gente no lo ve, lo toma así como muy en el aire no más, y no saben lo que se pierden, es una ayuda personal” (E2).*

El grupo cumplió una función de acompañamiento al recrear situaciones de la vida cotidiana, que llevaron a sentimientos de bienestar en los pacientes,

*“El caminar fue una de las cosas que más me gustó, porque como yo siempre camino sola, entonces me sentí acompañada con las demás personas, me sentí acompañada porque siempre yo voy sola pa’ todos lados” (E1),*

*“Me gustó la actividad de saludarse y encontrarse, fue rico encontrarse con otra gente que no ha visto hace días, rico encontrarse con otra gente que te da alegría, que te da alegría en el alma y en el corazón y te le olvida la pena, te le olvida” (E3).*

Otro aspecto que destacaron los pacientes es relativo al compromiso que ellos asumieron con la terapia y con el grupo, que lo vieron expresado en el tema de la asistencia,

*“Yo un día no pude venir, pero yo me comprometo, puedo yo no venir un día por algún problemilla o porque esté enferma, pero luego la otra semana y la otra semana no” (E2),*

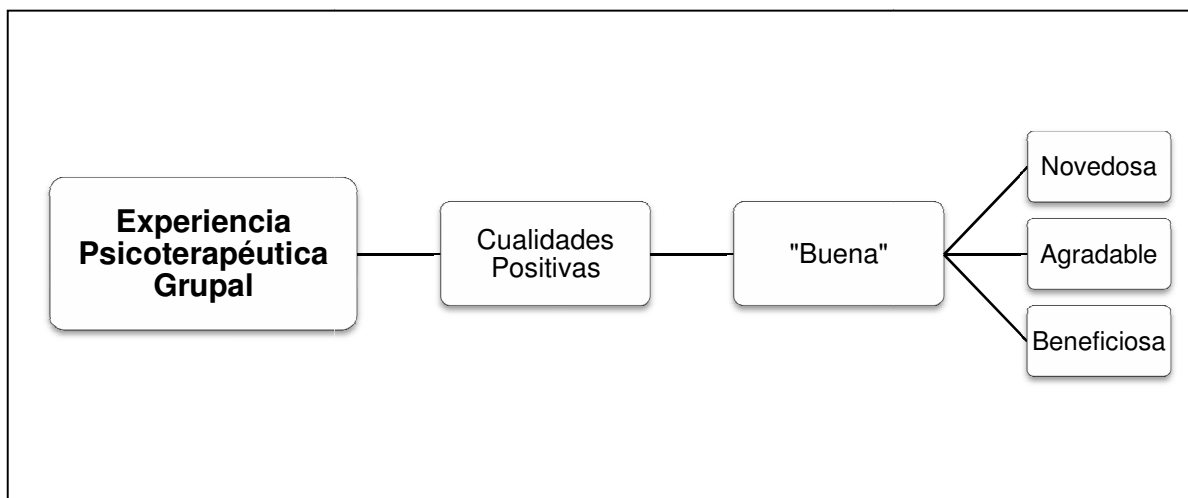
*“El taller fue un aporte para mí, porque yo vine, porque eso era para mí bien, no era para ustedes, [...] todo fue importante, todo, porque fue la asistencia mía, de que yo vine, las conversas, lo que hicimos, el caminar, las actividades, fue todo, fue todo” (E3).*

## **1.2. RESULTADOS Y CONSECUENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN EN LA PSICOTERAPIA GRUPAL**

La sub categoría central de resultados y consecuencias de la participación en la psicoterapia grupal agrupa tres categorías secundarias y sub categorías que tienen que ver con la experiencia psicoterapéutica grupal, con los cambios psicoterapéuticos y con los beneficios que acarreo para los pacientes la psicoterapia grupal.

### **1.2.1. EXPERIENCIA PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL**

La categoría secundaria de experiencia psicoterapéutica grupal agrupa a la sub categoría relacionada con las cualidades positivas que tuvo la experiencia para los pacientes, como se puede observar en el esquema 5 en la siguiente página.



**Esquema 5: Categoría secundaria “Experiencia Psicoterapéutica Grupal”**

La experiencia psicoterapéutica grupal fue considerada como buena, en el sentido de que fue novedosa, ya que algunos pacientes no habían participado anteriormente en intervenciones grupales, y esta experiencia fue grata, divertida, y lo más importante de ayuda para “salir adelante”,

*“Fue una buena experiencia, porque fue una experiencia nueva, me divertí mucho eee,[...], buena en el sentido de que, mmm, haber la ayuda a uno como persona, porque yo nunca había asistido, yo conversaba, he conversado, yo nunca había asistido, pero me ayudado cualquier cantidad, nunca había estado con psicólogo, y me ayudo a salir adelante” (E2).*

Asimismo, fue una experiencia buena porque fue agradable y les permitió a los pacientes experimentar estados placenteros ligados a la alegría y entretenimiento, les permitió “reírse”, “sentirse contentas”, cuestión que se había visto disminuida en sus vidas,

*“Hoy ha sido un día una vez más muy entretenido, me voy contenta de este taller [...] estoy contenta porque aquí en este taller no se pasan penas” (E2),*

*“Fue muy agradable, eee fue una experiencia igual para mi inolvidable igual porque me ayudo, [...] lo positivo del taller fue, eem..., el sentirme contenta, el reírme mucho más de los que me puedo reír en la vida diariamente” (E4).*

De igual forma, fue una experiencia psicoterapéutica grupal buena porque benefició a los pacientes, les permitió renovarse, despejar su mente y llegar con una disposición distinta a sus hogares, yéndose más livianos y tranquilos. En la terapia grupal los pacientes se desahogaban y eso les procuraba un estado de calma y sosiego que se sentía en el cuerpo como un descanso,

*“La psicoterapia fue buena en el sentido de que me voy más descansa'ita pa' mi casa, me voy mas descansa', descansa, descansa y ayer me hija me dice: 'mita como le fue', yo le digo ah bien, le digo me fue bien porque salí más alivia' [...] yo me iba contenta del taller, como le digo allí yo entregaba mis cosas y en la bitácora también ahí me expresaba, me expresaba y escribía, yo llegaba así y así y me voy asa y asa, y una vez bien y no tenía ánimos, ánimos de nada y escribía que no tenía ánimos de nada, nada, nada..., ahí no tenía ánimos de escribir nada, pero en las conversaciones uno se va distinta, se va alegre, no ¡alegre!, pero sí más descansa'ita” (E3).*

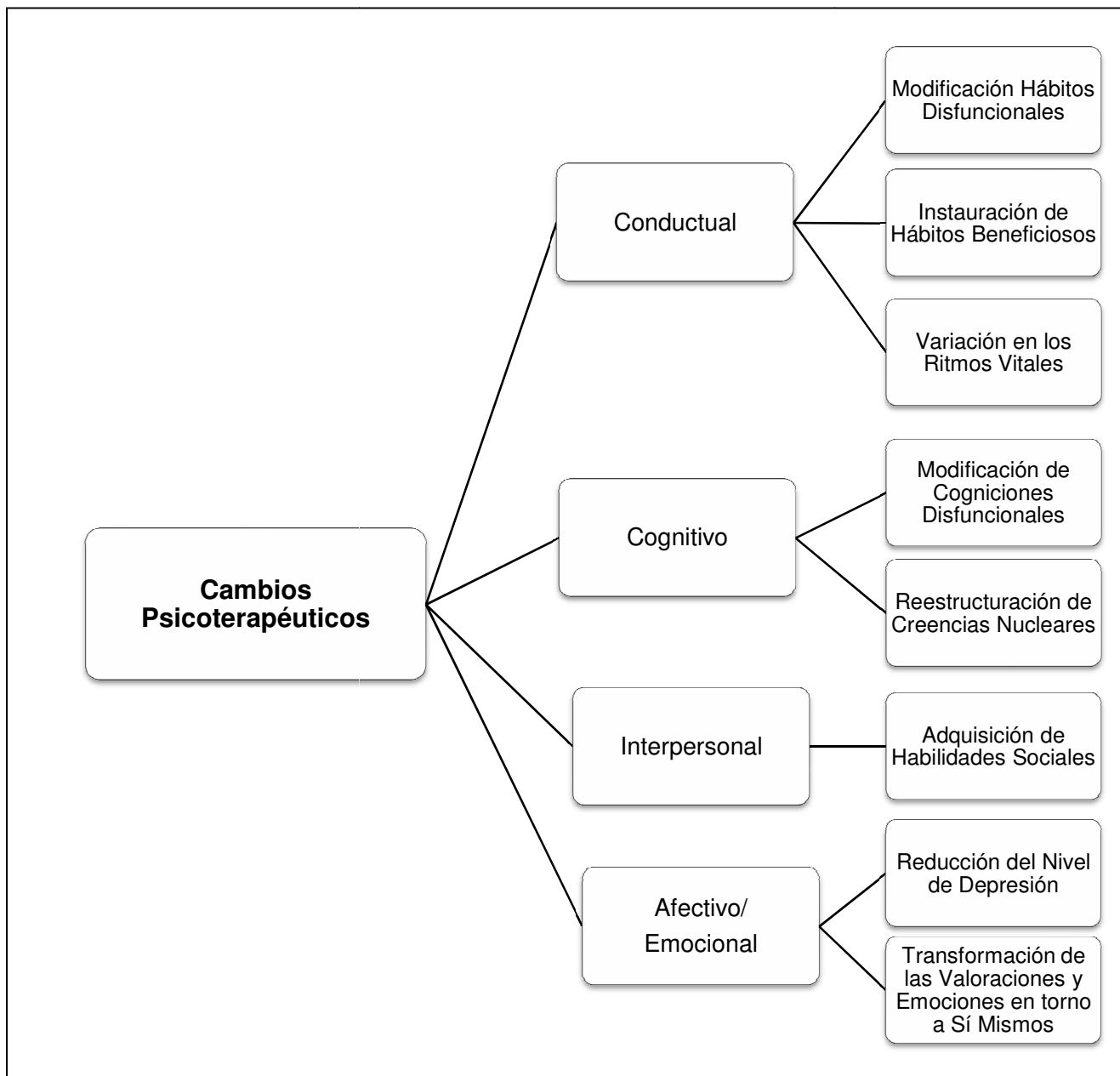
### **1.2.2. CAMBIOS PSICOTERAPÉUTICOS**

Esta categoría secundaria agrupa cinco sub categorías relacionadas con los cambios psicoterapéuticos ocurridos en los pacientes a raíz de su participación en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

Dichos cambios se manifestaron en los ámbitos: conductual, cognitivo, interpersonal, y afectivo/emocional, como se puede observar en el esquema 6 en la siguiente página.

Para términos de análisis y prácticos se realizara un desglose de los cambios psicoterapéuticos en los diferentes ámbitos donde se manifestaron, comenzando por el ámbito conductual, el cual incluye las sub categorías relacionadas con la modificación de hábitos disfuncionales, la instauración de hábitos beneficiosos y la variación en los ritmos vitales. Luego se presentaran los cambios psicoterapéuticos en el ámbito cognitivo a través de la modificación de las cogniciones disfuncionales y la reestructuración de las creencias nucleares. En tercer lugar se expondrán los cambios psicoterapéuticos el ámbito interpersonal con la sub categoría referida a la adquisición de habilidades sociales, y por último se describirán los cambios psicoterapéuticos en el ámbito afectivo/emocional

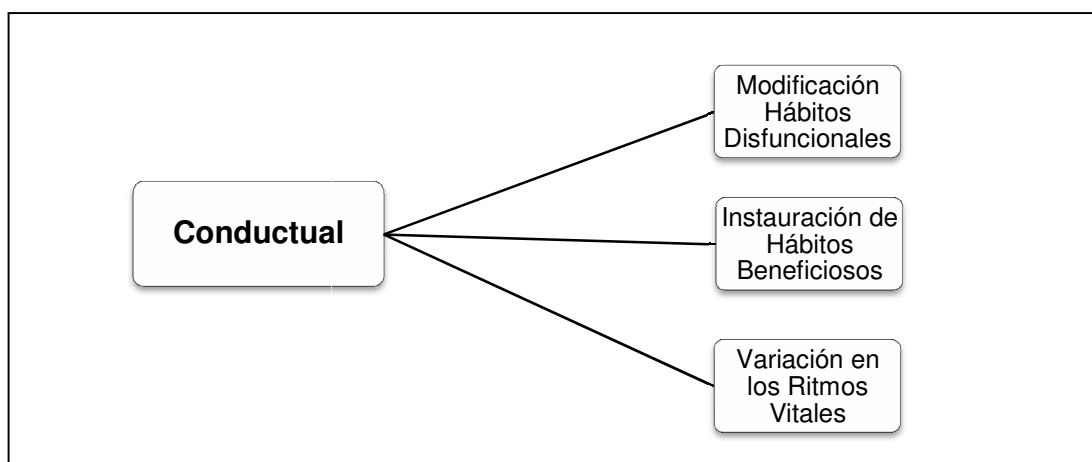
expresados en la reducción del nivel de Depresión y la transformación de las valoraciones y emociones en torno a sí mismos.



Esquema 6: Categoría Secundaria "Cambios Psicoterapéuticos"

### 1.2.2.1. CAMBIOS PSICOTERAPÉUTICOS EN EL ÁMBITO CONDUCTUAL

En el ámbito conductual, las visiones subjetivas de los pacientes en torno a los cambios psicoterapéuticos se expresaron en tres sub categorías relacionadas con: la modificación de hábitos disfuncionales, la instauración de hábitos más beneficiosos, y en el restablecimiento de los ritmos vitales, como se puede observar en el siguiente esquema:



**Esquema 7: sub categoría “Cambios Psicoterapéuticos en Ámbito Conductual”**

Los pacientes expresaron haber corregido hábitos disfuncionales, e instaurado otros más beneficiosos, durante el desarrollo y una vez que finalizó la psicoterapia grupal.

De esa forma, comenzaron a distinguir aspectos propios del trastorno afectivo, como el quedarse acostados, el no querer salir, la falta de interés, o de apetito. Asimismo, los que tendían al retraimiento, a encerrarse en sus casas y llorar, y a no relacionarse con otras personas cuando se sentían deprimidos, empezaron a salir de sus habitaciones y realizar otras actividades que les permitiera sentirse mejor, instaurándose hábitos más beneficiosos para la salud, como el caminar, compartir con otras personas,

*“Hay cosas que hago distintas, antes de que asistiera a los talleres si poh, me hallaba muy llorona y no me daban ganas de salir, ganas de salir pa’ ni una parte, y ahora ya decía yo, ah mañana tengo reunión, entonces yo me daba el valor en la mañana de que tenía que ir a las reuniones [...] en la depresión uno se pasa acosta’, no quiere salir, ni a las reuniones, ya ahora vengo a todas las reuniones” (E3),*



*“Antes me pasaba esto que me paso hoy día en la mañana y yo me quedaba en mi pieza dos o tres días, sin comer, sin salir pa’ fuera, echaba llave por dentro y me quedaba ahí, ahora ya no poh, porque ahora ya me baño y me arreglo bien, me acomodo, hago lo que tengo que hacer y trato de salir a andar [...] yo opte, dije yo así como voy al taller o voy a la terapia, entonces me voy a caminar, yo ya no estoy encerrándome en mi pieza, al contrario salgo a caminar” (E1).*

Igualmente, los pacientes relataron haber tenido cambios en sus ritmos vitales. Antes de participar en la psicoterapia grupal, algunas de ellos manifestaron alteraciones en el sueño, síntoma muy característico de la Depresión,

*“Este último tiempo he estado durmiendo mal, no es como antes” (E2),*

Alteraciones en el apetito, que repercutieron en el peso de los pacientes,

*“Ha bajado mi apetito, incluso he bajado como siete kilos de peso” (E1),*

*“Mi apetito no es tan bueno como antes” (E2).*

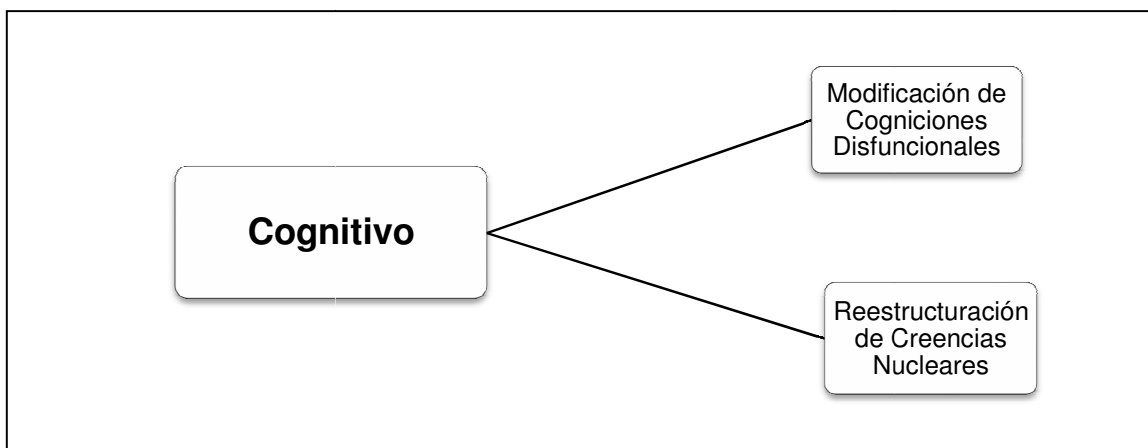
Luego de participar en la psicoterapia grupal, los pacientes señalaron sentimientos de bienestar y recuperación de sus ritmos vitales normales, especialmente en el sueño,

*“Ya me acuesto tranquila en la noche, me tomo mis medicamentos y me pongo a rezar un poco y después me pongo a dormir, porque antes me ponía a pensar no sé qué cosas y ahora no [...] pensaba en que, de mi vivienda, de los hijos, y de todas esas cosas, de los hijos que ya me tenían hasta no sé donde, así que ahora ya no estoy en ese pensamiento de ellos” (E1).*

### **1.2.2.2. CAMBIOS PSICOTERAPÉUTICOS EN EL ÁMBITO COGNITIVO**

En el ámbito cognitivo los cambios psicoterapéuticos en los pacientes se expresaron en dos sub categorías secundarias que a su vez agrupan a otras sub categorías, que están relacionadas con las modificaciones de las cogniciones disfuncionales en torno a las visiones de sí mismo, del entorno y del futuro, y en la reestructuración de las creencias

nucleares, a través de la aceptación de la universalidad de la experiencia humana, como se puede observar en el esquema siguiente:



**Esquema 8: Sub Categoría “Cambios Psicoterapéuticos en Ámbito Cognitivo”**

En relación a la visión de sí mismo, los pacientes antes de comenzar la psicoterapia grupal poseían apreciaciones negativas sobre ellos, si bien expresaban aspectos positivos, primaban los defectos, los sentimientos de inferioridad, y la carencia de atributos adecuados para desenvolverse exitosamente, subestimándose continuamente,

*“Me siento buena persona pero tonta muchas veces” (E4),*

*“Hay cambios en mi aspecto, que me siento mal, poco agradable” (E1).*

Más tarde, ya participando en la psicoterapia grupal, los pacientes comenzaron a revalorar sus atributos y a percibirse en forma más positiva, incluso algunos de ellos presentaron cambios en su apariencia física, comenzaron a arreglarse, a verse mejor presentados,

*“Me quedo muy en mi mente la diapositiva que vimos, porque eso me reflejo tanto, esa señora tan triste tan, uuyy yo la miraba (hace un gesto con su cuerpo), y yo pensaba que yo estoy o estaba así, pero yo no quiero estar de esa forma, [...] no quiero estar mal tan mal como la imagen que me identificó en la diapositiva, quiero estar bien” (E1).*

Una vez finalizada la psicoterapia grupal los pacientes empezaron a percibirse de manera distinta, a considerar aspectos más positivos de sí mismos, a sentirse con valor y fuerza, a apreciarse y enorgullecerse de sus atributos, dejando de lado sentimientos de inferioridad relacionados con sentirse distintos a otras personas, y con menor valor, entendiendo que los seres humanos son todos iguales y que nadie es menos o más,

*“Yo ahora me siento con valor” (E3),*

*“Me siento una gran mujer, eh feliz de ser quien soy, muy sensible pero eso va a estar siempre conmigo, y querer a la gente como es, o sea, sin pensar este ah, para mi ahora todas las personas son iguales, nadie es más o menos que yo, siempre me sentí inferior a muchas personas, ahora no, somos todos iguales, y así trato de estar así, eso es lo que me da pa’ estar bien” (E4).*

Los cambios en la visión del entorno se observaron en la reconceptualización de los problemas y las experiencias negativas, ya que los pacientes dejaron de apreciar sólo los obstáculos y las demandas que provenían del entorno, dejaron de sentirse “en un callejón sin salida”, y comenzaron a percibir otros aspectos, contextualizando y circunscribiendo las experiencias, de tal forma que se produjo una disminución en la sensación de fracaso y frustración, especialmente en el rol de padres y en la relación que habían entablado con sus parejas.

Los pacientes sentían que habían fracasado en su rol parental, que no habían logrado proporcionar a sus hijos la educación necesaria para que ellos vivieran bien y tranquilos, creían que los problemas que tenían sus hijos se debían a una mala gestión de ellos, y que por lo tanto debían buscar una solución. Luego, gracias a la psicoterapia grupal, los pacientes comprendieron que los problemas de sus hijos no se debían a una mala enseñanza y gestión de ellos, sino que sus hijos ya estaban “grandes” para tomar sus propias decisiones y hacerse cargo de sus actos,

*“Ese problema de los hijos a mí se me aclaró aquí, que yo no puedo hacer nada más por ellos, que ellos tiene de 50 años pa’ arriba, entonces aquí me aclare mucho esa situación de que yo ya no tengo que cargar con eso, porque si ellos tienen 17 años que sé yo y ni eso, pero estos tienen de 50’ pa’ arriba, 57, así que entonces yo aprendí aquí que no tengo que*

*darle ni bola, porque no ellos se lo han buscado, ellos se han buscado el mal [...] yo no tengo que estar cargando tanto con otros problemas que no son míos” (E1),*

Asimismo, los pacientes se sentían fracasados, menoscabados y frustrados en el ámbito amoroso. A algunos de ellos les costaba aceptar la muerte de su pareja, debido a que durante la relación fueron maltratados y constantemente rechazados, sin poder expresar su sufrimiento. La psicoterapia grupal les permitió reestructurar dichas vivencias y comenzar a visualizarse solos, sin la presencia de la pareja, permitiéndose experimentar el duelo y las emociones asociadas a la muerte, y sentir con ello que podían descansar,

*“Mi tema cuando llegue a la terapia era que enterré a mi marido y bien enterrado porque ya estaba bueno que hiciera tanto escándalo y desorden, ese era mi gran tema pero ese ya como que lo deje atrás porque..., haber él no me hace falta pa’ na’, entonces en la terapia yo aprendí que tengo que estar tranquila, ya descanse de él, tengo que superarme sola y ver por mi salud en primer lugar” (E1),*

*“Entendí de que los sufrimientos que uno tiene adentro, pa’ que uno sigue sufriendo sino tiene solución poh, no tiene solución, pongámosle, la cuestión de mi marido, chuuta ay que se murió, que esto y esto otro, y que saco más con sufrir siendo que no voy a solucionar el problema, entonces ya se murió, se murió y chao, tengo que sacarme ese peso del alma, entonces estas reuniones con ustedes ee, me ayudan mucho, mucho, mucho, me ayudan de que mi marido se murió y que yo lloraba, lloraba, a veces veía las fotos y me daba una cuestión así (se encoje y tiritita), veía la foto y ah, me daba una cuestión, entonces ya después en conversa’, conversa’, ya fui aprendiendo de que no, de que no tengo que sufrir por cosas que ya eran, entonces ahora no poh, tengo por todas partes fotos de mi marido, entonces lo supere, esa cosa, entonces ya , ya, estoy bien” (E3).*

En torno a la visión del futuro, los pacientes antes de participar en la psicoterapia grupal, manifestaban un futuro sombrío, una vida difícil, con poca esperanza e incertidumbre, sentían que estaban atrapados por las vivencias depresivas,

*“Veo la vida con esperanza, pero no veo futuro, [...] me desánimo cuando pienso en el futuro” (E4),*

*“Veo la vida difícil, no veo un buen futuro” (E2),*

*“Veo el futuro incierto” (E1),*

Incluso exhibían desaliento y desesperanza, esperando nada bueno de la vida,

*“No espero nada bueno de la vida” (E1).*

Posterior a la participación en la psicoterapia grupal, los pacientes señalaron cambios en la forma de ver la vida y el futuro, apreciándose una movilización hacia aspectos más positivos, percibiendo un crecimiento personal, viendo la vida más positiva, incluso llegando a manifestar ser otras personas,

*“Aprendí mucho que yo misma de repente no me reconozco el cómo actúo ahora [...] todo eso la hace a uno como crecer y ser otra persona, nooo otra persona totalmente, total, total, veo la vida de otra forma, como más contenta, no tan negativa, más positiva, eee, antes no todo lo veía oscuro, que esto no se soluciona y usted se amarga y vive todo el día con eso dándole vuelta a la cabeza, dándole vuelta a la cabeza, usted sale y la mente ahí, ahí, ahí, ahora no, soy más positiva, si tengo que salir salgo, si las cosas no están, no están no más, el que quiera comer ahí está la comida [...] entonces ahora quiero aprender a valorarme yo, que yo valgo y eso es importante, uno llega nula totalmente, como le digo yo me encontraba en un callejón sin salida” (E2),*

*“Me he dado cuenta de que hay muchas cosas lindas a mi alrededor” (E4).*

Otro aspecto que destaca en el ámbito cognitivo tiene relación con la reestructuración de las creencias nucleares a través de la aceptación de la universalidad de la experiencia humana. Los pacientes disminuyeron la exageración y generalización de las experiencias negativas,

*“Yo antes todo lo cuestionaba, todo me lo preguntaba, todo, todo, todo, ahora no, así como que pienso un poquito y digo yo no, no importa tendremos que salir y vamos a salir, cueste, cueste lo que cueste, y antes no, para mí todo era tremendo, todo era muy grande, todo, todo, y ahí yo me di cuenta” (E4),*

