

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**MODELO DE PSICOTERAPIA GRUPAL
CONSTRUCTIVISTA UNA OPORTUNIDAD DE TRATAMIENTO
VALIDADO DESDE LA PROPUESTA DE SUS AUTORES,
DIRIGIDO A MUJERES ENTRE 25 Y 64 AÑOS CON DEPRESIÓN
MODERADA, QUE SE ATIENDEN EN EL SISTEMA DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN VIÑA DEL MAR**

Memoria para optar al título de Psicóloga
Revalidación de título extranjero

PRISCILA MACARENA REYES CISTERNAS

Profesor Guía: Flor Quiroga Ortega

Santiago, Chile 2013

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| TABLA DE CONTENIDOS | 1 |
| RESUMEN | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 9 |
| OBJETIVOS..... | 12 |
| Objetivo General | 12 |
| Objetivos Específicos..... | 12 |
| MÉTODO | 13 |
| DESARROLLO | 16 |
| Antecedentes Teóricos..... | 16 |
| Criterios diagnósticos de depresión, según CIE-10 | 16 |
| F32 Episodio Depresivo | 16 |
| F32.0 Episodio Depresivo Leve. Pautas para el Diagnóstico | 18 |
| F32.1 Episodio Depresivo Moderado. Pautas para el Diagnóstico..... | 18 |
| Epidemiología | 20 |
| Prevalencia | 20 |
| Factores Psicosociales | 27 |
| Género..... | 27 |
| Depresión Durante el Embarazo y el Post Parto | 29 |
| Edad..... | 30 |
| Estado Civil | 30 |
| Factores Etiopatogénicos y de Riesgo | 31 |
| Tratamientos Psicológicos para la Depresión..... | 34 |
| Tratamientos Farmacológicos | 34 |
| Tratamientos Individuales..... | 35 |
| Terapias Psicológicas | 35 |
| Terapia de Conducta..... | 36 |
| Terapia Cognitiva..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| Psicoterapia Interpersonal..... | 42 |
| Intervenciones Psicosociales..... | 44 |
| La consejería..... | 44 |
| La psicoeducación..... | 44 |
| Programas de Actividad Física..... | 44 |
| Tratamientos Grupales..... | 45 |
| Grupos de Autoayuda..... | 45 |
| La intervención psicosocial grupal para Depresión..... | 45 |
| Modelo Constructivista | 47 |
| Metateoría Constructivista Cognitiva..... | 49 |
| Psicoterapia Constructivista Cognitiva | 50 |
| Psicoterapia Grupal en Depresión..... | 51 |
| Tamaño..... | 51 |
| Composición..... | 51 |
| Grado de estructuración de las sesiones..... | 52 |
| Estrategia terapéutica utilizada..... | 52 |
| Número de terapeutas..... | 52 |
| Grado de apertura..... | 52 |
| Algunas Experiencias de Psicoterapia Grupal en Chile..... | 55 |
| Psicoterapia Grupal desde el enfoque Constructivista Cognitivo | 59 |
| Propuesta de Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión y Algunos Lineamientos Adicionales..... | 61 |
| Bases para la Aplicación del Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión | 66 |
| Metodología..... | 66 |
| Encuadre..... | 67 |
| Principios..... | 67 |
| Estructura de las Sesiones..... | 69 |
| • Recepción..... | 69 |
| • Contención inicial..... | 69 |

- Ejercicio central 69
- Plenaria..... 69
- Cierre 69

Algunas Consideraciones..... 69

CONCLUSIONES..... 71

REFERENCIAS..... 75

ANEXOS..... 88

ANEXO 1 89

GUÍA DE AUTOCUIDADO 89

ANEXO 2 90

INTERVENCIÓN GRUPAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN 90

ANEXO 3 103

TALLER DE PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO PARA DEPRESIÓN..... 103

ANEXO 4 125

TEORÍA COGNITIVA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES: ASERTIVIDAD GENERATIVA..... 125

Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista una oportunidad de tratamiento validado desde la propuesta de sus autores, dirigido a mujeres entre 25 y 64 años con Depresión Moderada, que se atienden en el Sistema de Atención Primaria de Salud en Viña del Mar

*Priscila Reyes Cisternas*¹

RESUMEN

El presente trabajo, surge a partir de la experiencia vivida, durante mi práctica profesional en los centros de salud familiar² de Viña del Mar, donde realicé un estudio estadístico, observándose una alta prevalencia de depresión moderada en mujeres de 25 a 64 años y una elevada congestión en la atención psicológica de esta población. Esto último, se relaciona con insuficiencia de horas profesionales especializadas y escasa sistematización de los tratamientos psicoterapéuticos.

El Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión³ (Yáñez & Vergara, 2007), es propuesto para ser aplicado como parte de los tratamientos en depresión moderada, sugeridos por el Ministerio de Salud. Este modelo aporta una mirada experiencial, apuntando a la elaboración de nuevas formas de representación de la realidad y del sí mismo, resultando ser un aporte clínico, que permitirá optimizar los recursos humanos disponibles, lo que redundará en la disminución de la congestión de pacientes con esta patología.

Palabras clave: Depresión Moderada, Psicoterapia Grupal, Constructivista.

¹ Licenciada en Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. UNED. España. Correo electrónico: pmaca8@gmail.com

² Cefam Santa Julia, Brígida Zabala, Achupalla, Las Palmas Chilenas, Profesor Eugenio Cienfuegos, Gómez Carreño, Dr. Juan Carlos Baeza Bustos, Villa Hermosa, Dr. Jorge Kaplan, Las Torres, Doctor Marco Maldonado, Lusitania, Miraflores, Nueva Aurora.

³ Correctamente validado por un grupo de expertos de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La Depresión Moderada es un trastorno del ánimo, caracterizado por la presencia en una persona de grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Según el CIE-10, probablemente varios de los síntomas específicos se presenten en grado intenso. Aunque esto no es esencial, cuando los síntomas presentes son muchos.

Según la OMS, la Depresión es una enfermedad mental presente en todo el mundo con una alta frecuencia de aparición, se calcula que afecta a unas 350 millones de personas. Puede llegar a convertirse en un problema de salud serio, si se prolonga en el tiempo y si su intensidad es de moderada a grave. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio que es la causa de 1 millón de muertes anuales aproximadamente (Organización Mundial de Salud, 2012).

Esta patología ha ido en aumento, tanto en Chile como en el mundo entero. En Chile, la depresión severa afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años (Pemjean y Rojas, 2006). Esto conlleva, entre otras consecuencias, el aumento de discapacidad y deterioro en la calidad de vida de la población (Ministerio de Salud, 2006).

De acuerdo a Vicente (2004), casi el 20% de la población chilena ha tenido un desorden psiquiátrico durante los últimos 6 meses y la depresión severa se encuentra entre las 5 patologías más comunes en salud mental.

Se estima, que para el año 2020, la Depresión ocupará el segundo lugar en la carga global⁴ de enfermedades (Ministerio de Salud, 2009).

Aún cuando existen tratamientos eficaces para la Depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países), no reciben esos tratamientos. Entre las razones de esta ausencia en la atención, se encuentra la falta de recursos económicos y humanos (personal capacitado) (Organización Mundial de Salud, 2012).

⁴ La OMS ha definido "carga de enfermedad" como el impacto de un problema de salud, en un área específica, medida por la mortalidad y la morbilidad, por edad, sexo y región. (Fundación Salutia 2012)

Frente a esta realidad a contar del año 2001 el Ministerio de Salud ha implementado a nivel primario, el “Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión” en 309 comunas de Chile. (Ministerio de Salud, 2001).

Luego en 2003, comienza a marchar el programa a nivel secundario. En el 2006 en la Guía Clínica de Tratamiento de Personas con Depresión y en 2009 en la Guía Clínica del Ministerio de Salud, se indican las prestaciones que se consideran para la depresión moderada, recomendando diversas terapias, tanto individuales como grupales, entre las que se encuentran, la terapia cognitiva conductual, conductual, interpersonal, guía de autocuidado, farmacoterapia, intervención psicosocial para la depresión, etc. (Ministerio de Salud, 2006; Ministerio de Salud, 2009).