Entendiendo que los problemas y conflictos son intrínsecos al ser humano y que tienen que ver con la forma particular de construir la realidad de los sujetos, y que cada persona le atribuye un valor a los problemas y conflictos en función de sus vivencias,

*“Me sirvió mucho la terapia grupal, porque sé que hay casos más difíciles que el mío, sé que mi caso es como de convivencia, emocional como digo yo, y hay otros casos terribles que tienen que pagar deudas o no les alcanza pa’ vivir, yo creo ahí ya es más terrible, así que por eso la terapia me anduvo muy bien a mí, a tenerlo más claro” (E1),*

*“Hoy me sentí bien, tranquila, relajada y me di cuenta que todos los seres humanos tenemos las mismas vivencias pero cada uno las percibimos de diferente manera” (E4),*

Y que no solamente son ellos los afectados, sino que los demás sujetos también poseen problemas, y que pueden estar en las mismas condiciones o incluso peor,

*“Pensar de que no solamente es uno la afectada, que hay personas que están en las mismas condiciones que uno y a veces más mal que uno” (E2),*

Comprendiendo que “todas” las personas tienen problemas y que cada uno se debe hacer responsable de sus actos, de lo que provoca alegrías y penas,

*“Todo el mundo tiene problemas, todo el mundo y nadie se eee, hace cargo de otro problema ajeno a parte de escucharlo y nada más, porque todos tenemos problemas, de una especie, de otra, pero todos tenemos, entonces cada cual tiene que hacerse cargo de lo uno no más” (E2),*

*“En el taller de hoy me sentí muy contenta, me reí bastante y entendí que yo como persona tengo que hacerme cargo de mis faltas, mis alegrías, de mis penas porque son mías” (E4).*

Asimismo, los pacientes a raíz de la participación en la psicoterapia grupal, lograron identificar aspectos de su forma particular de significar. Algunos pacientes reconocieron que poseían la tendencia a estar solos, a ver su vida solitaria, y que sus experiencias habían sido marcadas por el rechazo y el abandono, no obstante, a pesar de ello

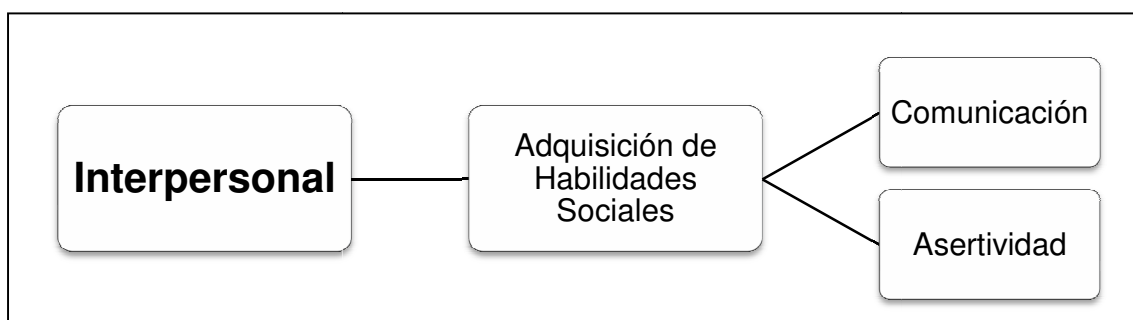
descubrieron que estaban en la búsqueda de la aceptación de los otros sujetos, y que eran seres sociales y necesitaban de la compañía de los otros individuos,

*“Mi realidad, mi tendencia, porque yo me he estado analizando, siempre me analizo, es como a estar sola, pero porque me tengo que conformar con estar sola, no es porque yo quiera estar sola, sino que es porque soy sola, se puede decir no es porque yo quiera estar sola, sino que es porque soy sola, se puede decir, entonces me siento muy bien con más gente [...] porque siempre yo buscaba estar con personas, porque como fui yo tan privada de, mi caso, mi situación no sé si habrán más, nunca tengo visitas, nunca voy de visita, y fue porque él (su marido) me fue encasillando de esa forma, así que bien complicado, y en el fondo creo que yo ya quede como en ese, con esa esquema, con esa situación [...] pero esta soledad la tengo asumida, la tengo asumida como parte de mi vida porque hay dos cosas como le decía delante, me gusta estar sola, pero a la vez me conformo porque no me queda otra alternativa” (E1),*

*“El taller aportó en bastante cosas, aportó en cuanto de que si yo necesito involucrarme con más personas, si yo necesito no estar sola, eh, porque yo antes decía pa’ mi la soledad yo decía no, me gusta la soledad, pero no poh la soledad no es buena, así que en ese sentido me ayudo bastante” (E4).*

### **1.2.2.3. CAMBIOS PSICOTERAPÉUTICOS EN EL ÁMBITO INTERPERSONAL**

La sub categoría de cambios psicoterapéuticos en el ámbito interpersonal agrupa una sub categoría secundaria, como lo exhibe el esquema 9, que tiene que ver con la adquisición de habilidades sociales relacionadas con la comunicación y la asertividad, que llevaron al establecimiento de mejores relaciones interpersonales.



**Esquema 9: Sub Categoría “Cambios Psicoterapéuticos en el Ámbito Interpersonal”**

Los pacientes antes de comenzar la psicoterapia grupal manifestaron problemas en su entorno cercano, especialmente con sus hijos, y dificultades para comunicarse adecuadamente, por lo que visualizaron la psicoterapia grupal como una instancia que podía brindarles dicha posibilidad,

*“Quisiera saber comunicarme con los demás” (E1).*

Cuando finalizó la psicoterapia grupal, los pacientes declararon haber aprendido a relacionarse de forma más asertiva con sus cercanos, de forma que imponían límites y se relacionaban con más respeto, especialmente con sus hijos, de manera tal que podían decirle lo que sentían y ellos los entendían, notando el cambio no tan sólo en sus palabras, sino también en sus actitudes y conductas,

*“Me salen las palabras para decirle todo lo que tenía que decirle, cosa que antes yo si ya, mm y conversábamos y si ya y después volvía a lo mismo, ahora anda en lo mismo a lo mejor, pero tiene más respeto, más respeto porque yo ya lo eche, lo eche un día y estuvo cuatro días afuera y después llego arrepentido de todas la cosas que le dije, que le hice ver y ya él me entendía, [...] yo antes permitía muchas cosas y ahora no las permito, por ejemplo a veces el mayor es, habla muy fuerte y yo ahora le digo no baja las revoluciones, él llega entra ya no grita, no habla, porque antes era él el que mandaba, ‘yo me enoja’ y yo diciéndole con calma, como que era el ogro de la casa, y ahora no poh, ahora la piensa dos veces, porque él sabe de que un mal comportamiento que tenga o que se ponga insolente conmigo, él tiene que salir de la casa, inmediatamente está en que yo llame no más y él no podría entrar nunca más a la casa” (E2),*

*“Yo los estoy mandando hacer cosas que quizás yo nunca antes había hecho, les digo que no se preocupen de mí, porque estoy bien, y que si yo digo algo lo digo porque soy la mamá, me tienen que hacer caso, yo antes esas cosas no se las decía, me daba lo mismo si me contestaban o no, igual yo soy pesa, pero era pesa a mi manera, ahora me doy cuenta de que no es así, ellos por sobre todas las cosas me deben un respeto, y tienen que siempre respetarme” (E4).*

Asimismo, manifestaron haber adquirido habilidades comunicacionales que les permitieron atreverse a expresar sus sentimientos y pensamientos. Algunos de ellos

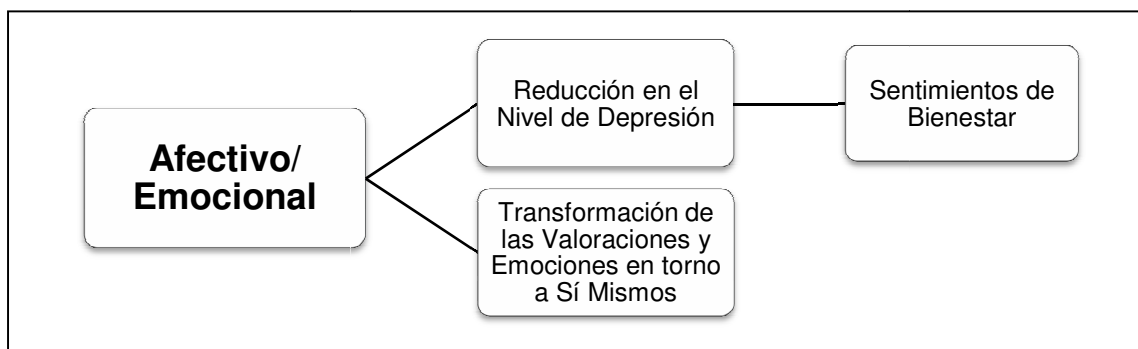


habían declarado al principio de la terapia poseer dificultades para comunicarse y expresarse, se sentían limitados. Luego al finalizar la psicoterapia grupal, los pacientes señalaron estar más conversadores, más amistosos,

*“Ahora estoy conversadora, sí, ahora ya converso con ellas, y está todo bien, sí, si es decir que ya he sacado la voz aquí en el taller, si ya he hablado, estoy más, porque eso es el tema mío también, que me ha costado mucho comunicarme con los demás, [...] estoy más contenta porque ya se responder a algo o me atrevo, que sepa sé, pero es que de repente no me atrevo a decir algo, entonces ese pero, ya ahora estoy bien, ya se contestar si algo me preguntan, estoy más amistosa” (E1).*

#### **1.2.2.4. CAMBIOS PSICOTERAPÉUTICOS EN EL ÁMBITO AFECTIVO/EMOCIONAL**

Esta sub categoría agrupa dos sub categorías secundarias, como se puede observar en el esquema 10, que están relacionadas con: una reducción en los niveles de la Depresión, expresado por los pacientes en los sentimientos de bienestar, y en la transformación de las valoraciones y emociones en torno a sí mismos.



**Esquema 10: Sub Categoría “Cambios Psicoterapéuticos en el Ámbito Afectivo/Emocional”**

Antes de comenzar la psicoterapia grupal primaban los estados de malestar y los síntomas negativos asociados a la Depresión. Los pacientes se sentían decaídos y desanimados, manifestaban pesimismo, desinterés, llanto,

*“Este último mes me he sentido pésimo, me encuentro jodida” (E1),*

*“Me he sentido más o menos, con angustia, pena, lloro por cualquier cosa” (E4).*

Estos sentimientos se mantuvieron durante las primeras sesiones, porque los pacientes no visualizaban cambios en sus vidas,

*“Hoy venía con pena, triste nuevamente, amargada porque mi situación no ha tenido ningún cambio positivo” (E2).*

Sin embargo, a medida que fue avanzando la psicoterapia grupal, los sentimientos de malestar disminuyeron paulatinamente y comenzaron a aflorar los de bienestar. La psicoterapia grupal se transformó en una instancia que promovía estados de satisfacción y tranquilidad en los pacientes,

*“Yo cuando llegue al taller venía triste, no venía muy bien pero en el transcurso del taller mi tristeza desapareció” (E2),*

*“Hoy me volví a sentir muy bien, estaba tranquila viviendo el momento junto a todos en el grupo, [...] me voy feliz” (E4).*

Así, una vez finalizada la psicoterapia grupal, los pacientes manifestaron una reducción en el nivel de su Depresión, ya que se veía disminuida su pena y llanto, y se sentían “mejor”,

*“Gracias a que hacían las reuniones, que los psicólogos en la conversa’, en las obras que uno hace, uno va entendiendo de que pucha estoy mal, no tengo porque sufrir tanto por cosas que ya no se puede, y ese llorín es el que no me da ahora, entonces como le digo, me he sentido mejor, me he sentido mejor [...] entonces no me ha venido ese llorín, entonces hayo que me he sentido mejor, no estoy tan llorona” (E3),*

También señalaron sentirse más tranquilos y felices, y con ganas de seguir con su vida, cuestión importante ya que algunos de ellos habían manifestado anteriormente haber tenido ideación suicida,

*“Me siento feliz, tranquila, contenta y con muchas ganas de seguir viviendo” (E4),*

La reducción en el nivel de Depresión se observó en los pacientes en los sentimientos de reactivación, renovación y nuevas energías. Incluso algunos de ellos señalan un cambio profundo llegando a percibirse como otras personas,

*“En la terapia yo me reactive mucho, me, tome hartas energías, bastante energía” (E1),*

*“Al salir usted sale como uuufff , eee cuanto se llama otra persona, más activa, más contenta, feliz, sale pero totalmente recuperada, eee, como se podría decir em..., otra persona” (E2).*

Asimismo, los pacientes relataron haberse liberado de una carga y sentirse más livianos, tranquilos, produciéndose un alivio, una sanación en ellos,

*“En una reunión que tuvimos como que se me desprendió algo del cuerpo, algo se me desprendió del cuerpo, como que me sané de una parte, de una parte, me sané de una cuestión del cuerpo, fue en una reunión, pero no me acuerdo de esa reunión, me entiende, pero yo sentí, dije chuta ahí está la cosa, que yo estaba mal, como que se me desprendió algo del cuerpo, como que se me soltó una cosita adentro, y mi mente quedo un poquito más clara, [...] para mí fue como que salió algo que estaba apretado adentro de mi cuerpo, porque las depresiones parece que son puras cosas apretadas que uno tiene en el cuerpo, en la mente, y los psicólogos van con las reuniones uno se va soltando, se va soltando, y eso me hizo sentir, me siento más liviana, me siento más liviana, y bueno como le digo en mi cuerpo y alma me siento más liviana, porque no tengo tanto sufrimiento aquí en la cabeza” (E3).*

Otro cambio que se produjo en los pacientes a nivel afectivo/emocional fue una transformación de las valoraciones y emociones en torno a sí mismos, ya que como se nombró anteriormente habían variados aspectos que ellos desestimaban de sí mismos.

Los pacientes adquirieron mayores grados de autoestima y seguridad, reconociendo su valía personal, aprendieron a dar valor a los aspectos de sí mismos que desestimaban

*“Todavía me sé valer sola” (E1),*

*“Entonces yo ahora me siento con valor” (E3),*

*“Ya no es la mamá media inuencle, noh, con más fortaleza, más segura de sí misma” (E2),*

*“Valoro el sentirme contenta, el reírme mucho más de los que me puedo reír en la vida diariamente, eee..., el saber que soy una persona que puedo valer mucho más de lo que yo me imagino” (E4).*

Lo anterior repercutió en que los pacientes forjaron imágenes más positivas de sí mismos, ya que antes se sentían como personas “sumergidas o aniquiladas”. De esa forma, destacaron cualidades ligadas a la seguridad, fortaleza, satisfacción, comodidad, confianza, entre otros aspectos,

*“Me describo como una persona segura de sí misma, con mucha fortaleza, eee que puedo cuanto se llama, poner mis condiciones y ser firme en lo que yo digo, no ser débil, eeem, contenta consigo misma de todo lo que he logrado, eee que más podría ser, contenta consigo misma, y que la vida me cambió, me cambió total, total, total” (E2).*

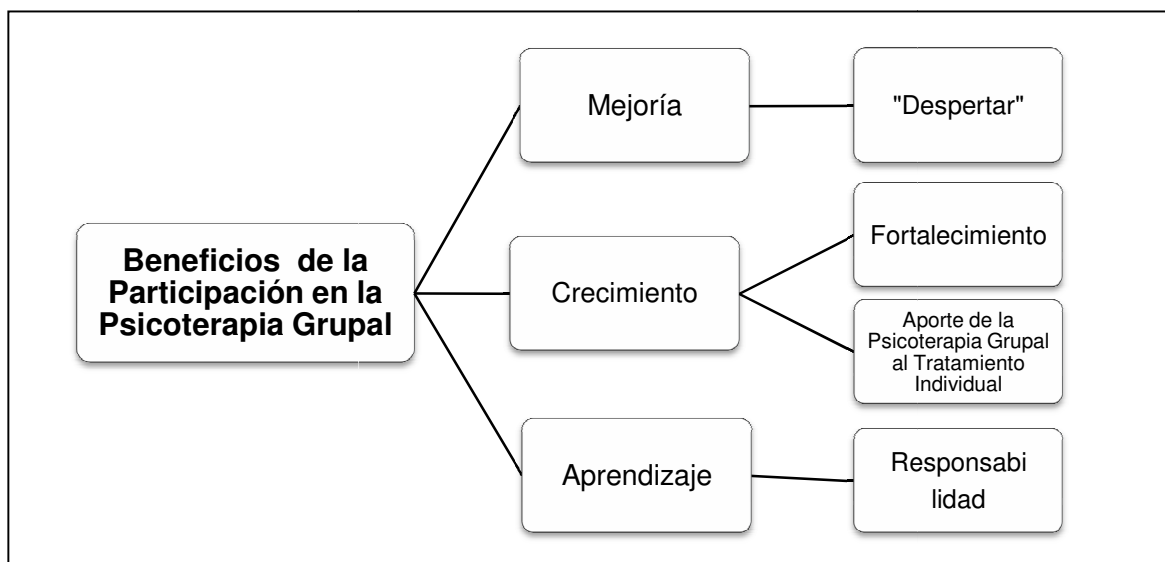
También resaltaron los deseos de continuar, de “salir adelante”, las energías para afrontar los problemas, y sanar de la Depresión,

*“Me describo con más energía para afrontar mis problemas, me he sentido bien, me he sentido mucho mejor, porque me ha dado ánimo, me ha dado deseos de seguir, seguir la vida, y salir de la tristeza, porque eso es lo que más me ayudo, a salir de eso de que estar ahí, así que estoy como renovada, entre todo lo que se pueda decir renovada, porque renovada, con más espíritu, más dinámica, y seguir comprometida conmigo misma a seguir, saliendo arriba, arriba, nada de quedarme perdida en el camino” (E1).*

### **1.2.3. BENEFICIOS**

La categoría secundaria de beneficios agrupa tres sub categorías relacionadas con el provecho que obtuvieron los pacientes de su participación en la psicoterapia grupal. Como lo muestra el esquema 11 en la siguiente página, los beneficios se observaron en: la mejoría al “despertar” de la Depresión; en el crecimiento personal a través de un fortalecimiento, y mediante el aporte de la psicoterapia grupal al tratamiento individual; y

en la responsabilidad que se instaló en los sujetos debido al aprendizaje que obtuvieron en la psicoterapia grupal.



**Esquema 11: Categoría Secundaria “Beneficios de la Participación en la Psicoterapia Grupal”**

Uno de los beneficios que acarreó la participación de los pacientes en la psicoterapia grupal fue el “despertar” de la Depresión, el tomar conciencia de la enfermedad, y el darse cuenta de que tenían soluciones y debían buscar una salida que les permitiera sentirse mejor,

*“En esa primera reunión, en ese que fue el primer tema, que yo como que desperté, porque me, ese tema de la foto fue como la introducción al taller porque yo ahí yo ya dije yo oh, [...] como le decía antes, yo entendí muy bien lo que se explicaba, como para que yo o las personas que estamos como un poco sumidas en depresiones, que sé yo, en que tenemos que levantarnos y poner de nuestra parte todo lo que se pueda, cosa de que uno se mejore bien” (E1),*

*“Porque como que uno tiene esta cuestión de Depresión, que la Depresión, uno se va dando cuenta de que la va fallando la cabeza, entonces estas reuniones a uno la van despertando, la va despertando de que pucha, si una tiene que ir saliendo de este hoyo, entonces cambia porque..., pongámosle de noche a día, así una cosa, y el alma de*

*sufrimiento a alegría, aaaah, respira uno, chuta que bueno, que es así como está en un minuto pensando, entonces eso es bueno para uno porque uno despierta, poh, de la Depresión uno de a poco va despertando” (E3),*

*“Uno llega nula totalmente, como le digo yo me encontraba en un callejón sin salida y todo eso, los temas, las actividades, ustedes, la misma gente que estaba, entonces como que eemm, uno despierta también” (E2).*

Asimismo, los pacientes señalaron que su participación en la psicoterapia grupal, les produjo como beneficio un crecimiento personal y un fortalecimiento, cuestión que no podrían haber logrado solos, desde su perspectiva,

*“El taller me fortaleció mucho, mucho, mucho, mucho, porque no sé poh que hubiera hecho yo si no hubiera tomado esta terapia, eso me ha dado resistencia, si, y más conformidad” (E1),*

*“Me fortalecí, me faltaba a veces ese..., como un empujoncito para salir adelante, porque de repente me sentía muy insegura, si estaba actuando bien con lo que yo hablaba con mi hijo, con el mayor, lo hago o no lo hago, estaré bien o estaré mal, pero me ayudo para tener más fuerza sí, estoy muy contenta de haber participado” (E2).*

Lo anterior, significó un aporte de la psicoterapia grupal al tratamiento individual de la Depresión, ya que los participantes identificaron un antes y un después en su proceso psicoterapéutico y en el estado de su cuadro depresivo,

*“El taller aportó a mi tratamiento de la Depresión de todas maneras, de todas maneras, mucho, mucho, mucho, parte de lo que yo conversaba el otro día con el psicólogo, pero esto también, la ayuda a crecer a uno como persona, se valora más también, [...] la terapia me ayudado cualquier cantidad, cualquier cantidad a ser otra persona, que yo emm sola no podría haber salido adelante, no, no, no jamás, entonces como le digo, estoy muy contenta, agradecida” (E2),*

*“Hay un antes que uno llega como las pelotas, de fútbol, y después se va con una pelotita chiquitita, de tenis, entonces uno se mejora” (E3),*

*“En relación al aporte del taller..., desde que estoy viniendo acá al cosam a mi me, como que me he dado hacia mi persona demasiado, entonces por eso yo lo encuentre bueno, para mi es bueno” (E4)*

Un tercer beneficio que manifestaron los pacientes a raíz de su participación en la psicoterapia grupal, tiene que ver con el aprendizaje y la responsabilidad que se instaló a través de ello. Declararon haber aprendido a hacerse cargo de su Depresión y de sus problemas durante la psicoterapia grupal, y que eso les permitió forjar una salida a la misma y nueva forma de ver la vida,

*“Aprendí más que algo, aprendí más que algo, aprendí que tengo que estar firme pa’ las cosas que van sucediendo y a seguir adelante, pa’ eso me sirvió mucho la terapia grupal” (E1),*

*“Aprendí, aprendí a quererme como persona, a quererme, a tratar de vivir la vida feliz, ser feliz , o sea de un tiempo acá yo digo a vivir la vida a concho, lo que toque vivirlo hay que vivirlo, siendo bueno o siendo malo” (E4),*

*“Yo tengo que salir de aquí y tengo una salida, eso fue importante en mí” (E2).*

Aquello derivó en una responsabilidad y en un compromiso con ellos mismos, de buscar la forma de sentirse mejor y de enfrentar las experiencias positivas y negativas que proporciona la realidad,

*“Cuando yo me referí a ese compromiso conmigo misma, era de, todavía es, de saber afrontar, afrontar las cosas que se me presenten en mi casa, era el compromiso de estar conmigo misma y no pensar en esas cosas,” (E1),*

*“Yo digo no, no me tengo que deprimir, tengo que seguir viviendo, digo bueno si hay que vivirlo, hay que vivirlo” (E4),*

*“Si yo sigo con eso, soy yo la que voy a fallar, fallar, y si me quiero tengo que salir adelante, porque si no me quisiera, ah ni almuerzo, no voy na’ a reunión ni na’, entonces no poh, tengo que esforzarme a ir a la reunión, a conocerla a usted y compartir, escuchar” (E3).*

## **2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En base a los resultados obtenidos a través del proceso de codificación y análisis de los relatos de los pacientes, y atendiendo los objetivos y preguntas que guían esta investigación, es posible señalar que las visiones subjetivas son construidas a partir de la experiencia psicoterapéutica grupal, es decir, las percepciones generales sobre la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión son elaboradas desde la vivencia particular y grupal ocurrida en la misma.

En los resultados presentados anteriormente, se observa que para los pacientes la experiencia psicoterapéutica grupal surge como un resultado y/o una consecuencia de la participación en el tratamiento. No obstante, en sus palabras y relatos se advierte que las perspectivas e interpretaciones provienen de la experiencia que viven en ella, y no sólo de los resultados y consecuencias que implica para sus vidas.

Los pacientes le atribuyen un significado a la psicoterapia grupal, a partir de la experiencia y la posterior explicación de la misma, formando una narrativa coherente de tal manera, que dicho significado determina y da paso a los otros aspectos abordados en las visiones subjetivas.

Por lo tanto, como la experiencia psicoterapéutica grupal es connotada positivamente, (por ser novedosa, agradable y beneficiosa), las demás visiones subjetivas de los pacientes son también definidas a partir de esta valoración, escaseando aspectos negativos en los resultados, destacándose sólo la disminución de los participantes a medida que avanzan las sesiones, cuestión que se revisara más adelante.

Asimismo, es posible plantear que las visiones subjetivas de los pacientes giran en torno a dos ejes principalmente: por un lado, están las perspectivas e interpretaciones sobre aquellos elementos que componen la psicoterapia grupal y que actúan como facilitadores y catalizadores de procesos subjetivos en los pacientes, como son: la psicoterapia grupal, los terapeutas, y el grupo terapéutico. Y por otro lado, se encuentran las visiones subjetivas sobre los resultados y las consecuencias que acarrea la psicoterapia grupal para los pacientes, que se expresan en los cambios psicoterapéuticos y los beneficios.

Estos dos ejes están íntimamente relacionados de tal manera que el primero es causante del segundo, los elementos facilitadores y catalizadores de procesos subjetivos, dan paso a los resultados y consecuencias de la psicoterapia grupal, es decir, el modelo de psicoterapia grupal, los terapeutas y el grupo psicoterapéutico genera aquellas



condiciones necesarias para los cambios psicoterapéuticos y la obtención de determinados beneficios.

Lo anterior es coherente con los planteamientos de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión. Dicha intervención grupal contempla que “durante las sesiones se forjaran las condiciones para el despliegue de los estilos disfuncionales y sintomáticos de los pacientes, y para la reorganización y cambio de los mismos” (Yáñez, 2003 Art. no publicado citado en Curivil y Carretero, 2007, p.87).

Así entonces, los relatos de los pacientes están caracterizados por aquellos aspectos de la psicoterapia grupal, que les permiten expresar sus problemáticas y estados depresivos, y aquellas cualidades o atributos que les reportan una utilidad, una ganancia y un beneficio, connotando positivamente a la intervención grupal como una terapia provechosa y valiosa, destacándose la importancia, trascendencia y repercusión que implica para sus vidas.

En cuanto, al primer elemento facilitador y catalizador de procesos subjetivos, no se observan grandes diferencias en las apreciaciones sobre la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión en los pacientes, apuntando las visiones subjetivas a dos aspectos fundamentalmente: las cualidades positivas de la misma, y la apropiación que realizan los sujetos de ella convirtiéndola en un espacio y un lugar de ayuda, enseñanza, aprendizaje, diversión y entretenimiento.

Antes de revisar dichas apreciaciones, es necesario señalar que los pacientes entienden a la psicoterapia grupal como un todo, es decir, cuando se refieren a ella, están hablando de los temas, las actividades, los terapeutas, el grupo, de ellos mismos y del proceso que se vive al interior del espacio psicoterapéutico, y no sólo se están refiriendo al modelo de intervención grupal y sus características.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, todos los pacientes coinciden en connotar a la psicoterapia grupal como “buena”, en el sentido de que les reporta una utilidad, un beneficio a sus vidas, ya sea a través de un fortalecimiento y bienestar, o claridad y entendimiento. El connotar positivamente a la intervención grupal tiene que ver con la experiencia, los resultados y consecuencias que se producen en la misma, estableciéndose una interrelación entre dichos elementos, de tal manera, que las cualidades positivas atribuidas a la psicoterapia grupal se entiende en función de las consecuencias que produce y no por sí solas.

En relación al segundo aspecto, tanto los sujetos que participan en este estudio como los planteamientos del modelo de psicoterapia grupal concuerdan en la apropiación personal. Yáñez y Vergara (2007), señalan que se debe proponer y promover que los participantes realicen una apropiación tanto de la terapia como de las experiencias personales que se producen en dicho espacio, y aquello se ve reflejado en los resultados, los pacientes se apropian de la psicoterapia y la convierten en una instancia de ayuda que les permite educarse y aprender, y en un lugar de diversión, expresión y para sí mismos, que los lleva a experimentar sentimientos de bienestar ligados al goce y el placer, e incluso a establecer una diferencia entre el espacio psicoterapéutico y la vida fuera de él.

El segundo elemento de la psicoterapia que aparece como facilitador y catalizador de procesos en las visiones subjetivas, son los terapeutas. Éstos juegan, a juicio de los pacientes, un papel importante en la generación de los cambios psicoterapéuticos, siendo los encargados de propiciar y generar los espacios y cuestionamientos necesarios para el aumento de los niveles de conciencia y la remisión de los síntomas y signos de la Depresión. Esto concuerda con los planteamientos del Constructivismo Cognitivo, que entiende al terapeuta como aquel “responsable de crear las condiciones adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de los síntomas que aquejan al paciente” (Yáñez, 2005, p. 159).

En las visiones subjetivas de los pacientes se destacan dos aspectos de los terapeutas: las características personales y las competencias de los mismos. Entre las características personales que se señalan como relevantes están la afectuosidad, la cordialidad y el acogimiento. Y entre las competencias se distinguen la claridad del lenguaje, el adecuado uso de palabras y frases, la importancia de la conversación, la comprensión e interés, la disposición a escucharlos, y la paciencia.

El hecho de que las características personales y las competencias de los terapeutas aparezcan como un elemento facilitador y catalizador de cambio en las perspectivas e interpretaciones de los pacientes, está relacionado con unos elementos que no son considerados dentro del marco teórico de esta investigación, pero si necesarios para la discusión de los resultados: los factores terapéuticos.

Los factores terapéuticos se refieren al “proceso que ocurre en terapia de grupo por la intervención del terapeuta, los otros miembros del grupo y el propio paciente, y que contribuye a la mejoría de éste” (Almenta, García y González, 1994, p. 83), son de tipo específico e inespecífico, refiriéndose los primeros a las “actuaciones intencionadas de los

terapeutas” (Gavino, 1998, p.147), y los segundos a “las cualidades inherentes a una relación humana satisfactoria que afecte positivamente al individuo” (Gavino, 1998, p.147)

Las características particulares de los terapeutas están relacionadas con los factores terapéuticos no específicos, es decir, con aquellos aspectos que son “independientes de la formación profesional y de la experiencia en el ejercicio de la psicoterapia” (Krause, 2005, p.27). Lambert y Bergin (1994) señalan que los factores terapéuticos no específicos se encuentran presentes en distintas terapias, son independientes de la orientación teórica y práctica de los terapeutas, y representan el 30% de los cambios psicoterapéuticos.

La literatura sugiere que los factores no específicos tienen efectividad en los pacientes porque éstos esperan un efecto de cambio positivo de la persona que está frente a ellos como terapeuta (Krause, 2005). En ese sentido, Krause (2005, p.27) señala que “el hecho de que una persona asuma y ejerza el rol del terapeuta independientemente de los contenidos que dé a su ejercicio, se podría considerar como un elemento de cambio propio de la estructura de la situación terapéutica”.

Otro factor terapéutico no específico que surge en las visiones subjetivas de los pacientes, y que está relacionado con las características personales de los terapeutas es la alianza terapéutica.

Safran y Muran (2005) señalan que la alianza terapéutica es una cualidad intrínseca de la relación terapéutica que contribuye al éxito de la terapia por encima de las ganancias terapéuticas alcanzadas en el momento, por lo tanto, la alianza es un elemento esencial de los procesos de cambio, que no está definido por sus resultados, sino que su valor como factor terapéutico se define a partir del vínculo entre terapeuta y paciente. Dichos planteamientos se ven reflejados en las visiones subjetivas de los pacientes, debido a que ellos consideran que el vínculo de confianza y familiaridad, y la relación de alta cercanía y estima con los terapeutas, facilitan el despliegue de los estilos personales y la generación de los cambios.

En cuanto a las competencias de los psicólogos, se destaca que están relacionadas con los factores terapéuticos específicos, es decir, con las “actuaciones intencionadas de los terapeutas” (Gavino, 1998, p.147), que están sustentadas en algún marco teórico y práctico particular, referente a la formación profesional y ejercicio psicoterapéutico.

Asimismo, las visiones subjetivas de los pacientes sobre los psicólogos concuerdan con las proposiciones constructivistas cognitivas en torno al rol del terapeuta, a la psicoterapia grupal para Depresión y la teoría de Asertividad Generativa.

Las perspectivas e interpretaciones de los pacientes concuerdan con el papel que señala el Constructivismo Cognitivo para el terapeuta en la intervención grupal. Para dicho modelo, la persona que lleva a cabo la intervención es un facilitador de los procesos de cambio en los pacientes, en el sentido de que resguarda al grupo, guía, conduce y facilita las actividades experienciales, y promueve el análisis de las mismas, de acuerdo con los objetivos específicos que se desean alcanzar (Vergara, 2012, comunicación personal).

De la misma forma, los pacientes destacan principalmente las competencias que están enfocadas a producir un efecto en el otro, por lo tanto, aquellas que están relacionadas con la intersubjetividad. Dicha apreciación no es azarosa, tiene que ver con una de las teorías que sustentan tanto la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, como la formación de los profesionales que llevan a cabo la intervención: la Asertividad Generativa.

A partir de su formación profesional, ejercicio psicológico y capacitación en la intervención, los terapeutas enfocan sus acciones e intervenciones hacia la consecución de los cambios psicoterapéuticos, siguiendo el modelo de Asertividad Generativa, es decir, los psicólogos despliegan una serie de acciones o actos asertivos, movidos por el principal deseo o intención asertiva de generar cambios en los sujetos que participan en la intervención, y eso se ve reflejado en las perspectivas e interpretaciones de los pacientes, quienes perciben la claridad del lenguaje, el adecuado uso de palabras y frases, la importancia de la conversación, la comprensión e interés, la disposición a escucharlos, y la paciencia como competencias que contribuyen a facilitar y catalizar los cambios y beneficios psicoterapéuticos.

En ese sentido, es importante indicar que tanto las características personales como las competencias de los terapeutas están intencionadas hacia la neutralidad, la abstinencia y la receptividad, tal como lo plantea el Constructivismo Cognitivo.

Las intervenciones, capacidades y particularidades de los psicólogos que se destacan en esta investigación, están enmarcadas y sustentadas por los factores y elementos teóricos desarrollados por la Psicoterapia Grupal, la Teoría Clínica Constructiva Cognitiva

y el modelo de Asertividad Generativa. Esto deja de manifiesto la relevancia de la capacitación a los ejecutores de la intervención.

En relación al tercer y último elemento facilitador y catalizador de procesos subjetivos, es decir, el grupo terapéutico, es necesario señalar que si bien la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión contempla a la dinámica grupal como un elemento que crea las condiciones para la reorganización y el cambio, no especifica las características y particularidades de la misma, por ello, a partir de los resultados obtenidos en esta investigación, es posible plantear que el grupo terapéutico actúa como un facilitador y catalizador de procesos subjetivos, debido a la emergencia en él de tres fenómenos que están relacionados con: el compartir, la identificación con las vivencias de otros, y la actuación del grupo.

Antes de proceder a la exposición de los tres fenómenos, es necesario especificar que cuando los pacientes se refieren al grupo psicoterapéutico, están hablando de la dinámica que se da entre todos los miembros de la psicoterapia grupal, es decir, entre los pacientes y éstos con los terapeutas.

Un primer fenómeno que se da en la dinámica grupal es el sentido de pertenencia. Tanto la participación y la disposición a compartir, como la conversación y exposición de las situaciones frente a otros sujetos comprensivos y empáticos, permite a los pacientes la construcción de un sentido de pertenencia que actúa como facilitador y catalizador de procesos de cambio, es decir, la interacción y el funcionamiento del grupo proporciona a los pacientes una percepción o apreciación que los lleva a sentirse parte de la psicoterapia, considerando que están formando una "*familia*", un grupo de ayuda que les facilita exponer sus experiencias y los beneficia en su tratamiento para la Depresión.

Entonces, se puede plantear que la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión proporciona a los pacientes un sentido de pertenencia, que les permite poner en práctica las habilidades adquiridas, en una atmósfera protegida, de apoyo y sanas sugerencias, lo que es coincidente con los resultados de otros estudios sobre intervenciones grupales (Echeburúa et al., 2000; Hollon et al., 2002; Sánchez et al., 2006).

Un segundo fenómeno que se produce en la dinámica grupal tiene que ver con la intersubjetividad y la alteridad. El funcionamiento del grupo psicoterapéutico permite la emergencia de dos fenómenos: la identificación con las experiencias de los otros sujetos, y la adopción de los puntos de vista de los otros.

Los resultados señalan que los pacientes se identifican en las experiencias de los otros sujetos, a través de la observación de la manifestación del trastorno y la contrastación con su propia experiencia, y que alternan y modifican sus propias perspectivas a través del intercambio y diálogo con los otros participantes. Asimismo, en las visiones se manifiesta que dichos procesos son posibilitados por la participación y la colaboración, es decir, la acción que se produce en el grupo.

Dichos aspectos, según Mahoney (2005) son cruciales para las psicoterapias constructivistas. Para dicho autor la colaboración y la acción son fenómenos esenciales, que están al servicio del desarrollo y adaptación de los sujetos, que permiten la instalación de un diálogo y una coordinación entre los terapeutas y los pacientes (Mahoney, 2005).

De esa forma, tanto las perspectivas de los pacientes como la literatura, dan cuenta de un proceso sumamente relevante y que tiene relación con la intersubjetividad y la alteridad, y es que en el grupo terapéutico se produce un diálogo transformador (Gergen, 1999) en el cual los pacientes se reconocen en las vivencias de los otros, en un proceso de co-construcción y cooperación, destinado a transformar las narrativas de los pacientes, es decir, el intercambio y la identificación con el otro produce un diálogo colaborativo que permite a los sujetos adquirir un conocimiento más completo sobre sí mismos y verse de otro modo, desde fuera (Ricoeur, 1996).

El tercer fenómeno que se produce en la dinámica grupal y que se constituye como un facilitador y catalizador de cambio y beneficios en los pacientes, tiene relación con un aspecto de grupo que plantea teóricamente la psicoterapia grupal y que no se percibe en las visiones subjetivas de los pacientes, ni en la práctica y desarrollo de la intervención. La Psicoterapia Grupal Constructiva Cognitiva para Depresión propone la conformación en la primera sesión de "socios", parejas de pacientes que participan en la psicoterapia grupal y que durante todo el taller serán un compañero con el que se puede contar para ser ciertos análisis y el que debe estar como "ayudante" frente al cambio de cada participante (Yáñez y Vergara, 2007).

En las visiones de los pacientes y en la psicoterapia, los "socios" no se manifiestan debido a la disminución de participantes que se produce a medida que avanza el tratamiento. Al comenzar la psicoterapia el grupo está conformado por doce personas, luego de las cuatro primeras sesiones, el grupo se reduce a seis personas. Esta disminución del número de participantes impacta negativamente al grupo, los pacientes

tienden a significar en términos personales el abandono de los compañeros, porque justamente son los “socios” los que desertan de la terapia.

No obstante, este abandono y el impacto que significa para los pacientes, se ve compensado por el actuar del grupo como un todo, a través de la función de acompañamiento y el compromiso que adquieren los pacientes. La visualización del grupo como una *“familia que acoge y acompaña”* tienen que ver con el grupo en sí mismo y no con la identificación de características personales de los pacientes que participan, por lo tanto, lo que se instala en el grupo es una responsabilidad relacional (Gergen, 1999), en el sentido de que el grupo funciona dependiendo de la relación que se da dentro de él y no de la suma de las contribuciones aisladas de las personas que lo conforman.

Este actuar del grupo como un todo se ve posibilitado tanto por las características particulares y competencias de los terapeutas y pacientes, como por la metodología, el encuadre y los principios que guían a la Psicoterapia Grupal Constructiva Cognitiva para Depresión.

En relación al segundo eje sobre el cual giran las visiones subjetivas, es posible señalar que las perspectivas e interpretaciones de los pacientes se dividen en dos elementos: los cambios psicoterapéuticos, y los beneficios derivados de la participación en la misma, es decir, los resultados y consecuencias de la participación en la psicoterapia grupal se refieren a los cambios psicoterapéuticos y los beneficios derivados de ellos.

Antes de pasar al análisis y discusión de los cambios y beneficios psicoterapéuticos, es necesario señalar que los pacientes se refieren a los cambios psicoterapéuticos como modificaciones o variaciones que se expresan, ya sea en sus estilos personales, en su actuar, en sus pensamientos y sentimientos, entre otros aspectos, y a los beneficios como provechos, logros y responsabilidades que obtienen de la participación en la Psicoterapia Grupal Constructiva Cognitiva para Depresión. Asimismo, es preciso indicar que en primera instancia dichos elementos se pueden describir por separado, no obstante, al analizarlos se ven entremezclados, porque los cambios psicoterapéuticos inevitablemente llevan a la percepción de los beneficios.

Ahora, para realizar el análisis y discusión de los cambios y beneficios psicoterapéuticos es indispensable examinar la situación previa de los pacientes a la participación en la psicoterapia grupal. Por ello, se recurrirá al enfoque procesal sistémico de V. Guidano y los aportes realizados por el grupo Constructivista Cognitivo de la

Universidad de Chile presentados anteriormente. Los trabajos sobre la OSP depresiva y la Depresión, se constituyen en una teoría útil que permite entender dicho trastorno desde un enfoque holístico y procesual, sin caer sólo en el juego de especificar signos y síntomas.

Respecto a la situación de los pacientes antes de comenzar la psicoterapia grupal, se puede señalar que las visiones subjetivas se corresponden con los planteamientos de Guidano (1987, 1994, 2001) sobre la OSP depresiva, ya que los sujetos están en un desequilibrio sistémico y tienden a procesar y significar los “eventos vitales en forma de desamparo y tristeza, como resultado de una construcción activa de los sucesos en términos de pérdida y desilusiones” (Guidano, 1987, p. 99).

Se considera que la temática central de los pacientes está relacionada con la pérdida y/o el fracaso, tanto en sus roles de padres como de parejas. En cuanto al rol paterno se observan dos temas principales en los pacientes: el fracaso como padres al no lograr que sus hijos sigan el camino que ellos desean y se vuelvan drogadictos y alcohólicos, y la pérdida de la atención y relevancia en las vidas de sus hijos.

En el primer caso, dos pacientes expresan sentimientos de frustración y decepción porque sus hijos ya son mayores y están sumidos en el flagelo de las drogas y el alcohol, perdiendo el trabajo, familia, amigos, entre otros, resistiéndose a comenzar un tratamiento. Dichos pacientes se sienten fracasados en su rol, porque a su parecer no logran proporcionar a sus hijos la educación necesaria para que ellos vivan “bien” y tranquilos, creen que los problemas que tienen sus hijos se deben a una mala gestión de ellos, y que por lo tanto les corresponde buscar una solución.

En el segundo caso, los otros dos pacientes se resisten a perder protagonismo en la vida de sus hijos, insisten en controlarlos, en imponerles reglas siendo que son mayores de edad y algunos incluso han formado sus propias familias. Este aspecto si bien no aparece en los relatos de los pacientes, si emerge durante las sesiones, siendo bastante recurrente, de allí la relevancia de mencionarlo.

En relación a la pareja, los pacientes presentan duelos no elaborados e insatisfacción en la vida marital. En el caso de dos de ellos, las parejas han fallecido y no se ha logrado una elaboración “sana” de las vivencias asociadas a la pérdida, debido a que dichos pacientes han sido maltratados y violentados durante la relación, llevando una vida marital de dolor y sufrimiento, a raíz de lo cual sienten que no se ha producido una reparación en



torno al daño, y se responsabilizan a sí mismos de los sentimientos contradictorios que experimentan.

Un tercer paciente, presenta una insatisfacción en torno a la vida que lleva con su pareja, tanto en el ámbito sexual como de convivencia, se siente frustrado y poco valorado, definiéndose sólo a través de su rol paterno, cuestión que da pie al comienzo del trastorno del ánimo. El paciente restante no se pronuncia respecto a este tema, si bien su pareja ha fallecido, no realiza alusiones a problemas o conflictos durante la relación y después del fallecimiento.

Tomando en cuenta las proposiciones de Guidano (1987, 1994, 2001), se puede plantear que las pérdidas y/o fracasos asociados al rol paterno y a la relación de pareja se generalizan, de tal manera, que llevan a los pacientes a construir explicaciones parciales sobre los hechos y a una visión negativa, catastrófica de sí mismos y del mundo (Guidano y Quiñones, 2001), dando paso una intensa sensación de minusvalía que se combina con una marcada disminución de la tasa de actividad, derivando en una fuerte pasividad (Guidano, 1994).

Las perspectivas e interpretaciones de los pacientes están teñidas por los defectos, los sentimientos de inferioridad y soledad, y la carencia de atributos adecuados para desenvolverse exitosamente. Constantemente los participantes de la psicoterapia grupal se atribuyen a sí mismos, la culpa y la responsabilidad de los problemas y conflictos, lo que concuerda con la atribución interna que señala Guidano (1987, 1994, 2001).

Dicho autor plantea que el sentido de ser indeseable, no querible, más la experiencia de sentirse solo en el mundo, lleva al sujeto a una atribución interna, es decir, a un proceso en el cual, el sujeto se atribuye a sí mismo las cosas que le suceden, surgiendo el sentido inmediato de que él es el responsable de lo que ocurre, construyendo con ello una imagen negativa de sí mismo y del mundo (Guidano, 1987, 1994, 2001).

Dicha imagen se observa en los pacientes a través de la pasividad, inseguridad e indecisión. Algunos entrevistados expresan duda e incertidumbre respecto a su futuro, otros perciben la vida como difícil y adversa, es decir, prima en ellos la visión de un mundo hostil y sombrío contra el cual ya no pueden luchar, sintiéndose "*aniquilados y sumergidos*", "insistiendo en ver la pérdida y la soledad como un resultado incontrolable de la percepción negativa de sí mismos" (Guidano, 1987, p.106).

Guidano (2001) señala que dichas vivencias inevitablemente llevan a la activación de dos emociones básicas en los pacientes: el desamparo/tristeza y la rabia. En el caso de

este estudio, como los sujetos están desequilibrados, tienden a conectarse con mayor facilidad con la tristeza. Dicha emoción es más fácil de reconocer en los relatos de los pacientes, constantemente hay referencia a la tristeza y pena que sienten, y al llanto que dichos estados les provoca. No obstante, la segunda emoción es más difícil de pesquisar en las narraciones sobre el estado previo a la participación en la psicoterapia grupal, no se observa a primera vista y permanece oculta, asomándose sólo en las sesiones y en las entrevistas cuando se tratan los temas relacionados con la pareja y los hijos.

Se considera que la rabia es una emoción que a los pacientes les cuesta modular, especialmente aquellos que presentan duelos no elaborados, por lo tanto, tienden a reprimirla, a esconderla más que la pena u otras emociones. Asimismo, se estima que la rabia no aparece a simple vista en las perspectivas e interpretaciones de los participantes, porque es una emoción dinámica y movilizadora de connotación negativa para ellos, que tiende a desorganizarlos y descontrolarlos, como lo plantea Guidano y Quiñones (2001).

Dichos autores señalan que las personas que poseen una tendencia a procesar los eventos a modo de una OSP depresiva, sufren bruscos cambios emocionales que se pueden expresar en “estallidos de rabia”, en los cuales presentan escaso control sobre sí mismos (Guidano y Quiñones, 2001).

No obstante, es importante señalar que la rabia es la emoción que lleva a los sujetos a activarse y salir del estado de inercia y pasividad, por lo que es posible apreciarla más claramente en los cambios y beneficios psicoterapéuticos, cuestión que se examinará más adelante.

Un aspecto que se destaca en la teoría de la OSP depresiva y que se hace patente en los relatos de los pacientes, es la estrategia resolutive. Como se nombra en el marco teórico la estrategia resolutive es un concepto que se refiere a las diversas formas de operar o funcionar del sujeto, que en su conjunto le permiten hacer frente y resolver lo que le resulta amenazante (Vergara, 2011, comunicación personal). En el caso de los pacientes que tienden a significar a modo de una OSP depresiva, la estrategia para resolver los problemas y conflictos es el desapego y la evitación (Vergara, 2011, comunicación personal).

En las visiones de los pacientes se hace patente dicha estrategia. Antes y durante la psicoterapia grupal los sujetos expresan, además de su malestar, la desvinculación de las vivencias y la evitación de los temas conflictivos, optan por desentenderse de lo que les

sucede, formando explicaciones parciales de las experiencias que van teniendo en su vida, lo que de una manera u otra repercute en la gravedad del cuadro depresivo.

Los procesos y fenómenos que llevan a desarrollar esta estrategia resolutiva están relacionados con los patrones de vinculación, las amenazas primaria y secundaria, y las sendas evolutivas. Lamentablemente dichos procesos escapan a esta investigación, debido a que son más elaborados y requieren de una mayor profundización, si bien, los resultados dan atisbos de ellos, se considera que la información recopilada no es suficiente para realizar un abordaje completo de los mismos.

En relación a los cambios psicoterapéuticos, las definiciones de los pacientes son variadas, y los factores señalados en los criterios muestrales como la edad, el nivel educativo y la farmacoterapia poseen diferenciadas influencias y significancia. Sin embargo, todos los pacientes coinciden en: la reducción del grado de severidad del cuadro, y en el aumento de los niveles de conciencia.

En ese sentido, es necesario destacar, que la edad adquiere relevancia a la hora de evaluar los desplazamientos entre las alternativas de las dimensiones operativas, el nivel educativo influye en el desarrollo de recursos y capacidades personales, y la farmacología posee nula presencia y significancia para los pacientes. Asimismo, una variable que no se considera y adquiere relevancia es la experiencia de vida, ligada a la edad y al nivel educativo, las vivencias cotidianas y el aprendizaje detrás de ellas, se levantan como fenómenos importantes, que influyen directamente en los cambios y beneficios psicoterapéuticos.

Desde el Constructivismo Cognitivo se puede afirmar que los cambios experimentados por los pacientes corresponden a cambios de nivel superficial o de primer orden (Guidano, 1994; Mahoney y Neimeyer, 1998), es decir, son cambios o modificaciones en los síntomas y signos, y en aspectos operativos del vivir de los pacientes, expresados en sentimientos de bienestar (Yáñez, 2005). No obstante, estas modificaciones permiten sospechar la presencia de cambios profundos, se visualizan reordenamientos y reestructuraciones en los sistemas de conocimiento idiosincrásicos de los pacientes, e inclusión de nuevos elementos sin que se amenace o desorganice el equilibrio sistémico (Yáñez, 2005).

Lo anterior es acorde con el objetivo central de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión. Según Yáñez y Vergara (2007) la intervención se enfoca en la reducción significativa de la sintomatología depresiva en los pacientes que la integran, y

en generar, a través de esto, cambios definitivos y estructurales desde las experiencias personales.

Más allá de la cualidad de los cambios psicoterapéuticos, uno de los intereses de esta investigación es dar cuenta de las visiones subjetivas de los pacientes en torno a ellos, e identificar qué hace posible que las personas que participan de la psicoterapia experimenten nuevas tonalidades o instancias emotivas relacionadas con las situaciones que le causan conflictos, como lo plantea Guidano (1994). Para ello, es preciso recurrir a las dimensiones operativas, es decir, a las alternativas desplazamiento que permiten ya sea resolver las demandas y dar respuesta a los procesos que desatan los cambios o mantener la coherencia sistémica (Yáñez, 2005)

En relación a las dimensiones operativas, es posible plantear que la psicoterapia grupal funciona como una especie de “destrabador” o “despertador” en los pacientes, al facilitar la movilización y el desplazamiento entre las alternativas que se proponen, que como se nombra anteriormente en el capítulo 1, son cinco y se refieren a: concreción-abstracción, flexibilidad-rigidez, inclusión-exclusión, proactividad-reactividad, y evitación-exposición.