Sin embargo, en todas ellas, el Ministerio de Salud *sugiere* los tratamientos mencionados sin mayores directrices, sin precisar con más detalle estas intervenciones, y donde no está mencionada la psicoterapia grupal constructivista.

Por otro lado, la Depresión fue incorporada en el Sistema de Garantías AUGE durante el año 2006, esperando atender a un total de 23.024 casos en el nivel secundario (Jadresic, 2005. Ministerio de Salud, 2006).

Con estas medidas, el Ministerio de Salud busca, dar respuesta pronta y efectiva a la Depresión, debido a la exigencia que impone la alta tasa de prevalencia en la población y la gran demanda de atención, pero al mismo tiempo no hay pautas claras con respecto a cuáles son las estrategias de intervención a implementar.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se pudo observar en los Centros de Salud de Viña del Mar, ciertas variables que pueden estar incidiendo en la percepción de congestión de pacientes con depresión moderada.

Por un lado, está la insuficiencia de horas disponibles para la atención psicológica de pacientes con depresión moderada, lo que contribuye a que se produzcan tiempos de espera⁵ de atención altos⁶, y por otro lado, no existen

⁵ Los tiempos de espera son variables, según la cantidad de psicólogos disponibles y la cantidad de población comunal que tiene cada centro de salud. Suelen ser de un mes aproximadamente

propuestas de tratamiento psicoterapéutico que permitan optimizar las horas que sí están disponibles.

En base a estas observaciones, se decide realizar esta investigación planteando las dificultades y posibles soluciones que beneficien tanto a pacientes, al personal especializado (recurso humano), como al sistema de salud.

Desde esta reflexión, surge la idea de revisar antecedentes bibliográficos de los tratamientos existentes, cuya efectividad haya sido probada en investigaciones anteriores.

En dicha revisión, se pudo observar, que existe un Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista validado y adaptable a la población objeto de estudio. Del mismo modo, se corroboró que existen otros tratamientos psicológicos que tienen mostrada su eficacia en la depresión y que serán expuestos en este estudio.

Así como también, la constatación a través del análisis estadístico realizado por esta autora, donde se observa que la mayor cantidad de población bajo control psicológico está en el grupo de mujeres de entre 24 y 65 años de edad (Reyes, P. 2012. No Publicado).

Dado lo anteriormente señalado, esta investigación tiene como objetivo principal, encontrar y proponer una herramienta de tratamiento validada, que permita maximizar la eficiencia del uso de las horas profesionales de psicólogos (recurso humano), intentando de este modo atenuar las problemáticas existentes en la población.

El Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión (Yáñez & Vergara, 2007), es propuesto para ser utilizado en los distintos centros de salud familiar de la comuna de Viña del Mar, enfocado en las pacientes de entre 25 y 64 años, diagnosticadas con la patología, por ser el grupo con mayor demanda de tratamiento, sin embargo, puede ser utilizado en otro rango etario, tal como en la

⁶ *Tal como indica el Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile (2007), donde se estima que el tiempo de espera, en los 4 tipos de centros de Centro salud mental ambulatorios existentes en el sector público, para la primera consulta psiquiátrica, está entre 23 y 34 días (Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Chile, p. 18, 2007)*

investigación de Curivil & Carretero (2007), que fue dirigido a una muestra de entre 25 y 40 años.

Dicho modelo psicoterapéutico, se encuentra validado, por el juicio de expertos, seleccionados dentro del grupo clínico constructivista cognitivo de adultos de la clínica de atención en Psicología de la Universidad de Chile.

Se utiliza el modelo constructivista porque pone el acento en la experiencia personal, en los significados, en la relevancia de generar nuevas formas de representación de la realidad y del sí mismo, así como también del rol que tiene el lenguaje en el desarrollo de nuevos patrones de significado.

Esta investigación se enmarca dentro de la metodología cualitativa, con un análisis descriptivo/exploratorio (Gómez, G. & Reial, L., 2000). Utilizará como sistema nosológico la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10, pues el Ministerio de Salud (MINSAL) utiliza estos criterios para el diagnóstico de la Depresión.