En la dimensión operativa concreción-abstracción se presenta a nivel general una movilización en los pacientes desde lo concreto a lo abstracto. En los cambios, principalmente cognitivos, caracterizados en los resultados, se observa en los pacientes un desplazamiento desde la experiencia inmediata hacia un plano más explicativo, que permite elaborar de una forma más “sana” las interpretaciones sobre las situaciones. Si bien, algunos de ellos reparan más en lo concreto, se percibe un esfuerzo por llevar sus explicaciones a una dimensión más abstracta.

Las perspectivas de los pacientes coinciden en esta movilización, y las diferencias entre uno y otros, están dadas por tres factores: el tipo de tratamiento individual, el tiempo que se lleva en terapia, y las características particulares e idiosincráticas de cada paciente relacionadas con la edad, el tipo de pensamiento y la organización de significado personal.

Lo anterior, deja de manifiesto, por un lado, la consideración que se debe tener de las diferencias individuales a la hora de evaluar el desplazamiento y el avance en el tratamiento de la Depresión, y por otro lado, que la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva es un tratamiento complementario, que en ningún caso pretende reemplazar las intervenciones individuales (Vergara, 2012, comunicación personal).

A nivel individual, se puede plantear que tres pacientes presentan un pensamiento de tipo concreto, si bien hay una movilización entre las alternativas de desplazamiento de las dimensiones operativas, predominan en ellos los procesos de conocimiento de tipo superficial ligados a la experiencia inmediata, más que los procesos tácitos ligados a la explicación. En cuanto al otro sujeto que participa en esta investigación, se observa un predominio de lo abstracto, el paciente presenta un pensamiento formal o lógico más complejo, y está constantemente en la búsqueda de la explicación y razonamiento sobre lo que le sucede.

Respecto a este último paciente, es importante indicar que como su pensamiento está más ligado a lo abstracto, se convierte dentro del espacio psicoterapéutico grupal en una especie de “puntal” de los procesos de cambio. En las palabras y relatos de los otros pacientes, se puede advertir el cómo las opiniones y razonamientos de dicho paciente, les sirve para ir comenzando a forjar nuevas perspectivas e interpretaciones, en un proceso de co-construcción y alteridad, que ya ha emergido dentro de esta investigación al analizar las particularidades del grupo psicoterapéutico.

En relación a la dimensión operativa flexibilidad-rigidez, es posible plantear a nivel general un desplazamiento hacia una mayor flexibilidad en los pacientes, ligada a la generación de nuevas y más explicaciones sobre la experiencia pasada y actual. Antes de participar en el tratamiento grupal, los pacientes se encuentran rígidos, anclados a las vivencias depresivas, una vez que comienzan a participar se advierte una movilización hacia a una mayor flexibilidad.

Aquello, permite postular que la psicoterapia grupal proporciona un espacio de intercambio y diálogo que facilita la construcción de nuevos significados en los pacientes, permitiendo, por lo tanto, un aumento en los niveles de conciencia, y la generación de explicaciones novedosas y más inclusivas. Esto es acorde con los planteamientos de Reda (1986, p.46, citado en Yáñez, 2005), quien señala que “el darse cuenta y el estar en contacto con más ópticas con las cuales encuadrar la complejidad, hace probable que las nuevas modalidades sean más flexibles, y por lo tanto, más adaptativas, respecto de las anteriores”.

En términos individuales, se observa que tres pacientes logran generar nuevas explicaciones y con ellos flexibilizar sus sistemas de conocimiento, no obstante, uno de ellos se mueve más lento y con mayor resistencia, flexibilizándose en torno a las explicaciones construidas en la psicoterapia, mas no generando nuevas explicaciones. Lo

anterior, está vinculado a las características particulares, a la experiencia, y a la edad del paciente.

En ese sentido, se considera que las características personales e idiosincráticas de los pacientes son relevantes a la hora de evaluar esta dimensión operativa, si bien la rigidez da cuenta de aspectos psicopatológicos, se debe apreciar también la capacidad del sistema para generar mayores grados de flexibilidad.

Con respecto a la dimensión operativa de inclusión-exclusión, se puede señalar a nivel general, que se produce un movimiento en los pacientes hacia mayores grados de inclusión de los aspectos perturbadores que generan los síntomas y conflictos.

Dicha movilización se da a partir de la presión que crea la dinámica grupal de la psicoterapia. El sentido de pertenencia, el diálogo transformador y la responsabilidad relacional, generan una experiencia intensa y una abundancia de información y explicaciones, que los pacientes tienen a su disponibilidad. La dinámica grupal abre la puerta a múltiples procesos y los sujetos tienen a su disposición un número considerable de alternativas y posibilidades, las cuales pueden tomar o no, en función de lo que les hace sentido y les permita mantener su coherencia interna.

En estos términos, el excluir o el incluir los contenidos perturbadores no da cuenta de aspectos psicopatológicos en los pacientes, sino que la posibilidad de seleccionar o no la información es lo que da cuenta de la disfuncionalidad. Esto se ve reflejado en las visiones subjetivas de los pacientes, antes de participar en la psicoterapia la selección se ve dificultada en ellos, no pueden abrirse a distinguir otros elementos de su medio y experiencias, insistiendo en ver los aspectos negativos de sí mismo, y del mundo. Luego de participar, realizan una elección, deciden sentirse mejor y excluir o incluir en función de lo que consideran más sano para sí mismos.

Asimismo, es posible plantear a partir de los resultados, que la dimensión operativa inclusión-exclusión está asociada a los procesos de cambios ligados con la ipseidad, a través de la intersubjetividad y la alteridad. La posibilidad de verse desde fuera, desde un otro y de alternar y modificar las perspectivas, permite a los pacientes seleccionar nuevos contenidos y construir nuevos significados, reconceptualizando los problemas y conflictos, y reestructurando la creencias nucleares.

De esa manera, se observa que los pacientes hablan de un *“despertar”*, ya que la psicoterapia grupal les permite destrabar esta dimensión y tomar conciencia de la

enfermedad, y darse cuenta de que tienen soluciones y deben buscar una salida que les permita sentirse mejor.

Realizar un análisis a nivel individual en esta dimensión operativa no resulta pertinente ni relevante, ya que cada paciente incluye o excluye o más bien selecciona, en función de sus características particulares e idiosincráticas, si es importante destacar que la psicoterapia grupal permite a los pacientes forjar un mayor número de explicaciones, y genera las condiciones para destrabar el proceso de selección.

En la dimensión operativa de proactividad-reactividad se presenta un movimiento en los pacientes hacia mayores niveles de propositividad, en el sentido de que la psicoterapia grupal les permite “salir” del estado en que se encuentran y generar mayores grados de complejidad y flexibilidad. No obstante, se plantea que los pacientes siguen enfrentando la relación con el medio en forma reactiva, es decir, con un despliegue limitado y restringido de las competencias necesarias para resolver las demandas desbordantes.

Lo anterior está relacionado con tres elementos: los cambios psicoterapéuticos, las sendas evolutivas y las características particulares e idiosincráticas de los sujetos.

Si bien en los pacientes se producen diversos cambios que los movilizan hacia una mayor actividad, el proceso y funcionamiento de los mismos está enmarcado aún dentro del trastorno depresivo, es decir, dentro de la pasividad, los sentimientos de minusvalía y la atribución interna, por lo tanto, aquí emerge nuevamente el tema de que la psicoterapia grupal es un tratamiento complementario que acelera procesos, pero que no supe las intervenciones individuales.

En relación a la senda evolutiva, es inadecuado e infructuoso hipotetizar sobre los pacientes, ya que como se nombra anteriormente, este es un proceso que no se pesquisa en la investigación. Si se puede señalar, que la senda evolutiva tiene relación directa con esta dimensión operativa, por lo tanto, si los pacientes son más activos o pasivos va a influir en los niveles de propositividad, como lo señala Yáñez (2005).

Respecto a las características particulares e idiosincráticas de los pacientes, los resultados permiten plantear que tienen una injerencia directa esta dimensión operativa, lo que concuerda con la literatura, Yáñez (2005, p.190) señala que esta dimensión “depende de las características innatas e ideográficas del sujeto”.

Referente a la última dimensión operativa de evitación-exposición, es posible apreciar un desplazamiento en los pacientes hacia la exposición, en el sentido de que se produce un enfrentamiento a las situaciones desbordantes, especialmente aquellas que tienen que

ver con el rol de padres y pareja, sin embargo, la estrategia de enfrentamiento de los pacientes sigue siendo evitativa, porque tienden a procesar los eventos a modo de la OSP Depresiva, cuya estrategia resolutive, como se nombra anteriormente, es el desapego y la evitación (Vergara, 2011, comunicación personal).

La psicoterapia grupal forja las condiciones para que los pacientes se enfrenten a aquellas situaciones que le producen problemas y conflictos, y ellos lo hacen, logran experimentar las emociones que se están ocultando y darle otro significado. No obstante, una vez realizado el enfrentamiento, vuelve a surgir la evitación como estrategia preponderante.

En ese sentido, la evitación no da cuenta de un aspecto psicopatológico que limita las posibilidades de ampliación y crecimiento del sistema, sino que, por el contrario, la evitación así como la exposición permiten a los pacientes ampliar las posibilidades de crecimiento, de hecho, se observa en los pacientes un aprendizaje y un crecimiento sostenido y equilibrado, que los lleva a *“salir”* de su estado depresivo.

De esa forma, los cambios psicoterapéuticos caracterizados en los resultados y los desplazamientos entre las alternativas de las dimensiones operativas permiten proponer un aumento en los niveles de conciencia de los pacientes, y un reconocimiento de la disfuncionalidad y del rol que juegan en las dinámicas interpersonales. Asimismo, permite aseverar que en los pacientes se está produciendo un reconocimiento de la forma particular de significar, proceso que se verá acrecentado con la terapia individual.

En relación a los beneficios, es posible plantear que la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión produce, además de cambios, beneficios psicoterapéuticos, es decir, los pacientes obtienen un provecho y una utilidad de la participación en la intervención, junto con las modificaciones o variaciones en los aspectos operativos del vivir y en los significados.

Los beneficios derivados de la participación en la psicoterapia están relacionados con la mejoría, el crecimiento personal y el aprendizaje. Se observan tanto en aspectos prácticos como explicativos de los pacientes, y no existen diferencias en cuanto a su definición y atribución.

La mejoría se expresa en un *“despertar”* de la Depresión, es decir, en una toma de conciencia del trastorno depresivo y de la necesidad de cambio. El *“despertar”* y con ello *“salir”* de la Depresión, les genera a los pacientes una sensación de bienestar y les otorga un sentido de avance, que lo significan como un logro y un beneficio para sí mismos.



El crecimiento personal es traducido en un fortalecimiento y un aporte de la psicoterapia grupal al tratamiento individual. Dichos procesos les permiten a los pacientes el desarrollo de capacidades y recursos personales para controlar sus situaciones de vida y hacerse cargo de su salud mental. De esa manera, el aporte de la psicoterapia grupal para Depresión es significativo y ha quedado establecido durante el análisis, lo que concuerda con el estudio cuantitativo de Guerra (2010).

Por último, el aprendizaje actúa como generador de responsabilidad. Los pacientes declaran haber aprendido a hacerse cargo de su Depresión y de sus problemas durante la psicoterapia grupal. Aquello les permite forjar una salida a la misma y nueva forma de ver la vida, generando de esa manera, una responsabilidad y un compromiso con ellos mismos, de buscar la forma de sentirse mejor y de enfrentar las experiencias positivas y negativas que proporciona la realidad.

A partir de lo anterior, se puede plantear que los beneficios psicoterapéuticos dan cuenta no sólo de la utilidad y provecho de la psicoterapia grupal, sino también del término de la terapia. Siguiendo los planteamientos de Mahoney (2005), se puede proponer que los procesos que implican los beneficios psicoterapéuticos son una "terminación" de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión tanto para los pacientes como para los terapeutas.

En base a los antecedentes recopilados y analizados anteriormente, es posible llegar a la conclusión de que las visiones subjetivas de los pacientes son una construcción propia de los mismos, forjada a partir de la vivencia personal e intersubjetiva en la psicoterapia grupal; y que apuntan a dos aspectos que tienen que ver con: los elementos comunes a cualquier intervención grupal y que actúan como facilitadores y catalizadores de procesos subjetivos; y con los resultados y consecuencias de la participación en la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

Las visiones subjetivas de los pacientes sobre los elementos facilitadores y catalizadores de procesos subjetivos abarcan todos los componentes del tratamiento grupal, es decir, el modelo de psicoterapia, los terapeutas, el grupo y las dinámicas interpersonales. Y las visiones subjetivas sobre los resultados y consecuencias de la participación en la psicoterapia grupal, se refieren a los cambios y beneficios psicoterapéuticos.

De ese modo, las perspectivas e interpretaciones de los pacientes dan cuenta del proceso psicoterapéutico que se da en el grupo y de la importancia de las intervenciones

grupales como instancias complementarias a los tratamientos individuales. En ese sentido, en esta investigación queda demostrado que la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, aparte de ser un tratamiento eficaz y efectivo, tanto a corto como a largo plazo, que se adapta a diversas situaciones, poblaciones y contextos, es también una intervención provechosa y útil, que considera la historia de vida de los sujetos, las narrativas, los patrones de funcionamiento, las relaciones vinculares, entre otros aspectos, es decir, aquello que da coherencia a la experiencias de vida de los sujetos.

Asimismo, se hace manifiesto que esta investigación representa una contribución tanto para la difusión y divulgación de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, como para el progreso y tratamiento de la Depresión en el sistema de salud chileno.

Por un lado, la intervención grupal presenta evidencia empírica desde distintas perspectivas metodológicas, para proponerla como un acercamiento novedoso, útil y provechoso al tratamiento psicoterapéutico del trastorno depresivo. Y por otro lado, el estudio de las experiencias y significados de los pacientes que participan en la psicoterapia grupal resulta ser un aporte al Constructivismo Cognitivo, ya que se obtienen evidencias empíricas desde un enfoque metodológico más acorde a los planteamientos del modelo, pero que se complementa con los estudios anteriores.

Respecto a la metodología utilizada, es preciso indicar que permite un real acercamiento al objeto de estudio, por lo tanto la validación de las conclusiones obtenidas en este estudio, se realiza a través del diálogo, la interacción y la vivencia, las que se van concretando mediante consensos nacidos del ejercicio sostenido de los procesos de observación, reflexión, diálogo, construcción de sentido compartido y sistematización. En ese sentido lo que se pretendió con esta investigación fue la construcción de un sentido global que integrara cada subjetividad bajo ciertos parámetros comunes, mas allá de la mera subjetividad individual.

Igualmente, se destaca que esta investigación implica una contribución al COSAM de La Granja. Esta memoria proporciona además de una experiencia de trabajo grupal que puede ser replicada, una investigación validada y documentada. Los resultados presentados guardan coherencia lógica con el problema, los objetivos, las preguntas directrices, y con el método, y son analizados con el rigor necesario que define el Constructivismo Cognitivo y la metodología cualitativa.

En cuanto a las limitaciones y alcances de esta investigación, es importante indicar que la psicoterapia grupal implementada es constructivista, por lo tanto, a pesar de poseer una metodología y estructura delimitada es siempre co-construida en el lenguaje, desde la realidad de los participantes, por lo tanto, las restricciones y repercusiones son referentes a la forma de construcción de cada sujeto. Por ello, es necesario aclarar que los resultados y las conclusiones dadas dependen tanto de la subjetividad de los pacientes como de la investigadora, de sus experiencias personales, de sus conocimientos, de sus intercambios, entre otros aspectos, por lo tanto, no son extrapolables ni generalizables, porque justamente no fue ese el fin de la investigación, sino que la búsqueda de profundidad y especificidad del caso estudiado.

Dadas las múltiples subjetividades y temáticas surgidas, se realiza un esfuerzo para dar cuenta de la forma más acabada posible de las percepciones, sentimientos, acciones y relaciones que se dan dentro de la psicoterapia grupal. El objetivo central está destinado a dejar hablar a los pacientes, escucharlos, recrear su voz, recoger su lenguaje y su experiencia vital.

En relación a las limitaciones se observan la existencia de tres fenómenos que se interrelacionan entre sí: en primer lugar, se produce un involucramiento previo de la investigadora en el campo de estudio, que permite el desarrollo de instancias que favorecieron la visibilidad con mayor fuerza y potencia de los aspectos positivos por sobre los negativos. En ese sentido, se recomienda para futuras investigaciones que el investigador no sea el terapeuta grupal ni individual de los pacientes, y si lo es, manejar con mayor rigor el encuadre y las intervenciones.

A raíz de lo anterior se produce un cierto grado de “deseabilidad social” en la investigación, en el sentido de que los pacientes de alguna forma tratan de quedar bien con la investigadora, cumpliendo con las expectativas del estudio, favoreciendo en que se dé el resultado que se quiere lograr.

Ahora si bien, se produce este efecto en cierto grado en la investigación, y se observan con mayor detalle y preponderancia aspectos positivos de la intervención, es necesario señalar que los pacientes en ninguna instancia poseen acceso a los objetivos de la investigación, por lo tanto, no conocen lo que se pretende lograr con ella. Asimismo, se debe considerar que la investigación apunta a conocer las visiones subjetivas que los pacientes construyen, por lo que es un estudio abierto a múltiples significados e interpretaciones.

El tercer fenómeno está relacionado con las pautas que se utilizan para la evaluación inicial y las entrevistas en profundidad, y el intercambio que se produce en dichas instancias. Las pautas de evaluación están construidas apuntando mayoritariamente a elementos positivos de la psicoterapia, por lo que generan escasos espacios para la expresión de aspectos negativos. Asimismo, como se nombró anteriormente, el hecho de que la investigadora desarrolle y facilite la psicoterapia grupal, influye en que a los pacientes les cueste expresar lo negativo. Esto sugiere la necesidad de un mayor distanciamiento para que ellos puedan referir y dar cuenta de las limitaciones de la experiencia psicoterapéutica grupal, y tomar los resguardos metodológicos necesarios para que no se produzcan los efectos nombrados anteriormente.

En relación a las proyecciones, se considera importante abordar en nuevas investigaciones la perspectiva de los otros sujetos que colaboran en el trabajo grupal, es decir, los terapeutas. Este modelo de psicoterapia está basado en un marco teórico específico, que no precisamente coincide con la formación teórica-práctica de los ejecutores, por lo que sería interesante indagar en las posibles tensiones o dificultades que se pueden producir al momento de llevar a cabo la psicoterapia, así como en las objeciones o modificaciones que le harían a las actividades, encuadre, etc. Asimismo, sería pertinente conocer la perspectiva de los terapeutas sobre el rol o papel que juegan en la psicoterapia grupal, las posibles distinciones con los tratamientos individuales, los criterios que utilizan para determinar un proceso terapéutico exitoso, entre otros.

Finalmente sería relevante abordar en futuras investigaciones otros aspectos marginados en esta investigación como pueden ser las expectativas de tratamiento de los pacientes, las motivaciones para integrar la psicoterapia grupal, los factores o procesos que influyen en la permanencia de los pacientes en la psicoterapia grupal, y cualquier otro elemento que permitiese ser un aporte tanto al diseño de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión, como para el abordaje de las personas que presentan estados depresivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almenta, E., García, M. y González, E. (1994). Factores terapéuticos en dinámica grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría XIV (47-48)*, 83-97.
- Alvarado, R. y Rojas, G. (2011). El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Revista Médica de Chile 139*, 592-599.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G. y Muñoz, M. (2005). Evaluación del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública 18(4/5)*, 278–286.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Arciero, G. (2002). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal: Reflexiones sobre la experiencia humana*. Torino: Editorial Boringhieri.
- Ávila, A. y García de la Hoz, A. (1994). De las concepciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones psicosociales. En Delgado, J., y Gutiérrez, J. (Coords.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 317-357). Madrid: Síntesis.
- Balbi, J. (1994). *Terapia cognitiva posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano*. Buenos Aires: Paidós.
- Bechelli, L. y Santos M. (2005) El paciente en la psicoterapia de grupo. *Revista Latinoamericana 13 (1)*, 118-125.
- Benedito M., Carrió M., Del Valle G. y Domingo A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (92)*, 165-176.
- Biedermann, N. (1986). Las enfermedades afectivas. En Gomberoff, L. y Olivos, P. (Eds.). *Manual de Psiquiatría* (pp. 201-224). Santiago: Mediterráneo.
- Blankenburg, W. (1983). La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría (21)*, 177-188.
- Colegio de Psicólogos de Chile (2000). *Reglamento de la comisión de ética del colegio de psicólogos de Chile*. Santiago: Autor.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Crittenden, P., Maturana, H., Ruiz, A. y Sepúlveda, C. (1997). *Patrones vinculados con las organizaciones de significado personal*. Extraído el 10 de octubre de 2011 desde: <http://cognitivoconductual.galeon.com/osp.htm>
- Cuadra, A., Veloso, C., Ibergaray, M. y Rocha, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica* 28 (1), 127-134.
- Curivil, P. y Carretero, M. (2007). *Modelo de psicoterapia grupal breve constructivista cognitivo para trastornos del ánimo, enfocado a pacientes diagnosticados con depresión*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago.
- Del Cerro, M. y Olmos, C. (2008, 3-8 noviembre). *Tratamiento grupal de los estados depresivos crónicos*. Trabajo presentado en el XII Congreso de Psiquiatría, Valencia.
- Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Dörr, O. (2000). Normalidad y anormalidad en psiquiatría. En Heerlein, A. (Ed.). *Psiquiatría clínica* (pp.81-93). Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Duarte, J. (2012). Aportes desde la intersubjetividad y la identidad narrativa para la psicoterapia constructivista cognitiva. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Clínica Adultos. Universidad de Chile, Santiago.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., Cenea, R. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta* 26 (108), 509-535.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Garay, C., Korman, G. y Keegan E. (2008). Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del ánimo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos* 12, 61-72.
- Gavino, A. (1998). Las variables del proceso terapéutico. En Caballo, V. (comp.). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* (pp.144-158). Madrid: Siglo XXI Editores.

- Gergen, K. J. (1999). *Una invitación a la construcción social*. London: Sage.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Greenberg, L. y Pascual-Leone, J. (1998). Un enfoque constructivista dialéctico del cambio vivencial. En Mahoney, M. y Neimeyer, R. (Eds.). *Constructivismo en psicoterapia* (pp.149-175). Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L., Rice L. y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- Guerra, M. (2010). *Evaluación de la eficacia terapéutica de una aplicación piloto del taller de psicoterapia grupal constructivista cognitivo aplicado a la depresión*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago.
- Guidano, V. (1987). *La complejidad del sí mismo*. New York: The Guilford Press.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. Compilación y notas de Susana Aronsohn. Extraído el 22 de octubre de 2009 desde <http://www.posracionalismo.cl/imagenes/vguidano.pdf>
- Guidano, V. y Liotti, G. (2006). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Guidano, V. y Quiñones, A. (2001). *El modelo cognitivo postracionalista*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gutiérrez, S. y Varela, V. (2009). Propuesta de un modelo de psicoterapia grupal estratégica en depresión severa: cómo pasar de víctima de la depresión a protagonista de la recuperación. *Terapia Psicológica*, 27(1), 41-49.
- Heerlein, A. (2000). *Psiquiatría clínica*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Hollon, S. y Shaw, B. (2002). Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos. En Beck A., Rush J., Shaw B. y Emery, G. *Terapia Cognitiva de la depresión* (pp.299-320). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hurtado, V. y Rojas, O. (1996). *La depresión de las mujeres y su relación con el trabajo doméstico desde una perspectiva psicosocial*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago.

- Jorquera, A. y Guarch, J. (2006). *Tratando... trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research* 6(2), 1-32.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Kühne, W. (2004). Integración del modelo psicoterapéutico cognitivo. *Revista de Psicología de la Universidad Bolivariana* (1-2), p. 1-10.
- Lambert, M. y Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En Bergin, A., y Garfield, S. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- León, O. y Montero, I. (2006). *Metodologías científicas en psicología*. Barcelona: UOC.
- Machado, A., Díaz, M., Pérez, L. y Cervera I. (2010, febrero-marzo). *Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para la depresión en formato grupal y protocolizado. "aprendiendo a ser feliz...si me esfuerzo"*. Trabajo presentado en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. y Neimeyer, R. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Mandakovic, V. (2005). *Estudio de los desórdenes alimentarios psicógenos indicaciones para una terapia constructivista cognitiva de la anorexia*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Pregrado, Universidad de Chile, Santiago.
- Maturana, H. (1987). The biological foundation of self consciousness and the physical domain of existence. En Caianiello, E. (Ed.). *Physics of Cognitive Processes* (pp.324-379). Singapore: World Scientific.
- Maturana, H. (2001). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago: Dolmen Ensayos.
- Maturana, H. y Varela, F. (1998). *El árbol del conocimiento*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Mead, G. (1968). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud (1998). *Guía metodológica de diagnóstico y tratamiento de la depresión en el nivel primario de atención*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud (2001). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Santiago: MINSAL.



- Ministerio de Salud (2006). *Guía clínica de tratamiento de personas con depresión*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud (2009). *Guía clínica tratamiento de personas con depresión*. Santiago: MINSAL.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 18 (4/5), 346-358.
- Moltedo, A. (2006). Procesos de mantención de la identidad: entre la continuidad y el cambio. *Psicoperspectivas V (1)*, 85–93.
- Moltedo, A. (2004). Más allá de la nosografía: la explicación cognitivo procesal sistémica del síntoma. *Psicoperspectivas III*, 35–47.
- Montt, D. y Villarroel, A. (2003). *Modelo de psicoterapia grupal constructivista cognitivo para trastornos alimentarios, aplicado en un grupo de pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile, Santiago.
- Muñoz, P. y Muñoz, I. (2001). Intervención en la familia: estudio de casos. En Pérez, G. (Coord.). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural: aplicaciones prácticas* (pp. 221-252). Madrid: Narcea
- Nájera, E. (2006). La hermenéutica del sí de Paul Ricoeur. Entre Descartes y Nietzsche. *Quaderns de filosofia i ciència* 36, 73-83.
- Neimeyer, G. (1998). El cuestionamiento del cambio. En Mahoney, M. y Neimeyer, R. (Eds.). *Constructivismo en psicoterapia* (pp.117-133). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, G. y Neimeyer, R. (1996). Definición de los límites de la evaluación constructivista. En Neimeyer, G. (Comp.). *Evaluación constructivista* (pp.11-37). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. (1998). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En Mahoney, M. y Neimeyer, R. (Eds.). *Constructivismo en psicoterapia* (pp.29-57). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. y Neimeyer, G. (1996). Evaluación constructivista: qué y cuándo. En Neimeyer, G. (Comp.). *Evaluación constructivista* (pp.195-210). Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Extraído el 2 de junio de 2011 desde [http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp\\_Web.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Web.pdf)
- Oneto, L. y Moltedo, A. (2002). Las organizaciones de significado personal de Vittorio Guidano: una llave explicativa de la experiencia humana. *Psicoperspectivas I*, 83-92

- Oscariz, C. (2011). *Percepción de mujeres entre 45 y 75 años con depresión moderada acerca de su participación en una intervención grupal mediada por recursos literarios en un centro de salud familiar de Santiago*. Tesis para optar al Título de Psicólogo. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago.
- Pemjeam, A. y Rojas I. (2006). Atención de personas con depresión en el auge. *Gaceta Universitaria* 2, 244-246.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Psicothema* 3, 493-510.
- Pérez-Serrano, G. (1994). *Investigación Cualitativa*. España: La Muralla.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Barcelona: Paidós.
- Rizzo, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»* 17, 1-6.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Safran, J. y Muran, J. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Sáiz, J. y Montes, J. (2000). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros nuevos antidepresivos. En Vallejo, J. y Gastó, C. (Eds). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 554-578). Barcelona: Masson
- Sánchez, P., Sanz, L., Baro, C. y Gómez, M. (2006). Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 26 (2), 217- 229.
- Silva, M. (2011). *Impacto de una intervención psicoterapéutica grupal basada en un enfoque constructivista cognitivo en reducción de sintomatología en pacientes diagnosticados con depresión de moderada a grave en la atención secundaria*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Adultos. Universidad de Chile, Santiago.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia Ediciones.

- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
- Universidad de Chile (2004). *Evaluación de la efectividad del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria. Informe final*. Santiago: Universidad de Chile.
- Vallejo, J. (2000). Tratamientos clásicos de la depresión. En Vallejo, J. y Gastó, C. (Eds.). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 518-543). Barcelona: Masson
- Vergara, P. (2011). *El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Clínica Infante Juvenil. Universidad de Chile, Santiago.
- Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile, Santiago.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. y Vergara, P. (2001). Hacia una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. *Revista de Psicología X* (1), 97-110.
- Yáñez, J. y Vergara, P. (2007). *Taller de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: CUESTIONARIO INICIAL

1. ¿Cómo se ha sentido este último mes?
2. ¿Qué síntomas le preocupan o le incomodan?
3. ¿Cuándo comenzaron estos síntomas? ¿Están relacionados con algo en particular?
4. ¿Cuándo tuvieron su mayor- menor intensidad? ¿Cómo están actualmente?
5. ¿Ha realizado algún tratamiento relacionado con estos síntomas?
6. ¿Ha perdido interés en sus actividades habituales?
7. ¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
8. ¿Cómo ha estado durmiendo? ¿Cómo lo compara con su sueño normal?
9. ¿Ha tenido algún cambio en su apetito o peso?
10. ¿Ha detectado una pérdida en su nivel de energía?
11. ¿Se ha sentido inquieto o ha tenido problemas para sentirse tranquilo?
12. ¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
13. ¿Ha tenido problemas para concentrarse?
14. ¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
15. ¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas?
16. ¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
17. ¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto? Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida pueden pensar en morirse. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?
18. ¿Cómo ve la vida? ¿Cómo ve el futuro?
19. ¿Tiene pareja? ¿Cómo es la relación? ¿Ha tenido pareja? ¿Cómo fue esa relación?
20. ¿Tienes una vida sexual satisfactoria?
21. ¿Con quién vives? ¿Cómo es tu relación con ellos? ¿Cómo es tu familia? ¿Cómo es tu relación con ella?
22. ¿Cómo es tu vida social? ¿Estás satisfecha con esta? ¿Tienes amigos?
23. ¿Sientes que te comunicas adecuadamente con los otros?
24. ¿Cómo te va en el trabajo o los estudios? ¿Estás satisfecha con el trabajo, estudios? ¿Qué te pasa cuando te enfrentas a un problema en esta área?
25. ¿Qué haces en tu tiempo libre (ocio)? ¿Cuáles son las actividades que más disfrutas? ¿Cuánto tiempo le dedicas a la semana?
26. ¿Cuáles son tus expectativas? ¿Cuál es tu motivación de cara al taller?

## ANEXO 2: PAUTA ENTREVISTA

1. ¿Cómo fue su experiencia en la Psicoterapia Grupal para Depresión?
2. ¿Qué le pareció la psicoterapia grupal para Depresión?
3. ¿En su experiencia, es posible llevar los temas abordados en la psicoterapia a la vida cotidiana?
4. ¿Qué fue para usted lo más importante de la psicoterapia grupal?, ¿Hay algún momento que recuerde en particular?
5. ¿En base a su experiencia qué aspectos considera positivos y negativos de la psicoterapia grupal?
6. ¿Hay algún tema o actividad que le haya gustado más? ¿por qué?
7. ¿Considera que ha habido cambios en usted debido a la psicoterapia grupal?, de ser así ¿en que los ha notado?, ¿en qué áreas de su vida se expresan?
8. ¿Sus cercanos le han hecho comentarios sobre algún cambio en usted después de participar en la psicoterapia grupal?
9. ¿Considera que alguna actividad o tema en particular de la psicoterapia grupal lo/a llevo a cambiar?, de ser así ¿qué actividad o tema fue?
10. ¿Qué cree que lo/a ayudo a cambiar de la psicoterapia grupal?, ¿algo relacionado con las actividades, el grupo, los terapeutas o con usted mismo?
11. ¿Estima que la psicoterapia grupal aportó a su tratamiento para la Depresión?, ¿de qué forma?
12. ¿Hay cosas que piensa, siente o hace de forma distinta a lo que hacía antes de haber participado en la psicoterapia grupal?
13. ¿Cómo evalúa su relación con los otros después de participar en la psicoterapia grupal?
14. ¿Puede decir que aprendió algo sobre sí mismo en la psicoterapia grupal?
15. ¿Cómo se describiría a sí mismo después de terminar la psicoterapia grupal?

### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre Psicoterapia Grupal, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso parte del equipo docente de la carrera de Psicología de la Universidad de Chile, que guía la investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios, riesgos y molestias derivados de mi participación en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad.

La Investigadora Responsable del estudio, Pamela Arriagada Meneses, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Asimismo, la entrevistadora me ha dado seguridades de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. En caso de que el producto de este trabajo se requiera mostrar al público externo (publicaciones, congresos y otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización.

Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la Memoria de Título de la entrevistadora.

He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

-----  
Firma Entrevistado

-----  
Pamela Arriagada, Memorista

Santiago, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

## ANEXO 4: DIMENSIONES OPERATIVAS

Juan Yáñez Montecinos<sup>9</sup>

2005

Las Dimensiones Operativas corresponden al nivel de funcionamiento superficial, concretamente al funcionamiento cotidiano, dentro de los límites de la mismidad del sistema y de los procesos de mantenimiento. Esto significa que la tendencia central del nivel operativo, es a mantener la estabilidad del sistema aún al costo de levantar mecanismos de defensas, llamados sistemas de conocimiento de control descentralizado, porque instalan una significación parcial o transitoria a los contenidos de la experiencia, o bien, desarrollando complejos sintomáticos o constelaciones de síntomas, que pueden ser categorizados con algunos de los trastornos descritos por el DSM IV. Las posibilidades de construir síntomas en un sistema son tantas, como los desbordes detallistas descriptivos de los autores de esta nosología.

Conceptualmente, las dimensiones operativas pueden ser definidas como, polaridades antitéticas que expresan el funcionamiento operativo del proceso de mismidad de un sujeto, como respuesta a las presiones del medio. Consisten en opciones preferentes de desplazamiento, entre dos extremos polares de modos de funcionamiento proactivo, que permiten resolver las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia del sistema. La dinámica de estas categorías no es lineal o de un eje, sino que es el resultado de una circularidad dialéctica determinada por las condiciones contextuales, interpersonales e intrapersonales en las cuales un sujeto es requerido. Dichas condiciones pueden hacer que sea o no sea pertinente el desplazamiento operativo del sujeto hacia una u otra polaridad. En otras palabras, la normalidad o patología de una estrategia, estará establecida por su aporte a la mantención de la coherencia, más que por su proximidad con algunas de las categorías de las nosologías tradicionales. Las dimensiones operativas son:

---

<sup>9</sup> Dr. Juan Yáñez Montecinos: Profesor Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas – Universidad de Chile.



**a) Concreción – Abstracción:** se refiere a los niveles de simbolización en categorías conceptuales explicativas, de los contenidos de la experiencia real. Es a través del lenguaje y la abstracción como la vivencia en curso es simbolizada. Lo psicopatológico, en esta categoría, correspondería a la interferencia del proceso de simbolización, producto de las demandas que exceden las posibilidades de explicación dentro de los márgenes de la coherencia del sistema. De modo tal, que el sujeto padecería emocionalmente, la sujeción a determinados contenidos de la experiencia vital. Es en estas circunstancias, que se crean las condiciones para la emergencia de resoluciones transitorias, que derivan en mecanismos de control descentralizados y, eventualmente, síntomas psicopatológicos. Esta dimensión operativa está permanentemente demandada durante el proceso terapéutico, dado que la simbolización de contenidos es la base del cambio significativo y permanente, ya sea de nivel operativo o estructural.

Los procesos abstractos pueden ser parte o no de la conciencia. Cuando lo son, se pueden reconocer en ellos las características propias del pensamiento formal o lógico, por ejemplo procesamiento deductivo, inductivo, analítico o global. En psicoterapia, el trabajo con ellos es más propio del momento cognitivo clásico, en que se hacía una opción por racionalizar el pensamiento, aún cuando como señala Mahoney, estos forman parte de las estructuras superficiales y no necesariamente representan a la totalidad de la conciencia humana. Del mismo modo, una parte importante de estos procesos abstractos, se encuentran relacionados con los procesos inconscientes, en lo que sería el sistema de conocimiento tácito, de modo que no todos los contenidos abstractos son parte de la conciencia.

**b) Flexibilidad – Rigidez:** Esta dimensión refiere a la operación de las estructuras de procesamiento y conocimiento proactivo,<sup>10</sup> ante las demandas de la experiencia en curso. En otras palabras, la flexibilidad o la rigidez de la operación, le permite al sistema

---

<sup>10</sup> Conocimiento Proactivo: proceso de conocimiento en que el sujeto cognoscente controla tanto las cualidades sensoriales como motoras del procesamiento a través de estructuras centrales. Basado en la primacía de lo abstracto de Hayek (1978) y teoría motora de la mente de Pribram (1982).

contar con una mayor o menor gama de posibles explicaciones de los acontecimientos de la experiencia y, en esa medida también, tener más opciones para seleccionar aquella que resulta armónica a la coherencia sistémica. “Desde una perspectiva epistemológica evolutiva, la mente parece ser un sistema constructivo activo, capaz no sólo de producir lo que emite, sino que también, en gran medida, lo que recibe – incluyendo las sensaciones básicas que subyacen la construcción de sí misma. Por eso, en estos últimos años, ha existido una creciente necesidad de cambiar la conceptualización de la mente hacia las “teorías de la mente”” Weimer (1977 en Guidano, 1987, Pág. 22). Es así como se construye la delimitación propia del sí mismo, que permite la distinción de los otros, en medio de los otros. Lo patológico en esta categoría, se expresaría en dificultades para registrar e integrar material de la experiencia vital, para la progresión ortogenética, la generatividad y la complejidad del sistema. En el otro sentido, el aumento en la complejidad, le permite acrecentar sus niveles de flexibilidad. “El haberse dado cuenta y el estar en contacto con más ópticas con las cuales encuadrar la complejidad, hace probable que las nuevas modalidades sean más flexibles, y por lo tanto, más adaptativas, respecto de las anteriores”, Reda (1986, Pág. 46).

**c) Inclusión – Exclusión:** esta dimensión operativa tiene que ver con la capacidad del sistema de conocimiento para integrar nuevos contenidos, a partir de las presiones que ejerce la experiencia en curso (el Yo, que experimenta y actúa), y para simbolizar el material perturbador (el Mi, que observa y evalúa). En el marco de los procesos ontológicos de conocimiento, corresponde a la operación de autorreconocimiento, la integración de un sentido unitario de sí mismo a partir de la diferenciación de los límites de la mismidad y la ipseidad, como procesos de mantenimiento o de cambio respectivamente. Esta dimensión es el resultado de al menos dos fenómenos propios de la mismidad, en los que se ve requerida la necesidad de inclusión:

1) La praxis vital como fenómeno existencial, produce “naturalmente”, más contenidos experienciales que los que son posibles de procesar por el sí mismo. El resultado de esto, es una sobreabundancia experiencial-sensorial, cuyo material le permitiría perfectamente la operación de diversas interpretaciones al unísono de la

realidad, pero que el particular sí mismo en curso, sesga y opta por contenidos específicos, posibles de incluir en su coherencia sistémica. Reda, (1986, Pág. 54), señala que “Durante el largo período del desarrollo, el conferir orden al desorden de la complejidad, se tiende a excluir gran parte de la totalidad de las informaciones que alcanzan al sistema nervioso central a través de los órganos sensoriales”.. Este fenómeno lo podemos llamar exclusión natural.

2) El sí mismo, que opera en este acto de inclusión experiencial, en algunas ocasiones se ve amenazado por determinados contenidos de la experiencia que le son especialmente perturbadores para la mantención y continuidad de su coherencia sistémica, por lo tanto, tiene que defenderse excluyendo selectiva y activamente estos contenidos amenazantes que pudieran desorganizarlo. “Las emociones específicamente turbadoras (por ejemplo, la ira o el desamparo en los niños evitativos), se activan en cortocircuito mediante la exclusión selectiva de la entrada sensorial que proviene de los campos críticos de experiencia. La capacidad de exclusión depende, obviamente, del grado de aptitudes cognitivas disponibles.” (Guidano, 1994, Pág. 48). Este fenómeno donde el sujeto participa activamente a un nivel tácito lo llamaremos exclusión defensiva y corresponde a los mecanismos de Control Descentralizados

Al referirnos a la categoría inclusión-exclusión, estamos aludiendo a un fenómeno donde los niveles de patología estarían asociados a la magnitud y la frecuencia con que se excluyen de la conciencia los contenidos experienciales. Por lo tanto, el resultado es que se interfiere la progresión en complejidad del sistema de conocimiento, estrechando las posibilidades vivenciales y de operación. Esta dimensión, es particularmente sensible a la operación de las categorías anteriores mencionadas; incluso se podría afirmar que ella es un resultado de la operación de aquellas.

La categoría de inclusión permite al sistema humano ampliar las dimensiones del conocimiento, para así disponer de mejores y más complejas oportunidades de adaptación, entendida ésta como “...la aptitud para transformar la perturbación que nace de la interacción con el mundo en información significativa para el propio orden experiencial.” Guidano (1994, Pág. 23). Esta habilidad tiene como resultado, cambios en la organización

del sistema de conocimiento, transformando las pautas de coherencia interna, mediante progresivos niveles de inclusión y de complejidad.

**d) Proactividad – Reactividad:** esta dimensión depende de las características innatas e ideográficas del sujeto, que inciden en un estilo de enfrentamiento ante las demandas que ejerce la relación con el mundo. Se refiere al grado de persistencia y permanencia de los niveles de respuesta motor, emotivo y cognitivo, ante los desafíos o amenazas. Lo psicopatológico de esta categoría, concierne a la inactividad, que se puede entender como falta de propositividad, producto de no desplegar las competencias del sistema de significados para resolver las demandas desbordantes. El mecanismo de control descentralizado preferente es la negación del conflicto con la realidad o desentendimiento. Desde la perspectiva de las Organizaciones de Significado Personal, los estilos particulares resultantes de una inclinación más frecuente hacia lo activo o lo pasivo dan origen a las Sendas Personales.

**e) Exposición – Evitación:** Esta dimensión se refiere a la actitud del sujeto frente a las perturbaciones que generan las demandas desbordantes con dificultades de procesamiento. Por ser una amenaza para el sistema, presionan por una actividad de enfrentamiento o de escape, lo que amplía o limita las posibilidades de crecimiento del sistema. Con el estilo de resolución decidido, el sujeto también hace una opción de desarrollo propio.

Finalmente, la operación global de estas dimensiones, se expresa en dos cualidades de los sistemas de conocimiento, que resumen y le dan el sello a su dinamismo. Dichas categorías son la Generatividad, que tiene que ver con los resultados de la interacción del sujeto con su medio, y la Complejidad, que se entiende como una progresión del sistema hacia estados o niveles superiores de las dimensiones operativas.

### **Generatividad**

El sistema de conocimiento humano tiene su sello distintivo respecto de las demás especies, en que es capaz de autoorganizarse y ser autoreferencial, cualidades que le

permiten, al interior de su propia dinámica, autoconstruirse progresivamente de modo de alcanzar niveles jerárquicos más complejos. La generatividad resulta ser una cualidad que es producto del funcionamiento del sistema de conocimiento en su totalidad, y que implica por un lado, la incorporación progresiva de nuevos contenidos de la experiencia, y a su vez del reordenamiento de las estructuras de funcionamiento abstracto, y por otra parte, a nivel superficial es un indicador de la operatividad del sistema en un sentido productivo, para la coherencia de estas reglas abstractas, y para la mantención de la integridad de los componentes de la estructura. En otras palabras, la generatividad es un respaldo del sistema para que los procesos de mantenimiento y cambio cumplan con la funcionalidad que les es propia, de modo que puedan producir nuevos estados organizados, que aunque resulten inicialmente extraños al sistema, pueden pasar a formar parte integral de él, incluyéndose mediante los procesos de significación.

Entendida de esta manera, entonces, la generatividad corresponde al proceso de progresión ortogenética de un sistema de conocimiento ontológico, en los aspectos referidos a la coherencia e integridad sistémica del sí mismo, en el sentido de la mantención y proyección de su dinámica hacia etapas de mayor complejidad, a través de la reorganización constante de los niveles operativos de flexibilidad y exposición del sistema, abstracción y actividad de los niveles operativos e inclusión sistémica del flujo de la experiencia.

A algunas de estas categorías descritas, Guidano las refiere como propiedades formales y estructurales del particular procesamiento autorreferencial ordenador y unitario, que otorga coherencia y unidad interna a los seres humanos y que las llama Organizaciones de Significado Personal (OSP) y serían según este autor (1994, Pág. 54): "Proceso ordenador unificador que organiza con coherencia los patrones de actividad afectiva, motriz y cognitiva".

Finalmente, del estado de las categorías operativas antes mencionadas, depende la estabilidad del sistema y sus potencialidades adaptativas a las demandas emergentes que plantea la constante perturbación de la coherencia interna, producto de la reciprocidad fenomenológica del proceso de deriva natural. Sin embargo, a pesar que el síntoma en este contexto, es un acto que desvía el curso regular de los acontecimientos rutinarios del día a día, y es el resultado de perturbaciones tanto conscientes como, las

más de las veces inconscientes, es la evidencia palpable de que el organismo se encuentra en un estado de transición desde el equilibrio al desequilibrio en la organización de su sistema, por lo tanto está en búsqueda de novedosas alternativas para obtener un nuevo estado. Al respecto Prigogine señala: “Cuanto más se aleja un sistema del equilibrio, más las causas de los fenómenos que se desarrollan en su interior tienden a generar efectos inéditos y en consecuencia imprevisibles... Es que la materia que está alejada del equilibrio es sensible a las influencias externas”, Spire (2000, Pág. 25). También, al respecto Guidano señala: “ El desarrollo de esta progresión (de niveles menos inclusivos a más inclusivos de conocimiento) se parece en muchos aspectos al patrón de “equilibrios interrumpidos” propuesto por los enfoque evolucionistas pluralistas postdarwinistas (véase Gould, 1980). En realidad, el desarrollo vital no refleja una curva suave de adquisición acumulativa de conocimiento sino una curva discontinua en la que los períodos de relativa estabilidad estructural son interrumpidos por episodios de cataclismo de todo el sistema.”, Guidano (1994, Pág. 23). Esta situación sin duda constituye una metáfora, que desde otras disciplinas, introduce una posible comprensión para entender el sentido que para un sujeto, puede tener un síntoma, como resultado de su propio proceder.

Cuando se habla de la estructura del conocimiento se está refiriendo al contenido (memoria episódica, etc.) de la vivencia que se ordenan jerárquicamente según la forma particular e ideosincrática para organizar el significado. Existen al menos dos fenómenos en que se organiza el contenido: primero, según la dimensión témporo-espacial, y segundo, según su funcionalidad, que tiene que ver con el significado que tiene el evento (en términos de nivel de activación que genera en los integrantes).

También hay una organización heterárquica que no tiene que ver con una descentralización del evento, que no tiene un orden sino que necesita que se le entregue un significado para poder ordenarlo e incorporarlo, lo que se relaciona con el cambio. Cuando se habla de significado, se refiere al efecto de sentido de reconocimiento como propio del sistema, que se produce con la inclusión de un nuevo contenido y la consecuente reorganización y reestructuración ortogenética. Mahoney & Freeman (1988, Pág. 40), definen el concepto de estructuralismo heterárquico para referirse a: “La distribución descentralizada del conocimiento y a la aparición de lo que llamaremos control desde una coalición y competición internas sin fin entre sistemas

interdependientes de sistemas". Los mecanismos involucrados en la producción de significado son el contraste y la clasificación, que nos remiten a propiedades de funcionamiento del Sistema Nervioso entendido como un sistema de orden y contraste que permite la adaptación y el desarrollo. Dicha concepción de significado es concordante con la propuesta de Bartlett, 1932, acerca de la "Primacía del significado" y las Teorías Contextuales del Significado, Mahoney & Freeman, (1988, Pág. 31). Especialmente en lo referido a que, dependiendo del contexto, los fenómenos adquieren su relevancia. Entonces se podría afirmar que el sistema, en un acto unitario, incorpora y da sentido sistémico a lo incluido, puesto que así mantiene su coherencia e impulsa su desarrollo.

### **Complejidad**

En la perspectiva de las dimensiones operativas, se entiende que, en la medida que los sujetos se desplazan hacia los ejes positivos de éstas, aumentan su generatividad y consecuentemente, los niveles de complejidad operativa. La complejidad, como concepto, se ha abordado tanto en los sistemas físicos no lineales y entorno a las propuestas que tienen que ver con el caos. Los sistemas humanos en general, tienden a funcionar de manera compleja debido a la multiplicidad de variables que se asocian con una respuesta concreta. Al mismo tiempo, los sistemas de conocimiento humano, inevitablemente evolucionan hacia organizaciones más complejas de su funcionamiento. Esta tendencia es el resultado de la también ineludible presión que ejerce el medio en que se soporta la existencia, pero al mismo tiempo, para que ésta sea posible como unidad diferenciada de su entorno, al menos por una membrana como es el caso de los organismos más básicos, o bien por la autoconciencia que se desprende de la identidad de ser un organismo que lucha frenéticamente por la autonomía en medio del paraíso, como es el caso del ser humano. La dinámica de la existencia resulta pues, en principio, ajena al sujeto y queda inscrita desde el momento que "somos arrojados al mundo" con el mandato de constituirnos en unidades independientes, que se organizan para lograr una autonomía, que progresa de órdenes concretos a estados más abstractos y en esa progresión ortogenética ordenan un mundo mientras se está en él, y se constituye en el motor de la dinámica de la mismidad: alcanzar un sistema de conocimiento complejo que permita las variedades posibles de incluirse como experiencia válida para la propia coherencia.

La complejidad, es una propiedad de los Sistemas de Conocimiento Auto referenciales que le permite a la unidad, consecuentemente con su propia organización, dar respuestas múltiples y de diverso nivel a las presiones constantes y cambiantes que ejerce el medio, como resultado de su propia dinámica. Esto es posible mediante la construcción progresiva de estructuras de procesamiento más abstractas, flexibles e inclusivas y de una organización jerárquica heterárquica. Al respecto, Guidano, (1987, Pág. 23), señala: “El sistema nervioso como instrumento de clasificación jerárquicamente organizado, lleva a la concepción de un pensamiento consciente como diseño de seguridad automática evolutivamente programada para la reclasificación (Weimer, 1962 a, Pág. 269). En otras palabras; al moverse siempre hacia niveles mayores de complejidad organizada, la autonomía de su ambiente de una unidad en desarrollo Autorreferente, llega a ser cada vez más afín a un distanciamiento de la inmediatez de la experiencia del ambiente”. Entonces, la complejidad involucra la dinámica de las dimensiones operativas, en el sentido que los esquemas de procesamiento, tanto en sus procesos estructurales como en los organizacionales, despliegan todas sus posibilidades operativas cuando el sistema es demandado al límite de sus posibilidades, de modo que aumentan las alternativas de responder, encontrando un significado viable para su coherencia. Si esto no fuera posible, está disponible para reordenar sus propias condiciones, y para lograrlo opera como los sistemas disipativos propuestos por Prigogine quien señala que, cuando estos operan en los márgenes de sus posibilidades sistémicas, llegando a niveles de desequilibrio que lo amenazan, en ese momento se encuentra vulnerable a que acontecimientos externos puedan gatillar una reacción, o bien que el mismo sistema despliegue una respuesta original o novedosa que le permita mantener la integridad (estructura) y la coherencia (organización).

Las consecuencias funcionales de un sistema de conocimiento humano, que se expresa en una subjetividad particular, son que el sujeto cuenta con un amplio repertorio de competencias personales para responder a las diversas demandas de las circunstancias en que se encuentra inmerso, con bajos niveles de desgaste personal o, como lo diría la teoría psicodinámica, un aparato psíquico que opera con una economía en equilibrio. Esta amplia capacidad de respuesta, en el plano de lo operativo del sujeto, deviene a nivel de la estructura profunda, de una amplia gama de significaciones posibles, que el sistema dispone para la experiencia en curso del sujeto, de modo tal que son más probables las



experiencias consonantes, por lo tanto, autorreferenciales, que las experiencias discrepantes, por lo tanto, perturbadoras. Guidano, (1994, Pág. 14), se refiere a que: “Si la mente parece estar distribuida a través de un continuo que va de tempranas conductas rudimentarias exploratorias, a la autoconciencia humana, entonces la evolución emerge como una estrategia regulatoria esencial dirigida a la consecución de una estabilidad en el ambiente siempre cambiante a través de lograr niveles más complejos de funcionamiento auto – referente autónomo. En otras palabras, una complejidad organizada y auto – organizada parecen haber estado entrelazadas desde su primera aparición y, consecuentemente los patrones específicos y los procesos que subyacen a la emergencia de nuestra identidad percibida pueden ser consideradas con confianza como surgiendo de limitaciones evolutivas y sistemáticas que subyacen a nuestro procedimiento”. En otros términos, un sistema complejo de conocimiento, es un sistema que tiene mayor probabilidad de adaptarse con un bajo costo personal. Cuestión que, sin lugar a dudas, está relacionada con la calidad de vida del sujeto, en el amplio sentido.

## ANEXO 5: TÉCNICAS OPERATIVAS

Juan Yáñez Montecinos <sup>11</sup>

2005

Las técnicas operativas son un componente necesario y sumamente útil para el proceso terapéutico, dado que su indicación está referida a los aspectos concretos de las dificultades de los pacientes, y el resultado, frecuentemente es alentador, lo que incide en la motivación y la confianza del paciente en el proceso terapéutico. En muchos casos, los pacientes exigen directamente que le sean aplicadas “técnicas concretas”, que le ayuden a resolver sus dificultades cotidianas, por lo tanto, no habría contraindicación en satisfacer esta demanda; sin embargo, la decisión de aplicar una técnica operativa, es de responsabilidad preferente del terapeuta, puesto que tiene que tener muy claro el objetivo y los efectos que su aplicación pudiera tener en el proceso general de terapia. Desde mi perspectiva, considero que no hay que dudar en hacer uso de las técnicas operativas cuando notoriamente pueden producir un alivio sintomático en un plazo reducido; la precaución que se debe tener, es la adecuada contextualización dentro del marco general de la terapia y del funcionamiento profundo del paciente, de modo que éstas no resulten, como reza el dicho popular, “pan para hoy y hambre para mañana”.

Las técnicas operativas son procedimientos validados experimental y clínicamente, que se desprenden de teorías y cuya función es abordar un objetivo terapéutico específico, frecuentemente asociado a la sintomatología que presentan los pacientes. Los procedimientos y aplicación de estas técnicas suelen estar secuenciados, paso a paso, en sus distintas fases y objetivos, es decir, cuentan con un modo de aplicación que les es propio y prácticamente manualizado. Cabe hacer notar que, a pesar de esta característica, se requiere un buen entrenamiento en el uso y aplicación de estas técnicas, para asegurar los resultados que se proponen; por ejemplo, en la desensibilización sistemática, una deficiente especificación de las claves fóbicas, puede

---

<sup>11</sup> Dr. Juan Yáñez Montecinos: Profesor Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas – Universidad de Chile.

llevar a resultados desastrosos, más en la línea de la sensibilización que de la desensibilización.

Algunas de las técnicas operativas más empleadas en la terapia Constructivista Cognitiva, corresponden a aquellas originarias de la fase conductual y la fase cognitiva del modelo.

Este trabajo se remite a reseñar una lista, no exhaustiva, de la oferta de técnicas, las que se encuentran muy bien descritas en las referencias bibliográficas señaladas para cada una de ellas:

- Desensibilización Sistemática: véase Wolpe (1979); Marks (1986); Rimm & Masters (1987).
- Entrenamiento Asertivo: véase Caballo (2000); Anexo 1; Rimm & Masters (1987).
- Relajación General Progresiva – Reformulación de Borkovec: véase Rimm & Masters (1987).
- Ensayo Conductual: véase Kanfer & Phillips (1977).
- Técnicas de Autocontrol: véase Kanfer & Phillips (1977).
- Modelling: véase Kanfer & Phillips (1977).
- Reestructuración Cognitiva: véase Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Reestructuración de las Creencias Irracionales: véase Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Entrenamiento Autoinstruccional de Meichenbaum: véase Cía (1994).
- Técnicas de Afrontamiento Instrumental y Paliativo: véase Cía (1994).
- Entrenamiento en Autoeficacia de Bandura: véase Bandura (1987).
- Exposición y Prevención de Respuestas Ritualizadas en Trastornos Obsesivo – Compulsivos (TOC): Cía (1995).
- Detención del Pensamiento: véase Beck, J. (2000)

- Enfoque Multimodal de Lazarus: véase Lazarus (2000).
- Programación de Actividades: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Práctica Cognitiva: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Detección de Pensamiento Automático: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Identificación y Modificación de Creencias Intermedias: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Técnicas de Imaginería: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Resolución de Problemas: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Toma de Decisiones: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Experimentos Conductuales: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Distracción y Refocalización: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Exposiciones Graduales: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Terapia de Pareja de Beck: véase Beck, A (1990).
- Terapia Sexual Cognitiva.

En el caso de la terapia de pareja, es importante consignar el aporte de la metodología de tratamiento propuesta por Aaron Beck, en su texto “Con el amor no basta”, que se refiere a un programa paso a paso para el tratamiento de distintas dificultades afectivo-sexuales y otros conflictos de la pareja.

## ANEXO 6: GUÍA AUTOCUIDADO MINSAL<sup>12</sup>

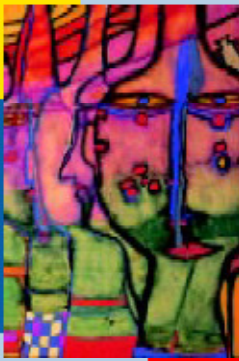
### Recuérdale a su familia y amistades que:

- ▶ La Depresión no es una "debilidad del carácter" o "falta de voluntad" ni menos "lojera". La depresión es una enfermedad.
- ▶ Es comprensible que a una persona deprimida le cueste mucho cumplir con sus actividades habituales. A usted no le ayude que le reprochen su decaimiento, desánimo o tristeza.
- ▶ Usted necesita comprensión, apoyo y compañía. Los problemas que tiene ahora le parecen mucho más graves y se siente menos capaz de resolverlos.
- ▶ Usted necesita motivación para ir a todos los controles y a las sesiones de grupo, hasta terminar el tratamiento.

### Ayúdese a sí misma(o)

- ▶ Cuénteles a sus familiares y amigos que tiene una depresión, hable de sus sentimientos con ellos.
- ▶ Pídale ayuda durante el tratamiento.
- ▶ Evite por todos los medios las situaciones que le afecten o alteren.
- ▶ No tome medicamentos por su cuenta. Los tranquilizantes pueden aliviar, pero no ayudan a mejorar.
- ▶ No se presione, no se juzgue, usted es una persona que vale.
- ▶ Sepa que con el tratamiento en pocas semanas se sentirá mejor y recuperará su personalidad y su fuerza.

### La Depresión es un problema de salud que tiene tratamiento



Podemos sentirnos apenados o afligidos, cuando nos ocurre algo triste o negativo. Esto no debe confundirse con la Depresión. La Depresión dura más tiempo y es como cualquier otra enfermedad.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Consultorio: \_\_\_\_\_  
Médico tratante: \_\_\_\_\_



### ¿Cuál es la causa de la Depresión?

- ▶ La Depresión es una enfermedad que tiene varias causas y muchas veces están combinadas.
- ▶ A veces la depresión es hereditaria, viene de los papás o los abuelos.
- ▶ Otras veces, los problemas son tan importantes que nos pueden producir una Depresión.

**Por ejemplo:**

- La muerte de un ser querido.
- La separación de la pareja.
- La pérdida del trabajo.
- Tener una enfermedad grave.
- La violencia en la casa y también el abuso de alcohol y las drogas nos puede llevar a una Depresión.

### La Depresión afecta:

- ▶ **Los sentimientos:** andar muy triste, afligido(a) y angustiado(a), con miedo e inseguridad, a veces más irritable y con inquietud.
- ▶ **Los pensamientos:** ideas pesimistas, sentirse inútil, con culpas y fallos de memoria, indecisa(a), desesperanzado(a), y a veces pensamientos de que no vale la pena vivir.
- ▶ **El ánimo:** desánimo, sin fuerzas, decaimiento, lentitud, cansancio.
- ▶ **La salud física:** problemas con el sueño, baja de peso, dolores de espalda, de cabeza, molestias de estómago o de brazos y piernas.

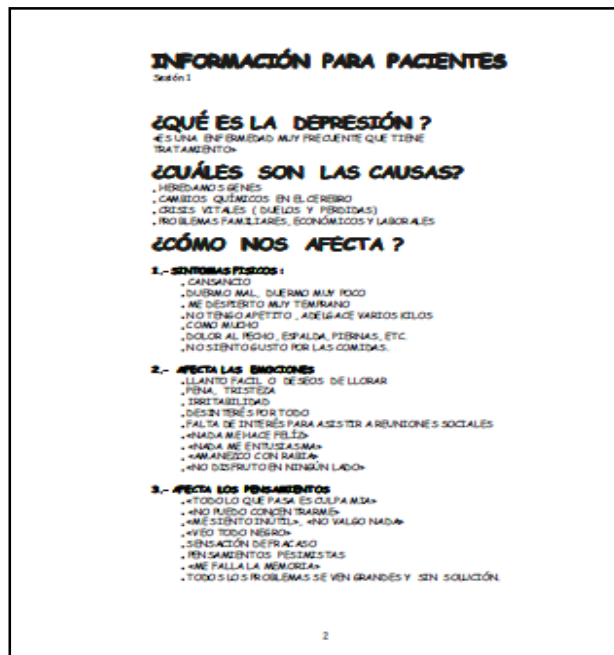
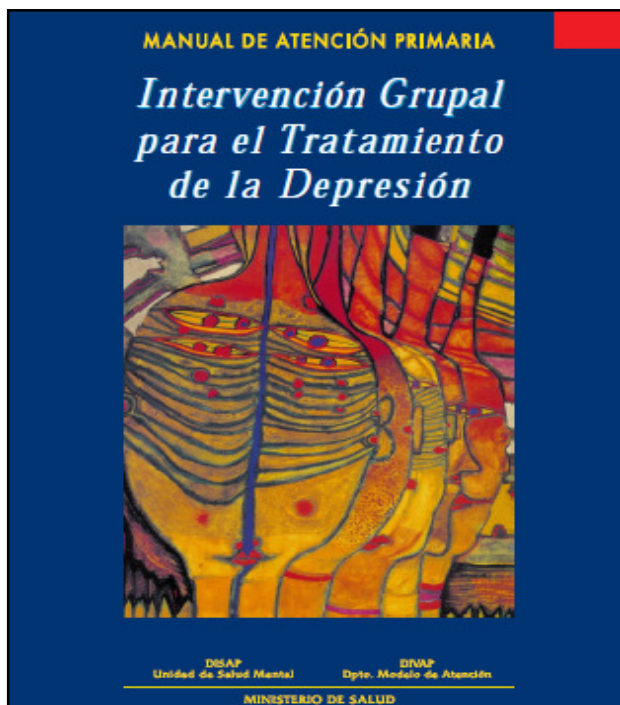
### La Depresión se mejora con el tratamiento

- ▶ **Medicamentos:**
  - Se llaman antidepresivos y le ayudarán a disminuir la angustia y tener más ánimo.
  - Debe tomarlos todo el tiempo indicado.
  - Pueden demorarse 2 o 3 semanas en hacer efecto.  
¡No los suspenda!  
No son drogas ni producen adicción.
- ▶ **Terapia de Grupo:**
  - Le hará bien venir a un grupo de terapia para la Depresión en el consultorio.
  - Será bien recibida(a).
  - Se dará cuenta que no es la única persona con Depresión.
  - Podrá compartir sus sentimientos y aprender a resolver problemas.

*La recuperación es más rápida si cumple con todas las indicaciones.*

<sup>12</sup> Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1afedae04001011f010680.pdf>

## ANEXO 7: MANUAL INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA DEPRESIÓN<sup>13</sup>



<sup>13</sup> Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1bfedae04001011f010680.pdf>

**4.- AFECTA NUESTRA CONDUCTA**

- „SIN DESEOS DE HACER LAS COSAS
- „MAS LENTO PARA HACER LAS COSAS Y
- „ME SIGNIFICA MUCHO ESFUERZO
- „NO DESEO COMPRAÑA, ME AISLO
- „NO QUIERO PARTICIPAR EN NADA
- „ANTES HACÍA TODO EN MI CASA, AHORA NO HARÉ NADA»
- „«NO TENGO DESEOS DE HACER LAS COSAS»
- „«ME QUEDARÍA EN CAMA»
- „«NO SOY CAPAZ DE HACER LO QUE SEMPRE HE HECHO»

**CÓMO PODRÍAMOS COMBATIRLAS**

- „CON TRATAMIENTO MÉDICO y/o PSICOLÓGICO
- „MANTENIÉNDONOS ACTIVOS

3

**REGLAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO**

Llegue a tiempo!

Venga cada semana! Úd. es parte importante con el grupo.

Sea constructivo en sus intervenciones. Evite la crítica negativa. Ayúdenos mutuamente o encuentre el lado positivo a los casos.

Mantenga una actitud práctica. Concéntrese en buscar soluciones y no en lo mal que parecen estar las cosas.

Practique lo aprendido. Si no practica nunca podrá saber si las cosas que le estamos enseñando sirven para algo. Además si los demás ven que Ud. hace las cosas están más interesados en participar ellas también.

Lo que se hable en el grupo es confidencial. Por favor no comente con nadie los casos personales de otros miembros del grupo.

**SUGERENCIAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO**

Comparta sus pensamientos e ideas con otros miembros del grupo.

Haga preguntas. No existen las preguntas tontas o estúpidas.

No se ríase, así crófono. Recuerde que pueden haber otros miembros que quieren hablar también.

Ayude a otros miembros a participar. Si alguien le ha comentado algo importante, pero no ha hablado durante esta sesión, ayúdele a participar.

Escuche atentamente a los otros miembros.

Este es el momento de verlo de otros miembros.

Participe en la discusión.

Cuente sus experiencias, pensamientos, frustraciones e ideas. Recuerde que son pocos los lugares donde Ud. podrá hacer esto.

4

**Sesión 1**  
**TAREA**

1. Utilizando los tarjitos los siguientes enunciados de Depresión:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Escribe qué se refiere	Anota en qué se vio afectado (cuerpo, emociones, pensamiento)
<u>ganas de llorar</u>	Cuerpo-Emociones- Pensamiento- Conclusión
_____	Cuerpo- Emociones- Pensamiento- Conclusión
_____	Cuerpo- Emociones- Pensamiento- Conclusión
_____	Cuerpo- Emociones- Pensamiento- Conclusión
_____	Cuerpo- Emociones- Pensamiento- Conclusión
_____	Cuerpo- Emociones- Pensamiento- Conclusión
_____	Cuerpo- Emociones- Pensamiento- Conclusión

5

Utilizando los tarjitos los siguientes pensamientos:

Positivos	Negativos
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
Escribe pensamientos relacionados con respecto de los siguientes enunciados	
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____

6



### CALENDARIO PERSONAL DE ACTIVIDADES

Actividad	Fecha	Hora	Lugar
Sesión 1			
Sesión 2			
Sesión 3			
Sesión 4			
Sesión 5			
Sesión 6			

7

Nombre:

Fecha:

ACTIVIDADES	hora
	8-9 hrs
	9-10 hrs
	10-11 hrs
	11-12 hrs
	12-13 hrs
	13-14 hrs
	14-15 hrs
	15-16 hrs
	16-17 hrs
	17-18 hrs
	18-19 hrs
	19-20 hrs
	20-21 hrs
	21-22 hrs
	22-23 hrs
	23-24 hrs

8

**TAREA Sesión 2**

1. Cuando me he sentido deprimida, el hacer las siguientes cosas me han ayudado a sentir mejor:
  
2. ¿Cuáles de las actividades anteriores están a mi alcance actualmente?
  
3. ¿Qué actividades completamente nuevas podrían ayudarme?

9

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES**

Sesión 2

**¿CÓMO ME PUEDO AYUDAR YO FRENTE A LA DEPRESIÓN?**

MANTENIENDOME ACTIVA.

**¿CÓMO ME MANTENGO ACTIVO?**

- 1- CON ACTIVIDADES SOCIALES:
  - visitando a familiares
  - asistiendo a grupos de la comunidad
  - juntándose con amigos
  - aceptando invitaciones de amigos o vecinos
- 2- CON ACTIVIDADES RECREATIVAS
  - leyendo
  - viendo televisión
  - saliendo a caminar
  - haciendo un camino ( cocina - jardín - pintura - tejido etc.)
  - salir a correr, hacer gimnasia.
- 3- CON ACTIVIDADES EN EL HOGAR
  - tareas domésticas que me agradan
  - jardinear
  - pintar un cuadro, un mueble, etc.
  - hacer un postre diferente
  - tener un maceto y preocuparme yo de ella.

10

Las Actividades que en el Pasado me ayudaron a sentir mejor fueron:

¿qué actividad?	Actividad antigua	Actividad nueva
¿qué día?		
¿a qué hora?		

11

	Actividad antigua	Actividad nueva
¿qué actividad?		
¿qué día?		
¿a qué hora?		
¿dónde?		

12

**TAREA Sesión 3**

¿Qué pasó los días previos a las actividades? ¿Qué sintió? ¿Qué pensó?

¿Qué sintió durante las actividades? ¿Qué pensó durante las actividades?

Anote todas las dificultades que encontró.

¿Qué efecto produjo todo esto en su ánimo?

- Lo empeoró mucho
- Lo empeoró un poco
- Lo mejoró un poco
- Lo mejoró mucho

13


**Sesión 4**  
**TAREA**

1. Mis problemas más importantes son:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Elija uno de ellos que le afecte emocionalmente y que sea posible de enfrentar

escriba aquí:



Divida en partes

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Elija uno de los ● y defina un objetivo

● \_\_\_\_\_ ⊙ \_\_\_\_\_

14


Busca soluciones para alcanzar el objetivo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Elige una solución y rellena la secuencia

\_\_\_\_\_ ● \_\_\_\_\_ ⊙ \_\_\_\_\_

Solución                  Problema                  Objetivo

15

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES**

Sección 4

**¿CÓMO ME PUEDO AYUDAR YO FRENTE A LA DEPRESIÓN?**

RESOLVIENDO MIS PROBLEMAS.

CUANDO TENEMOS SOBREPESIÓN, LOS PROBLEMAS NOS PARECEN MÁS GRANDES Y MÁS GRAVES.

LOS PROBLEMAS GENERALMENTE TIENEN QUE VER CON:

- LA FAMILIA
- EL TRABAJO
- LA SALUD
- EL ASPECTO ECONÓMICO.

**¿CÓMO PUEDO YO SOLUCIONAR MIS PROBLEMAS?**

IDENTIFICANDO CADA UNO DE MIS PROBLEMAS.

VIENDO A QUÉ ÁREA CORRESPONDE (FAMILIAR, LABORAL, ETC.).

ESTUDIANDO LAS ALTERNATIVAS QUE TENGO FRENTE A CADA PROBLEMA PARA SU SOLUCIÓN.

ESCOGIENDO LA ALTERNATIVA QUE PUEDO LLEVAR A CABO.

DEPENDIENDO LAS TAREAS DE CADA UNO (FAMILIA) PARA LLEVAR A CABO LA ALTERNATIVA ELEGIDA.

EVALUAR LOS RESULTADOS.

16

## INFORMACIÓN PARA PACIENTES

SESIÓN 5

### ¿DE QUÉ OTRA MANERA PUEDO AYUDARME SI TENGO DEPRESIÓN?

APRENDIENDO A RECONOCER EL TIPO DE PENSAMIENTOS QUE TENGO.

### ¿CUÁNTOS TIPOS DE PENSAMIENTOS PUEDO TENER?

POSITIVOS  
NEGATIVOS

CUANDO ME SIENTO DEPRIMIDA PREDOMINAN MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

### ¿CUÁLES PODRÍAN SER EJEMPLOS DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS?

Yo tengo todo lo culpe  
No sirve para nada  
Todo lo hago mal  
Mis problemas no tienen solución  
La vida no vale nada  
Nunca voy a poder cambiar  
Nadie me puede ayudar

### ¿CÓMO PUEDO TRANSFORMAR MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS EN POSITIVOS?

1- QUÉME CUENTA CUALES SON MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS.

2- ANALIZAR COMO PUEDO DEHACERME DE ELLOS:

- Retándolos
- Escrutándolos (viendo si son razonables o no)
- Cambiando de tema
- Tratándolos como si fueran objetos

17

## TAREA SESIÓN 5

Con el objetivo de obtener su plan de prevención de recaídas durante la próxima sesión, los siguientes preguntas le ayudarán a completarlo. Escríbalas en respuesta con calma, pero la información que pueda recibirle le será de mucho valor. Esta información le servirá solo a usted. No hay respuestas correctas ni erróneas. Lo que a otros personal clínico psicólogo o psiquiatra le sea de utilidad.

### A. PREGUNTAS PARA EL PLAN DE AUTO-CUIDADO

En esta sección se describen 5 o 6 actividades para luchar contra la depresión. Las actividades que se registren deberán ser lo más realistas posible, es decir, que realmente se puedan realizar. Mientras más concretas sean las actividades, mejor.

A.1 ¿Qué actividades podría hacer durante?

(Ejemplo: pagar cuentas, el tazo de la mañana, planchar)

A.2 ¿Qué actividades me harían sentir mejor para combatir el dolor?

(Ejemplo: darse baños tibidos, salir a caminar, limpiar la casa por sectores y no todo de una vez)

A.3 ¿Qué de estas cosas podría hacer diariamente o por lo menos semanalmente?

A.4 ¿Qué cosas son las que más me harían sentir o apretar mis pensamientos negativos?

(Ejemplo: Imaginarme a alguien diciéndome lo que me dicen mis penas al estar)

A.5 ¿Qué de estas cosas podría hacer diariamente?

A.6 ¿Qué cosas me harían sentir mejor para cambiar o disminuir mis pensamientos negativos?

(Ejemplo: Preguntarme si hay otra forma de ver una determinada situación, exagerar mis pensamientos negativos hasta un extremo ridículo)

18

A.7 ¿Qué cosas puede utilizar a diario?

A.8 ¿Qué cosas le ayudan a mejorar los días difíciles?

A.9 ¿Qué puede escribirse (diariamente o semanalmente) de situaciones?

(Ejemplo: escribiendo las actividades placenteras en el agenda, colocar la alarma del despertador para que me acuerde en la tarde de salir a dar un paseo)

#### B. PREGUNTAS PARA DETECTAR SITUACIONES DIFÍCILES

Muchas situaciones o problemas cotidianos en nuestras vidas nos pueden poner difíciles o hacer que nos sintamos estresados o deprimidos. Esto puede ser:

- Problemas de salud
- Un suceso o diagnóstico que me afecte personalmente
- Problemas económicos o laborales
- Cambios de casa
- Problemas con otros usuarios
- Separación o divorcio
- Que los demás se preocupen o se preocupen por mí

B.1 ¿Qué situaciones o problemas que me preocupan más puedo prevenir?

(Ejemplo: en dos meses más tengo hora para que me operen de vesícula)

B.2 ¿Qué situaciones puedo ir preparando antes de que se me ocurran?

(Ejemplo: hablaré con una vecina que lleva a sus hijos a la misma escuela y le preguntaré si ella puede llevar a los niños también)

19

B.3 En aquellos problemas o situaciones que no puedo prevenir, ¿qué afectación es más directa y presentimentada?

(Ejemplo: los días de lluvia no tengo deseos de salir a buscar a los niños a la escuela, se vuelven solas y por eso me siento muy culpable)

B.4 ¿Qué puedo hacer antes de que ocurra?

(Ejemplo: le diré en esos días a alguna amiga que vayamos juntas a buscarlos y conversamos por el camino)

#### C. PREGUNTAS PARA EL PLAN DE AUTOOBSERVACIÓN

Es muy importante reconocer los primeros síntomas de la depresión. Involucra a otros miembros de la familia y personal, amigos y personas cercanas. Esto puede ser comenzar a dormir mal, o empezar a olvidar cosas o el caso de la lista, etc. Muchas veces los primeros síntomas son los primeros en detectarse como cambios, breves o episodios que empiezan a notarse si se preguntan a otros o si se notan de algún pasajero.

C.1 ¿Cuáles son los primeros síntomas de la depresión?

C.2 ¿Qué síntomas se sirven para poder detectar más síntomas?

(Ejemplo: anotar en el agenda todos los días si he tenido un determinado síntoma, revisar una lista de los síntomas que tengo colgada en la puerta del refrigerador)

C.3 ¿Cuál de estos síntomas es el que más me sirve y puedo utilizar?

C.4 ¿Qué actividades ayudan a detectar estos síntomas?

(Ejemplo: todos los días al desayuno, los domingos antes de ver las noticias en la TV)

20

#### D. PREGUNTAS PARA EL PLAN DE EMERGENCIA

Al seguir el plan de autoobservación se podrá detectar si se está cayendo nuevamente en una depresión. Si es así, la siguiente información me será útil.

- D. 1 ¿Cómo se llama mi médico y dónde lo puedo ubicar?
- D. 2 ¿A qué pariente o amigo puedo llamar para que me ayude?
- D. 3 ¿Qué actividades de mi Plan de Autocuidado puedo comenzar a realizar o reanudar?

21

#### PLAN DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS

##### PLAN DE AUTOCUIDADO

Con el objeto de que las cosas cotidianas desagradables no me hagan mal haré las siguientes cosas:

##### PLAN DE AUTOOBSERVACIÓN

Voy a observar mis síntomas por medio de:

¿Cuándo?

¿Dónde?

##### SITUACIONES DE ALTO RIESGO

Problemas que me suceden actualmente:

Seguiré los siguientes pasos para enfrentarlos:

En el futuro es posible que me toque enfrentar las siguientes situaciones de riesgo:

Los pasos que seguiré cuando ocurren serán los siguientes:

22



#### PLAN DE EMERGENCIA

Debo estar alerta cuando empiezo a tener los siguientes síntomas:

Nombre, teléfono y dirección de algunas personas a quienes puedo recurrir:

Pondré mayor énfasis en las siguientes actividades del Plan de Autocuidado para frenar lo que me está ocurriendo:

23

#### INFORMACIÓN PARA PACIENTES

versión 6

La depresión es una enfermedad que tiene tratamiento y riesgo de recidiva

##### ¿COMO PUEDO EVITAR UNA RECÍDIVA?

Los cambios que debo hacer; llevarlos a cabo uno a uno.  
Recordar que pedirlo o pedirlo es llegar arriba.

- Reconocer que soy capaz de obtener lo que
- Tener presente que no todos los problemas son culpa mía.
- Enfrentar los problemas para buscarle solución
- Detectar los síntomas de depresión para consultar en forma oportuna.

24



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

---

PROGRAMA DE DETECCIÓN,  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO  
INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN EN  
ATENCIÓN PRIMARIA

---

## **ANEXO 8: TEORÍA COGNITIVA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES: ASERTIVIDAD GENERATIVA**

Juan Yáñez Montecinos <sup>14</sup>

2002

### **INTRODUCCIÓN**

Los logros de la civilización actual, son principalmente el resultado de la compleja y frenética actividad de la red de relaciones que interpersonales conforman la humanidad que construimos. Los fenómenos sociales y culturales que caracterizan a las sociedades, no serían posible sin la trama de interacciones que existen entre la gran diversidad de sujetos que la componen. Es más, esta red es condición esencial para la sobrevivencia de los seres humanos, puesto que, es la cercanía protectora y reguladora con los demás, la que en una constante dinámica de reciprocidades polares que se expresan en conductas que le permiten apegarse a una figura protectora (identificarse), o distanciarse de ella (individuarse), la responsable de la construcción del particular modo de ser que en psicología llamamos: Estilo de Personal, Sí mismo o Personalidad, haciendo referencia a aquellas características que permiten distinguir certeramente a una persona de otra. En otras palabras, la idea es que llegamos a ser quienes somos, gracias a la convivencia diaria con los demás, distintos de nosotros mismos, y que en ese proceso, esta el origen de la inconmensurable diversidad de subjetividades. El desafío consiste precisamente en hacer que este mundo de interacciones se incremente, mantenga y proyecte hacia el futuro, puesto que de este modo se crean las condiciones para el crecimiento de las personas, de un grupo, organización o sociedad. El principio que propongo es que estas condiciones se suscitan principalmente a partir de micro dinámicas interpersonales cotidianas de alta frecuencia, en las cuales estamos involucrados y sobre las que tenemos un substancial grado participación y de responsabilidad. Respecto de esta misma idea, Garfinkel señala que sus investigaciones van "dirigidas sobre todo a la acción práctica, a las interacciones cotidianas y a la forma de razonamiento práctico... el orden, la regularidad, la congruencia que muestran los fenómenos sociales son el resultado de

---

<sup>14</sup> Dr. Juan Yáñez Montecinos: Profesor Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas – Universidad de Chile.

operaciones interactivas realizadas en el momento” (Garfinkel, 1967, “Studies in Ethnophenomenology”, Englewood Cliffs, Prentice-Hall). Al mismo respecto, Philippe Corcuff señala “Al contrario que en ciertas interpretaciones de Durkheim [...] la realidad objetiva de los hechos sociales [se concibe] como la realización continua de actividades concertadas en la vida diaria” (“Las nuevas Sociologías”, Alianza Editorial, 1998, página 58). La interacción cotidiana es patrimonio del sujeto que a diario despliega su quehacer rutinario y sobre el cual se descargan las complejas presiones y demandas sociales, tales como el trabajo, el progreso, la política, la familia, la economía, las redes de interacción, etc. Es en esa interacción donde crece y se desarrolla como tal, pero también yerra y detiene su andar tras un traspie que lo inhibe de enfrentar sus propias desventuras, en el entendido que son las aventuras que sobre esa rutina diaria la que lo provee de oportunidades de cambio personal generalizable a los demás y al mundo, pero que a veces no las enfrentamos por el miedo a las amenazas de lo desconocido, en otras palabras: lo no rutinario. Un sujeto para crecer al máximo de sus potencialidades, debe ser competente en el área de las relaciones interpersonales, tener un buen manejo de si mismo, de los demás y de las circunstancias en las cuales se desempeña. Ello se vería reflejado en la calidad y extensión de las redes de relaciones interpersonales, en su utilización y en el lugar que en ellas ocupe el sujeto. Gran parte de su identidad depende de la capacidad de estas redes para responder a su necesidad de vinculación protección y proyección.

En este contexto dinámico y cambiante, se elabora progresivamente un mundo subjetivo simbólico (cognición) y experiencial (emoción), con el cual el sujeto se despliega (conducta) en sus ámbitos vitales: familia, trabajo, amistades, cultura, etc. En cada una de las actividades el sujeto, no sólo se revela a sí mismo, si no que deja su huella en las cosas que forja, pero su sello principal se expresa en las relaciones que establece con los demás, en una interacción constante entre influir a los otros y ser influido por ellos. Es por esto que no podemos sustraer el valor y la importancia que tienen las relaciones interpersonales en los distintos ámbitos sociales en que las personas se desempeñan, dado que es en esta dinámica diversa donde se juegan los contenidos que constituyen la identidad personal, que caracterizan al sujeto y que los distinguen entre los demás.

Estas condiciones resultan particularmente interesantes y críticas al ser aplicadas al ámbito de las organizaciones productivas y de servicios, en que la comunicación y las

relaciones entre los integrantes están reguladas por metas, objetivos, jerarquías, productividad, incentivos y la obligatoriedad de mantener relaciones, a veces independientemente de los intereses personales de cada sujeto. Técnicas como el Análisis Organizacional, Gestión de Recursos Humanos, Proyectos de Desarrollo Estratégico, Estudios de Clima Laboral, y Cultura Organizacional tienen el buen propósito de ordenar y hacer una puesta en común de las estructuras de las diversas organizaciones; sin embargo el resultado ineludible es que cada una de estas organizaciones productivas o de servicios, a las que pertenecen los sujetos, son finalmente únicas, y esto se explica, entre otras hipótesis, porque están compuestas por sujetos diferentes en todos los niveles jerárquicos. Dicho de otra manera, este aspecto, es el valor agregado actual a considerar en cualquier proyecto de negocios o empresarial que pretenda operar en un mundo competitivo, cambiante y complejo.

El modelo Cognitivo en psicología, es un desarrollo teórico y aplicado novedoso, productivo y de amplio alcance, en cuanto a su capacidad de explicar, predecir y controlar las particularidades de los diversos fenómenos psicológicos, interpersonales, clínicos, organizacionales e incluso sociales. Su propuesta se enmarca en los principios de la producción de conocimiento basado en una metodología científica y en el desarrollo consecuente de tecnologías que, basadas en la evidencia, sean susceptibles de ser aplicadas a los distintos requerimientos profesionales, para satisfacer las demandas de la población. La Asertividad es el marco teórico desarrollado por el modelo, que permite dar respuesta y elaborar técnicas para ser aplicadas en los distintos niveles de las organizaciones en que se encuentren involucrados las relaciones interpersonales, de modo tal, que ésta se convierte en una herramienta útil para: el área de los recursos humanos, trabajo en equipo, habilidades de liderazgo, estrategias de negociación y relaciones interpersonales generales en la organización. El origen etimológico de este vocablo proviene del latín tardío "Assertum" (aserto), que quiere decir *afirmación*. De este modo, el origen gramatical del concepto, nos remite a que la asertividad es una característica personal, que supone una afirmación del sujeto acerca de algo, de sí mismo o de los otros, lo que es más, esta afirmación tiene como resultado el respaldado y el refuerzo de la personalidad del sujeto que tiene una actitud asertiva ante los demás.

Tradicionalmente la asertividad es entendida principalmente como una habilidad compleja que está supeditada a las leyes del aprendizaje. Su objetivo es la consecución de un fin

instrumental, que resuelve una necesidad del sujeto que emite el acto asertivo. Su resultado, por tanto, puede ser evaluado por el nivel de logro del fin propuesto. Desde la perspectiva de la asertividad se puede hablar entonces, de personas más o menos asertivas, dependiendo de cuan hábiles o capaces son para desplegar distintos tipos de repertorios ante los requerimientos complejos que plantean las relaciones interpersonales. Es así como podemos hablar de sujetos hipoasertivos, sería aquellas personas inseguras, tímidas, con baja capacidad para enfrentar a los demás y que presentan angustia en las relaciones interpersonales. En cambio los sujetos asertivos son aquellos capaces de: defender sus derechos personales, respetar a los demás, disfrutar las relaciones interpersonales y actuar con una actitud segura ante el mundo. Sin embargo, esta es una habilidad aprendida, lo que implica que es posible incrementar los niveles de asertividad de las personas, a partir de estrategias y técnicas tanto personales como grupales, de modo que permiten instalar o ajustar los repertorios asertivos de acuerdo a las circunstancias personales de cada uno.

Durante los años setenta y ochenta se acumuló mucha información en torno al concepto de asertividad producto de la gran cantidad de investigaciones en torno al tema. De la misma manera fueron incrementándose las técnicas de tratamiento para la resolución de las dificultades asertivas. En esos años la asertividad que llamaremos clásica, se define y caracteriza como: *“Habilidad interpersonal que le permite a una persona la expresión libre, directa y honesta de emociones e ideas acerca de sí mismo, los otros o el mundo, de acuerdo con su propio interés, de manera que lo dejen satisfecho consigo mismo y sin transgredir los derechos del otro”* (Yáñez, 1996). Definida de esta manera, lo central de la asertividad es que el sujeto actúa o se mueve principalmente a partir de una necesidad personal, que tiene como destino su satisfacción. No se hace referencia a que la relación de los sujetos es una condición imprescindible de satisfacción del fin instrumental (necesidad), ni a su dinámica, ni a los particulares estilos personales de los involucrados, ni tampoco al efecto interpersonal del acto asertivo. La consideración del otro tiene que ver con una ética de respeto por sus derechos, de modo que en el fondo sólo se transforma en reglas de buena convivencia social y cuyo respeto depende de los estilos morales, culturales y educacionales de los sujetos.

Estas insuficiencias que no logran ser cubiertas por la asertividad clásica crean la necesidad de ampliar el alcance del concepto desde una perspectiva teórica actual, que

permita dar respuesta y desarrollar nuevas estrategias y técnicas para el abordaje de la compleja relación entre los sujetos. Abordar esta dinámica demanda un cambio a nivel paradigmático<sup>15</sup> y epistemológico que genere los fundamentos conceptuales que permitan entender con propiedad la complejidad de los procesos interpersonales involucrados en la asertividad.

## **ASERTIVIDAD GENERATIVA**

### Acerca de la Asertividad Generativa

La necesidad de reformular el concepto de asertividad surge, por una parte, de la insuficiencia del modelo cognitivo conductual clásico para incorporar fenómenos propios de las relaciones interpersonales que eran, o inapropiadamente abordados o definitivamente descartados en su conceptualización. Por otra parte, de la emergencia de nuevas teorías acerca de las relaciones interpersonales que contribuyen a dar cuenta de la complejidad involucrada en este fenómeno (Teoría del Apego, Constructivismo, Lingüística Pragmática, entre otras). Estos antecedentes teóricos nos permiten desarrollar una propuesta de la asertividad desde una perspectiva teórica nueva, que llamaremos asertividad generativa y que la definiría como una: *“Competencia interpersonal orientada a dar expresión a un deseo (intención asertiva) a través de la acción de un sujeto (acto asertivo), y cuya satisfacción sólo es posible de alcanzar en una dinámica interpersonal, como consecuencia secundaria e implícita se produce un efecto generativo (generatividad intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados”*

Por lo tanto, desde esta perspectiva se pueden delimitar dos efectos posibles involucrados en un acto asertivo. El primero de ellos, continúa siendo el fin instrumental de una necesidad del sujeto que lo mueve una intención y cuya representación es consciente, en otras palabras esta cierto de que esta realizando un acto en beneficio de consecución de un fin concreto. Por ejemplo cuando solicito ayuda para satisfacer una

---

<sup>15</sup> Por Epistemología entendemos una noción de lo que es la realidad y la relación que el sujeto establece con ella, y cuyo producto es el conocimiento. Por Paradigma, entendemos el método y el objeto de estudio de una realidad restringida o particular, y que constituye un área de estudio, una disciplina o una teoría específica.

necesidad de protección, placer, de compañía o de apoyo técnico. Este punto se va a constituir en uno de los componentes que le van a dar retroalimentación positiva o negativa acerca de su acto asertivo fue eficaz o no. Entonces, la consecución del fin instrumental es uno de los elementos que concurren al sentimiento de satisfacción de la asertividad (véase variable Satisfacción descrita más adelante).

En segundo lugar, a nivel inconsciente, se produce un cambio en el estado de la relación de los sujetos involucrados, lo que llamamos *efecto generativo*, en el sentido que cambia la *intensidad, permanencia, intimidad y proyección* de la relación, de acuerdo con el resultado del acto asertivo. Este efecto no esperado y frecuentemente inconsciente, dado que no forma parte de la intención asertiva que sólo se remite a la satisfacción de la necesidad, es de mayor importancia para la evaluación del grado de satisfacción posterior a un acto asertivo y suele ser fruto de contenidos distorsionados que dan origen a esquemas cognitivos que inhiben o alteran las competencias asertivas. Por ejemplo, si deseamos pedirle prestada la guitarra a un amigo, y antes de hacerlo, comenzamos a cuestionarnos: ¿Qué va a pensar él?, ¿Cómo se va a sentir con nuestra petición?, etc., probablemente comenzaremos a sentirnos inhibidos para realizar tal petición. O sea, nos sentimos complicados para ejercer nuestra asertividad, precisamente por el efecto generativo en la relación y no por otra cosa. Dicho de otra manera, es posible que un sujeto tolere no haber satisfecho su necesidad específica de ayuda, protección o apoyo técnico y puede buscar alternativas para lograr satisfacerla, pero lo que resulta intolerante para el sujeto es que haya sido la persona específica a quién solicito el apoyo quién se lo negó. No es tan fácil resolver la amenaza a la ruptura de la relación producto de este acto asertivo frustrado, ya que cierra la posibilidad de muchos otros actos asertivos. Otro aspecto que señala que el valor del efecto generativo es más importante que la consecución del fin instrumental, es el hecho de que independientemente de las transacciones concretas y temporales que existan en los sujetos, la mantención de la red de relaciones asegura el intercambio de otras transacciones ni siquiera imaginadas por el sujeto. La mantención de la red de relaciones interpersonales abre perspectivas de futuro y proporciona un sentimiento de estabilidad y disponibilidad de los demás para satisfacer los deseos propios, al mismo tiempo que el sujeto es también parte de esa oferta de intercambio.



En síntesis, el fin instrumental (objetivo consciente) y el efecto generativo (objetivo inconsciente) de un acto asertivo, conjugan un panorama complejo de mutua influencia que hay que considerar en la evaluación y tratamiento de la asertividad. El aporte de la asertividad generativa consiste justamente en definir las variables que están en juego en esta dinámica y al mismo tiempo contribuir, por esta vía, a ampliar el horizonte explicativo del modelo cognitivo en el área de las relaciones interpersonales.

#### Características del Concepto de Asertividad Generativa:

Como consecuencia de este marco conceptual encontramos que la condición previa al despliegue de un acto asertivo, es el *deseo del sujeto*. Este deseo lo moviliza en pos de una completitud, vivenciada como una carencia, una necesidad de diverso nivel, que puede ser satisfecha por otro, quien se convierte en "*otro significativo*" con el sólo hecho de ser objeto o instrumento del deseo de ese sujeto. De modo tal que un acto asertivo abre una gama de posibilidades de interacciones interpersonales, las que van a producir contenidos que circulan entre los sujetos involucrados en la interacción, lo que puede cambiar la significación recíproca de dicha relación, en el sentido de la generatividad.

Entonces, como consecuencia del acto asertivo, vamos a encontrar que los sujetos ya no son los mismos de antes, ha emergido un sentido nuevo recíproco de quienes son, el cual va dar como resultado un cambio en los niveles de la *generatividad*. Ambos se reconocerán como sujetos válidos para el otro, tanto en el sentido de mantención y proyección de la relación, como el de supresión de una relación amenazante para la integridad del sí mismo.

Hechas estas consideraciones, se entenderá como *deseo* a la sensación o impresión de que algo falta en la condición actual del sujeto y que hace inminente su satisfacción, ya sea a través de la consecución de lo deseado o de la supresión de lo indeseado, que finalmente viene a ser lo mismo, en cuanto al grado de satisfacción que el acto conlleva.

Concebimos la asertividad generativa como una competencia, que corresponde a un conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir,

en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo. Son el resultado de cuatro componentes:

a) **Conocimiento:** Conjunto de contenidos conceptuales que se expresan en dispositivos cognitivos acerca de un determinado campo del conocimiento. Implican manejo y dominio teórico sobre un tema.

b) **Habilidad:** Repertorios de acción que resuelven eficientemente las demandas operativas o técnicas de un área del funcionamiento humano.

c) **Actitud:** Evaluación emocional que hace el sujeto del conocimiento y sus habilidades en esa particular área de actividad. Implica el nivel de motivación con que se expresa su conducta. Lo que está en cuestión son los contenidos concretos de las competencias.

d) **Autoestima:** Corresponde a la imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los demás, como representante de una determinada área de acción. Lo que está en juego es la auto estima del sujeto, por lo tanto es el componente más difícil de manejar en un programa de desarrollo de competencias, dado que depende en buena medida de su estructura idiosincrásica.

La condición de ser *interpersonal* supone la validación intersubjetiva que se sustenta principalmente en el hecho de que los otros son dramáticamente necesarios para la sobrevivencia del individuo humano. Es en respuesta a las carencias con que somos arrojados al mundo, en un estado de incompletitud, y que resolvemos en la relación estrecha que establecemos con los otros (vínculo interpersonal, ejemplo: figura materna), lo que nos permite evolucionar y desarrollarnos como sujetos ya que nos provee de seguridad, protección y confort. El aprendizaje, en tanto, es un componente fundamental para la incorporación de repertorios interpersonales de complejidad progresiva, que van a posibilitar mantenernos y proyectarnos en una red de relaciones con otros significativos.

Entonces el acto asertivo es un acto en un *contexto interpersonal* que está orientado a un propósito, en un primer lugar instrumental (*satisfacción del deseo*), y en un segundo lugar, a un fin generativo (*cambio en el estado de la relación*). Tanto el fin instrumental como el

efecto generativo en la relación, suponen el compromiso del sujeto en su totalidad en otras palabras, lo involucra en los tres niveles de respuesta humana:

*Nivel de respuesta comportamental*, este nivel de respuesta es de fácil acceso a la observación de los otros y, por lo tanto, frecuentemente calificado de “conducta objetiva u observable”. Es predominantemente voluntario (aún cuando bajo ciertas condiciones puede aparecer como involuntario, producto de la automatización de las conductas) ya que incluye la musculatura estriada y el aparato locomotor, cuyo comando depende del sistema nervioso central.

*El nivel de respuesta emocional*, este nivel de respuesta es más privado, de difícil acceso a la observación, a no ser que los indicadores emocionales se desborden en sus niveles y se muestren públicamente, como suele suceder en las crisis de pánico (miedo), en las rabietas (rabia) o enrojecimiento indeseado (vergüenza). Sin embargo, la mayor parte de sus contenidos suelen pasar inadvertido para los otros, incluso para el sujeto mismo. El acceso a este nivel de respuesta es indirecto. Se puede hacer a través de la interpretación del lenguaje no verbal, que acompaña los actos de habla, y del análisis de los elementos suprasegmentales<sup>16</sup> del discurso asertivo. Involucra la musculatura lisa, entendida genéricamente como las vísceras y tegumentos internos. Está organizado principalmente por el sistema nervioso autónomo en sus expresiones Parasimpática y Simpática, cuyas funciones son incompatibles o antagónicas, de modo tal, que la operación de uno inhibe la acción del otro. Su carácter es preferentemente involuntario y opera por el principio de mantención de la homeostasis del sujeto con el medio. Es un sistema que informa acerca del estado interno del sujeto en relación con el contexto. Su expresión va a ser decisiva en el desarrollo y aplicación del repertorio asertivo.

---

<sup>16</sup> Por elementos suprasegmentales se entienden aquellas condiciones adjuntas a la expresión verbal y que, por si mismas, son capaces de aumentar la fuerza elocutiva. A saber: tono, timbre, pausas, entonaciones, silencios.

Por otra parte, también tiene que ver con un estado de confort y seguridad asociado al placer, la protección y el equilibrio homeostático. En la perspectiva de la Teoría del Apego, esta condición correspondería a la conducta exploratoria en el polo del vínculo y que refiere a la operación del sistema nervioso autónomo parasimpático asociado al placer, la seguridad y comodidad. El organismo se encuentra en un estado de reposo, renovación y recuperación de sus recursos internos. De acuerdo con esta teoría, es en la forma en que transita el sujeto en el eje apego-alejamiento y la disponibilidad de las figuras vinculares (sujetos significativos), donde se va a instalar la tonalidad emotiva básica que caracteriza la forma en que el sujeto organiza el mundo y se relaciona con éste, y cuya expresión va a ser decisiva en el desarrollo y aplicación del repertorio asertivo.

C. *Nivel de respuesta cognitivo*, este es un nivel de organización abstracto y simbólico, por cuanto tiene que ver con las significaciones que atribuimos a los otros, al mundo y a sí mismos, a través de símbolos que conforman nuestro lenguaje. La función de este nivel es la integración total del funcionamiento del sujeto, éste no está representado por un sistema orgánico específico, sino que es la síntesis del funcionamiento global. Está constituido por procesos mediacionales, representaciones y esquemas cognitivos interpersonales que organizan un sentido de sí mismo coherente, unitario y continuo en el tiempo. Así, la noción de uno mismo se genera a través de la reciprocidad experiencial con los otros, donde el lenguaje viene a constituirse en el medio y el fin que permite hacer consensuales las interpretaciones particulares del mundo. Esta consensualidad abstracta, en el nivel de la explicación, se expresa también en el nivel emocional haciendo posible la consonancia recíproca de los deseos en un acto asertivo - que en un primer momento se origina en un objeto instrumental y que, secundariamente resulta en una progresión ortogenética de la relación - cuyo efecto en los sujetos es el contenido que proveerá de sustento, la evaluación final del acto asertivo.

Para aproximarnos a los aspectos aplicados que se desprenden de este nivel de respuesta cognitivo, utilizamos los conceptos desarrollados por John Searle, y originalmente por John Austin en la lingüística pragmática, acerca de los actos de habla y sus niveles locutivo, ilocutivo y perlocutivo. Esta propuesta nos permite abordar el análisis del discurso asertivo en cuanto a su ordenación o estructuración morfosintáctica (nivel locutivo), la intención vehiculada en lo dicho por el sujeto, que constituye la fuerza

ilocutiva, si consideramos los elementos suprasegmentarios del discurso, además de los componentes de expresividad facial y gestual (nivel ilocutivo) y finalmente el efecto del discurso sobre el otro hablante / efecto, en el que se evalúa e interpreta la intención, (nivel perlocutivo). Entendemos un acto de habla, entonces, como una proposición hecha por un hablante / oyente y que comprende los niveles locutivos, ilocutivos y perlocutivos, con el fin de producir una perturbación deseada en el otro.

Este modelo teórico de Asertividad Generativa ha sido operacionalizado en trece variables, las cuales se refieren a los aspectos teóricos anteriormente señalados. Cada una de ellas está definida tanto conceptual como instrumentalmente y son el referente de la construcción del Cuestionario de Asertividad Generativa. En este apunte sólo se hará referencia a la definición conceptual de cada una de ellas.

## **VARIABLES**

1. *Autodiálogos*: Verbalizaciones encubiertas o internas del sujeto, en términos de representación cognitiva de los resultados posibles de la conducta asertiva.
2. *Conocimiento del Comportamiento Asertivo Apropriado*: Información que tiene el sujeto sobre el repertorio asertivo propio, sobre el contexto y el sujeto al que se dirige la acción.
3. *Autoevaluación*: Habilidad del sujeto para apreciar el nivel de desempeño propio en una interacción asertiva.
4. *Satisfacción*: Grado de conformidad que tiene el sujeto acerca de su desempeño en un acto asertivo.
5. *Responsabilidad*: Evaluación que el sujeto realiza acerca del grado de participación que le corresponde a sí mismo y al otro en una interacción asertiva. Este grado puede variar situacional o contingentemente en cuanto a su distribución, pero generalmente se espera que tienda a ser equilibrado.
6. *Generatividad*: Efecto interpersonal de un acto asertivo, en el sentido de una progresión ortogenética de la relación: se refiere a la relación interpersonal en un acto

asertivo, en el sentido de aumentar el nivel de complejidad de la relación, en sus componentes intensidad, permanencia, proyección, intimidad y progresión.

7. *Respeto*: Habilidad del sujeto para reconocer los límites de la responsabilidad mutua, procurando no transgredir ese límite.

8. *Adecuación Interpersonal*: Habilidad del sujeto para ajustar permanentemente sus niveles de responsabilidad y respeto a los distintos contextos interpersonales, en el entendido que los límites de ambos varían de acuerdo con las circunstancias.

9. *Variables del Mensaje*:

9.1. *Claridad del Mensaje*: Se refiere a que en el discurso a nivel morfosintáctico, se manifiesta la intención comunicativa.

*Dirección del Mensaje*: Se refiere a que el discurso debe estar dirigido hacia el receptor de una manera personalizada.

*Autenticidad del Mensaje*: Supone la habilidad para expresar un deseo (intención asertiva) a través del discurso, en los niveles morfosintáctico, suprasegmentario y no verbal.

*Consistencia del Mensaje*: Se refiere a una correspondencia unívoca que se manifiesta entre los planos verbal, suprasegmentario y no verbal, durante el discurso.

## **ANEXO 9: TALLER DE PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO PARA DEPRESIÓN**

Dr. Juan Yáñez Montecinos<sup>17</sup>

Mag. Paula Vergara Henríquez<sup>18</sup>

2007

### **METODOLOGÍA:**

- El taller está diseñado de la siguiente manera:
- Doce sesiones de una hora y media de duración (incluye una fase de actividades psicoterapéuticas de una hora de duración y una fase de plenario de media hora aproximadamente).
- Las sesiones se realizan, idealmente, con una frecuencia de tres veces por semana.
- Todas las sesiones son realizadas en una sala alfombrada, y con espacio suficiente para el desplazamiento cómodo de cada sujeto por la sala. Las condiciones ambientales de temperatura, ruido externo y privacidad deben ser las adecuadas para éste tipo de taller.
- Con respecto a las actividades del taller, se utilizarán actividades semiestructuradas, debidamente planeadas según los objetivos que se persiguen en cada sesión. Sin embargo, existe la posibilidad de agregar o modificar actividades terapéuticas en función de las necesidades detectadas y las características propias del grupo.

---

<sup>17</sup> Dr. Juan Yáñez Montecinos: Profesor Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad de Chile.

<sup>18</sup> Mag. Paula Vergara Henríquez: Profesora Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

- Para el buen resultado del taller se requiere la utilización de dos monitores debidamente capacitados tanto en la ejecución como en los elementos teóricos que están a la base del taller.
- El grupo, se caracteriza por ser de número pequeño no sobrepasando los 16 participantes, idealmente manteniendo un número par y constituyéndose como un grupo cerrado, cuyos integrantes se mantienen a lo largo de todo el taller, no permitiéndose la entrada de nuevos miembros.
- Los participantes deben cumplir ciertos criterios de inclusión: nivel educacional básica completa, con diagnóstico de depresión mayor (unipolar) según los criterios del DSM IV, con angustia compensada, juicio de realidad conservado y sin ideación suicida presente. Además deben estar asistiendo a algún programa de tratamiento para la depresión, puede estar interno o ambulatorio.

#### **ENCUADRE:**

- Se les solicitará a los pacientes del grupo psicoterapéutico, asistir a las sesiones muy bien vestidos, resguardando el aseo y el arreglo personal. El objetivo de esta solicitud es promover la actividad por parte de los pacientes y reforzar una mejor autoimagen.
- Enfatizar en el secreto de grupo (*"Nada de lo que se conversa o sabe dentro del grupo se comenta fuera de él"*).
- Reafirmar Compromiso de asistencia y puntualidad. Hacer un contrato de participación, de esta manera se promueve la responsabilidad personal por el cambio.
- Al comenzar y finalizar cada sesión, las pacientes se darán la mano sosteniendo con la otra, el antebrazo del compañero y manteniendo contacto visual de esta manera se da inicio y finalización a la sesión.
- La participación de los monitores es de guiar, conducir y facilitar las actividades experienciales y de análisis de los participantes, siendo crucial su rol para propiciar



las condiciones de cambio de los pacientes. En éste sentido, los monitores deben abstenerse de participar en las actividades del taller y mantener una actitud formal y calida que promueva un contexto de respeto y calidez.

- La utilización de celulares o de cualquier elemento que pudiese romper el clima logrado en la sesión queda absolutamente prohibida.

### **PRINCIPIOS:**

- La significación de las actividades del taller deben ser preferentemente en plenario para poder guiar y conducir las conclusiones en una línea más generativa.
- Validación de las experiencias personales, sean estas positivas o negativas.
- Las experiencias negativas deben ser analizadas según la asertividad generativa:
- evaluación de la propia responsabilidad,
- el resultado siempre aporta información tanto de sí mismo como del otro y del mundo) y
- disminución del nivel de fantasía.
- El modelo de aprendizaje que persigue el taller es de tipo vicario, por lo que no es necesario que todos los participantes realicen todas las actividades. Siendo el análisis en plenario la actividad más importante para poder generar cambio en la forma de significar las experiencias.
- El material preferente del taller es la experiencia en curso de los integrantes en las actividades, la historia y el conocimiento técnico actúan solo como referentes.
- Las intervenciones preferentemente de los integrantes, equilibrando y estimulando la participación de todos. Los relatores deben remitirse al mínimo posible. Abstención y Neutralidad.

- Las sesiones deben respetar la estructura especificada, de modo de favorecer la domiciliación de los participantes. Deben iniciar y cerrar con un buen clima grupal. La turbulencia puede ocurrir solo al interior del taller.
- Los terapeutas y participantes deben guardar celosamente el secreto de lo tratado en el taller.
- No se debe seguir trabajando o comentando lo tratado en las sesiones, salvo indicación contraria.
- El taller provee una experiencia personal e interpersonal en curso para ser significada de una manera alternativa al estilo depresivo, de modo que instale un modelo a aplicar en situaciones cotidianas.
- El taller y las experiencias que se desprenden son exclusivamente de los integrantes (Apropiación Personal). Los terapeutas no participan en las actividades. Se mantienen atentos a la dinámica e intervienen para regularla y direccionarla en pos de los objetivos propuestos. (Pasan piola)

### **ESTRUCTURA DE LAS SESIONES:**

Cada sesión debe seguir la siguiente modalidad:

- **Recepción:** consiste en que los terapeutas, con su setting previamente preparado, reciben a los integrantes con un saludo de mano a cada uno. (2 MINUTOS)
- Saludo entre los participantes de la manera convenida. (3 min.)
- **Contención inicial:** Ronda voluntaria para dar la oportunidad de hacer un comentario sobre lo que pasó entre sesión. El terapeuta concede el tiempo, pero se encarga que sea breve, y aconseja tratarlo en la psicoterapia individual. (10 min. Aprox.)
- **Ejercicio central:** Actividad experiencial que permite los objetivos del taller. (45 MINUTOS)

- **Plenaria:** Análisis, discusión y reflexión en que se ordenan los conceptos tratados en la sesión. Se revelan y trabajan los elementos clásicos de la depresión: Tonalidades emotivas, triada cognitiva, pensamientos automáticos, esquemas cognitivos subyacentes distorsiones cognitivas, etc. (30 MINUTOS)
- **Cierre:** Se termina con algún comentario breve de los terapeutas, contingente a lo tratado en la plenaria. Se finaliza con un aplauso y los pacientes se despedirán de la manera convenida entre ellos. Los terapeutas se despiden formalmente de cada integrante (3 MINUTOS)

## **SESION N° 1: BIENVENIDA – DOMICILIÁNDOSE (ARMANDO EL NIDO)**

### **OBJETIVOS**

- Que los integrantes se conozcan en un clima de confianza y calidez.
- Aclarar expectativas de los participantes y especificar los alcances de la terapia de grupo.
- Instituir los objetivos generales comunes al taller.
- Recaudar el relato y las experiencias de los integrantes del grupo con su sintomatología depresiva.

### **ACTIVIDADES**

- Introducción: presentación del setting, encuadre, los procedimientos del taller y aspectos administrativos.
- Informar y elaborar los objetivos generales del taller en plenario.
- Dinámica: Presentación cruzada de los participantes: Los terapeutas explican: en parejas, cada uno hablará de si mismo y se presentará a su compañero durante

cinco minutos, el que escucha lo hará en un silencio absoluto y solamente le hablará a su pareja para avisarle que los cinco minutos se cumplieron (sin preguntas, sin interrupciones). Luego cada uno de los pacientes presenta a su pareja ante el grupo, desde lo que su compañero le dijo. La dupla se constituirá en “socios”, por lo que durante todo el taller el socio será un compañero con el que se puede contar para ser ciertos análisis y el que se está como “ayudante” frente al cambio de cada participante.

- Exponer experiencias personales en torno a la depresión y explicitar las expectativas sobre el taller.
- Actividad de cierre. Entregar un sobre a cada participante, en el aparece un nombre de alguno de los participantes del taller, éste es el “amigo secreto” a quién se le dedicará la bitácora en la que se irá plasmando la experiencia personal vivida en el taller.

## **SESION Nº 2 GENERANDO CONFIANZA (EL CUERPO EN EL ESPACIO)**

### **OBJETIVOS**

- Estimular la intersubjetividad a través de redes generativas grupales.
- Reconocimiento del estilo interpersonal y comunicativo
- Modelar y reordenar estilos personales

### **ACTIVIDADES**

- Saludo corporal e instalación del saludo ceremonial

#### **Descripción de la Actividad**

- Todos los participantes se ponen de pie y comienzan a circular por toda la sala.

- Las indicaciones del coordinador van progresivamente desde el mirarse hasta el saludo con un abrazo.

Ejemplo:

Caminar encontrándose con la mirada      Saludarse con la rodilla derecha /  
iz.

Saludarse con el codo derecho / iz.      Saludarse con el hombro derecho /  
iz

Saludarse con la cabeza      Saludarse con un abrazo

- Contención inicial
- Dinámica: **Contando un Día**: se divide el grupo en dos y se sientan haciendo dos semicírculos. A cada persona se le asigna un observador que estará sentado en el semicírculo de al frente. Cada miembro del semicírculo relatará en su turno al plenario cómo fue la jornada de ayer, haciendo énfasis en situaciones interpersonales. Una vez que todos los integrantes del semicírculo hacen el relato, los observadores irán uno a uno señalando sólo los aspectos positivos de la participación de sus compañeros en el relato efectuado. De acuerdo al relato los relatores moderan los comentarios y los relatos.

- **Puntos de Análisis en Plenaria**

Objetivos Técnicos:

Hablante:

- Construcción del relato de la experiencia pasada. (EX - EX)
- Evaluación del relato en el espacio social
- Acceso a la experiencia inmediata y explicación y como se mueve esa interfase. (Autoorganización)

Oyente:

- Obligatoriedad de centrarse en los aspectos gratificantes del otro
  - Obligatoriedad de mantenerse en el lugar del oyente
  - Facilitar la complementariedad de las experiencias propias y con el otro (empatía)
- Cierre

### **SESION Nº 3 GENERANDO CONFIANZA (EL CUERPO EN EL ESPACIO)**

#### **OBJETIVOS**

- Formar redes intersubjetivas grupales.
- Reconocimiento del estilo interpersonal y comunicativo
- Modelar y reordenar estilos personales

#### **ACTIVIDADES**

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica: **Contando un Día**: se divide el grupo en dos y se sientan haciendo dos semicírculos. A cada persona se le asigna un observador que estará sentado en el semicírculo de al frente. Cada miembro del semicírculo relatará en su turno al plenario cómo fue la jornada de ayer, haciendo énfasis en situaciones interpersonales. Una vez que todos los integrantes del semicírculo hacen el relato, los observadores irán uno a uno señalando sólo los aspectos positivos de la participación de sus compañeros en el relato efectuado. De acuerdo al relato los relatores moderan los comentarios y los relatos.

- **Puntos de Análisis en Plenaria**

Objetivos Técnicos:

Hablante:

- Construcción del relato de la experiencia pasada. (EX - EX)
- Evaluación del relato en el espacio social
- Acceso a la experiencia inmediata y explicación y como se mueve esa interfase. (Autoorganización)

Oyente:

- Obligatoriedad de centrarse en los aspectos gratificantes del otro
- Obligatoriedad de mantenerse en el lugar del oyente
- Facilitar la complementariedad de las experiencias propias y con el otro (empatía)

- Cierre

## **SESION Nº 4: LOGRANDO COMPLEMENTARIEDAD.**

### **OBJETIVOS**

- Conocer y practicar el concepto de complementariedad interpersonal en sus tres componentes (conducta, emoción y cognición)
- Desarrollo de la habilidad empática
- Practica de la expresividad y receptividad del modelo comunicacional
- Evaluar y practicar las habilidades generativas (intimidad, mantención, proyección e intensidad)

## **ACTIVIDAD**

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica: Lazarillo modificado

### **Descripción de la Actividad**

Se dividen a los integrantes en dos grupos y en cada grupo se forman parejas. Un será el ciego y el otro el lazarillo. El lazarillo guiara al ciego para que recorra un espacio abierto señalado por el coordinador y lo hará conocer el lugar y los distintos objetos que lo componen haciendo utilizar al ciego el máximo de sentidos posible. Lazarillo y ciego no hablan durante el recorrido, sólo se dan instrucciones con el cuerpo. Lazarillo debe cuidar al ciego. Ciego hace el circuito solo (tiempo máximo 15 min. por ciego)

### **• Puntos de Análisis en Plenaria**

- Diferencias personales
- Actitud protectora / sobreprotectora de los lazarillos
- Capacidad de dar confianza del lazarillo.
- Empatía del lazarillo sobre necesidades del ciego.
- Capacidad de confiar el ciego en su lazarillo
- Recursos utilizados por el ciego para realizar el recorrido (mapas conceptuales, ensayo – error, etc.)
- Aparición de pensamientos automáticos: ideas disfuncionales sobre sí mismo, el otro y el mundo.
- Emociones emergentes durante el recorrido
- Metas / logros



- Cierre.

## **SESION Nº 5 EL TRANSFONDO DEL PENSAMIENTO DEPRESIVO**

### **OBJETIVOS**

- Promover la emergencia de los pensamientos depresivos
- Promover la emergencia del concomitante emocional
- Reconocimiento de esquemas cognitivos subyacentes

### **ACTIVIDAD**

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica: Armando Historia

Se divide a los participantes en cuatro grupos, a cada grupo se le entrega una lámina (Rosenzweig) en la que aparece una situación graficada. Cada participante del grupo tendrá que anotar en el espacio lo que piensa / siente y lo que haría. Comentan entre los integrantes lo que anotaron y eligen el que más lo representa. Se expone en el plenario y se conduce el análisis aplicando el programa de reestructuración cognitiva de Beck

Se les dará una batería de preguntas para ayudar al cambio de pensamiento:

- ¿Cuál es la probabilidad de que suceda?
- ¿Qué evidencia existe?
- ¿Qué es lo más adaptativo para este caso o momento?

- ¿Qué importancia tiene esto con respecto a un problema mayor (ejemplo: hambre que hay en el mundo o con la parálisis)?
- ¿Qué es lo peor que podría suceder?
- ¿Ha comprobado que se siente cuando realiza actividades la mayor parte del día?
- ¿Ha comprobado lo que piensa?
- ¿En otros terrenos tampoco ha conseguido nada?
- ¿Qué pruebas tienes sobre lo que piensas?
- ¿Crees que porque lo estás pensando puede ser cierto o existe alguna duda?
- ¿Puede ser de otra manera a como lo piensas?
- ¿Los hechos sobre los que te apoyas son relevantes o son circunstanciales?
- Supongamos que hay otras alternativas ¿Cuáles serían?
- Esto que expones es ¿al 60%, al 70% o al 100%?
- Bien dices que no te quieres quedar con la duda ¿Por qué no se lo preguntas y vemos lo que sucede? Te lo tomarás como un experimento ¿Te parece?
- Si fueras tu hermana ¿La juzgarías por el mismo patrón?
- ¿Que pensaría otra persona sobre lo que está sucediendo?
- ¿Te exiges más que al resto de personas?
- ¿Qué pasaría si tu no hubieras existido, el mundo seguiría igual?
- ¿Qué cambiarías si pudieras volver a vivir la situación?
- ¿Exageras el grado de control que tienes sobre los otros?
- ¿Estás siendo demasiado estricta contigo misma?
- ¿Te estás culpando demasiado?

Deben quedar registrado e instalada la capacidad para generar pensamientos alternativos que fuesen más adaptativo al sujeto

Tarea: Registrar situaciones en las que sucedieran eventos similares a los trabajado en la sesión. Se utiliza la siguiente planilla

#### EJEMPLOS DE TERAPIA COGNITIVA REALIZADO EN LA SESION DE GRUPO

Ejemplo de situación de malestar	Emoción y reacción	Pensamientos Automáticos Negativos	Nuevos pensamientos y resultados

- Cierre.

### SESIÓN Nº 6: PILLANDO EL PENSAMIENTO

#### OBJETIVOS

- Reforzar la detección de pensamientos disfuncionales en las situaciones cotidianas
- Promover el análisis de pensamientos alternativos a las situaciones perturbadoras.

#### ACTIVIDAD

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica

Se dividen en grupos distintos y revisan en conjunto la Tareas, corrigen entre ellos, mejoran los pensamientos alternativos y modulan la emoción. Eligen la situación que mas los represente para mostrarla en el plenario. En plenario se revisan las situaciones, se analizan los pensamientos, se buscan pensamientos alternativos y se modula la emoción.

Previo al análisis en plenario se realiza la rueda de la confianza

- Cierre.

## **SESION Nº 7: *EL SENTIDO DE SÍ MISMO DEPRESIVO: ¿SOY INDESEABLE?***

### **OBJETIVOS**

- Desarrollo capacidad expresar cualidades y virtudes a los otros
- Desarrollo capacidad de recibir halagos de los otros
- Incorporación del juicio de los demás al sí mismo
- Contraste entre la opinión personal y la ajena sobre sí mismo
- Modular la emoción en una situación interpersonal crítica

### **ACTIVIDAD**

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica: DAR Y RECIBIR AFECTO

### **Descripción de la Actividad**

Todo el grupo se sientan en círculo quedando una silla desocupada al centro. Cada integrante debe pasar por la silla del centro y sin hacer comentarios, escucha lo que sus compañeros le dicen. Todos los que están alrededor le expresarán al colega del centro *algún aspecto que admiran o que les guste de él.*

Los moderadores deberán registrar los conceptos que aparezcan con mayor frecuencia.

### **Recomendaciones para la actividad:**

Al expresar el halago, es importante ser precisos y que se evite explicar o contextualizar lo que están diciendo.

El halago debe ser dicho en positivo (evitar que empiecen con frases como “al principio me caías mal pero....”)

Todos los que están alrededor deben expresarle algo al del centro

#### • **Puntos de Análisis**

- Capacidad de reconocer y expresar aspectos positivos en los otros.
- Capacidad de recibir sin excusar lo que los otros reconocen en uno mismo.
- Reconocer los pensamientos automáticos y posibles dificultades para incorporar la opinión de los otros.
- Distinción entre autoconcepto y apreciación de los demás
- Respeto por opiniones, tempos y emocionalidad de los otros.

#### • Cierre.

### **SESIÓN Nº 8: EL SENTIDO DE SÍ MISMO DEPRESIVO: ¿SOY INDESEABLE?**

## OBJETIVOS

- Desarrollo capacidad expresar cualidades y virtudes a los otros
- Desarrollo capacidad de recibir halagos de los otros
- Incorporación del juicio de los demás al sí mismo
- Contraste entre la opinión personal y la ajena sobre sí mismo
- Modular la emoción en una situación interpersonal crítica

## ACTIVIDAD

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica: DAR Y RECIBIR AFECTO

### **Descripción de la Actividad**

Todo el grupo se sientan en círculo quedando una silla desocupada al centro. Cada integrante debe pasar por la silla del centro y sin hacer comentarios, escucha lo que sus compañeros le dicen. Todos los que están alrededor le expresarán al colega del centro ***algún aspecto que admiran o que les guste de él.***

Los moderadores deberán registrar los conceptos que aparezcan con mayor frecuencia.

### **Recomendaciones para la actividad:**

Al expresar el halago, es importante ser precisos y que se evite explicar o contextualizar lo que están diciendo.

El halago debe ser dicho en positivo (evitar que empiecen con frases como “al principio me caías mal pero....”)

Todos los que están alrededor deben expresarle algo al del centro

- **Puntos de Análisis**

- Capacidad de reconocer y expresar aspectos positivos en los otros.
- Capacidad de recibir sin excusar lo que los otros reconocen en uno mismo.
- Reconocer los pensamientos automáticos y posibles dificultades para incorporar la opinión de los otros.
- Distinción entre autoconcepto y apreciación de los demás
- Respeto por opiniones, tiempos y emocionalidad de los otros.

- Cierre.

## **SESION Nº 9: BUSCANDO UN CAMINO DISTINTO**

### **OBJETIVOS**

- Ensayo conductual a través de diversas situaciones de los contenidos tratados en el taller
- Modulación de las ideas depresiogénicas
- Modulación de los estados emocionales en situaciones de demanda interpersonal
- Resignificación de experiencias críticas

### **ACTIVIDAD**

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.

- **Dinámica:**

Se junta cada persona con su “socio”, haciendo duplas.

Tres duplas tendrán que crear situaciones en las que se ponga en juego el concepto que el moderador les entregue. Estas tres duplas se dividen en: a) Situación fácil, b) Situación media y c) Situación difícil. Constituyendo de esta manera tres estaciones.

El concepto que el moderador entrega, es uno de los registrados en las sesiones anteriores de la actividad “dar y recibir afecto”.

Una cuarta dupla tendrá que pasar por cada una de las estaciones. Uno de ellos será el participante y el otro el observador, esta división se mantiene en las tres estaciones. Sólo podrá avanzar de una estación a otra, una vez que “el socio participante” de una respuesta a la situación que se le presenta.

Cuando termina de pasar por una estación se hace 1 minuto de análisis en el que el “socio observador” le da un feedback de su participación haciendo énfasis en los aspectos a destacar y en aquellos que hay que mejorar.

Luego cambian los participantes, la mitad del grupo pasa en esta ocasión.

- **Puntos de Análisis Plenario**

- Capacidad para reconocer tendencias a la acción.
- Pensamientos distorsionados: existencia y capacidad de determinar una actitud ante una situación
- Estados emocionales: impacto frente a la situación, emoción en curso de la respuesta, estado emocional durante el minuto de análisis.

- **Cierre.**



## SESION Nº 10: BUSCANDO UN CAMINO DISTINTO

### OBJETIVOS

- Ensayo conductual a través de diversas situaciones de los contenidos tratados en el taller
- Modulación de las ideas depresiogénicas
- Modulación de los estados emocionales en situaciones de demanda interpersonal
- Resignificación de experiencias críticas

### ACTIVIDAD

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica:

Se junta cada persona con su “socio”, haciendo duplas.

Tres duplas tendrán que crear situaciones que ponga en juego el concepto que el moderador les entregue. Estas tres duplas se dividen en: a) Situación fácil, b) Situación media y c) Situación difícil. Constituyendo de esta manera tres estaciones.

El concepto que el moderador entrega, es uno de los registrados en las sesiones anteriores de la actividad “dar y recibir afecto”.

Una cuarta dupla tendrá que pasar por cada una de las estaciones. Uno de ellos será el participante y el otro el observador, esta división se mantiene en las tres estaciones. Sólo podrá avanzar de una estación a otra, una vez que “el socio participante” de una respuesta a la situación que se le presenta.

Cuando termina de pasar por una estación se hace 1 minuto de análisis en el que el “socio observador” le da un feedback de su participación haciendo énfasis en los aspectos a destacar y en aquellos que hay que mejorar.

Luego cambian los participantes, pasa la segunda mitad del grupo.

- **Puntos de Análisis Plenario**

- Capacidad para reconocer tendencias a la acción.
  - Pensamientos distorsionados: existencia y capacidad de determinar una actitud ante una situación
  - Estados emocionales: impacto frente a la situación, emoción en curso de la respuesta, estado emocional durante el minuto de análisis.
- Cierre.

## **SESION Nº 11: MANEJÁNDOSE A SÍ MISMO**

### **OBJETIVOS**

- Control de los indicadores corporales de la ansiedad
- Instalar la capacidad para reconocer estados de tensión y relajación
- Controlar estados emocionales a partir del manejo de musculatura estriada

### **ACTIVIDADES**

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica: Relajación Progresiva de Jacobson y Borkovec

- **Puntos de Análisis Plenario**
  - Capacidad para reconocer estados ansiosos
  - Capacidad para distinguir estados de tensión v/s relajación
- Cierre.

## **SESION N° 12:**

### **OBJETIVOS**

- Promover una situación interpersonal y emocional intensa entre los participantes.
- Sostener las condiciones grupales para el manejo de la intimidad corporal.
- Evaluar las habilidades expresivas y receptivas de los contenidos íntimos.
- Favorecer la despedida de cada uno de los integrantes en una situación emocional generativa.

### **ACTIVIDADES**

- Saludo corporal y saludo ceremonial
- Contención inicial.
- Dinámica: **INMERSIÓN EMOCIONAL**: consiste en que cada uno de los integrantes del grupo es objeto de ser mecido suavemente mientras se murmulla de manera melodiosa su nombre, luego se detiene el movimiento y sus compañeros tocan alguna parte del cuerpo de manera solida, consistente. El ejercicio culmina cuando

cada uno de los participantes ha sido mecido, nominado y tocado por sus compañeros. La persona que vivencia la actividad está con los ojos vendados, acostado sobre una manta firme que será levemente levantada durante el mecimiento

- **Puntos de Análisis Plenario**

- Nivel emocional que genera la actividad
  - Significación atribuida a la experiencia
  - Niveles de confianza personal e interpersonal
  - Red generativa entre los distintos integrantes
  - Anticipación de la pérdida, en términos de: angustia, amenazas y fantasías del cierre del taller
- Cierre: Entrega de bitácora, despedida entre “socios”, despedida del taller.