Se podría proyectar que la implementación de este modelo psicoterapéutico sería un aporte para el sistema de atención primaria, pues generaría la posibilidad de contar con un tratamiento sistematizado para la población comunal. Del mismo modo, permitiría realizar mejoras al modelo, dado que se podrían efectuar mediciones pre y post tratamiento en una muestra representativa de la población, otorgándole mayor validez y pudiendo generalizarlos al resto de la población nacional a través de las guías clínicas del Ministerio de Salud.

Por último, su relevancia está, en que contribuiría a resolver el problema de congestión en los centros de salud familiar (CESFAM) dada la alta demanda de atención por esta patología, pues se podría entregar atención más oportuna, abarcando a un mayor número de pacientes, lo que significaría además una mayor optimización de las horas de atención de los profesionales psicólogos que trabajan en dichos centros.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la encuesta nacional de salud 2009-2010, realizada en nuestro país, se observa que la prevalencia de síntomas depresivos del último año, es de 17,2 %, así como también, que las mujeres presentan significativamente mayor prevalencia de síntomas depresivos que los hombres, por grupo de edad y sexo (Ministerio de Salud, 2011).

Esta alta prevalencia de depresión también se observó en los Centros de Salud Familiar⁷ de la corporación de salud de Viña del Mar, donde realicé mi práctica profesional. En 2 de los 13 CESFAM de la comuna de Viña del Mar, se puso de manifiesto, por parte de la jefatura del área de salud mental y del personal, que existe una percepción de congestión de pacientes que presentan depresión moderada. Con el fin de objetivar esta percepción, se decidió realizar un análisis estadístico, en todos los Centros de Salud Familiar, de los pacientes diagnosticados con dicha patología, en la comuna de Viña del Mar, cuyos resultados muestran coherencia con la percepción manifestada por los profesionales. (Ver Tabla 1, Tabla 2 y Gráfico1).

El análisis estadístico realizado en la muestra de pacientes que se encontraba en ese momento en tratamiento psicológico (año 2012), determinó que efectivamente el grupo de mujeres entre 25 y 64 años con depresión moderada, es el que tiene mayor prevalencia, correspondiendo a un 64,08% del total de pacientes en control psicológico que presentan la patología (Reyes, P. No Publicado).

La congestión a mi parecer, se relaciona con un problema que se ha venido revelando en el último tiempo: la insuficiencia de horas profesionales especialistas de salud mental y la escasa sistematización de los tratamientos psicoterapéuticos para hacer frente a esta necesidad de atención psicológica en aumento. Esto conlleva lo siguiente; en primer lugar, no es posible entregar atención con la periodicidad

⁷ *Cesfam Santa Julia, Brígida Zabala, Achupalla, Las Palmas Chilenas, Profesor Eugenio Cienfuegos, Gómez Carreño, Dr. Juan Carlos Baeza Bustos, Villa Hermosa, Dr. Jorge Kaplan, Las Torres, Doctor Marco Maldonado, Lusitania, Miraflores, Nueva Aurora. Cada uno de ellos, realizan Censos REM-P6 mensuales independientes, exceptuando al Cesfam Villa Hermosa que realiza su registro estadístico dentro del Cesfam Dr. J. C. Baeza.*

necesaria a pacientes en control psicológico, y en segundo lugar, no se logra cubrir la necesidad de atención de pacientes que consultan por esta patología, por primera vez.

Esto, genera desde el usuario una insatisfacción hacia el sistema y por parte del equipo de profesionales, una percepción de sobrecarga de trabajo e imposibilidad de dar respuesta efectiva a la demanda de atención.

Todo lo anterior hace pensar que resulta indispensable reflexionar acerca de la integración de nuevos conocimientos que permitan hacer frente a este problema, con el objetivo de mejorar los procesos de intervención, que ya están planteados dentro de las guías clínicas del Ministerio de Salud.

En base a esta necesidad, y con el fin de tener una visión más completa e integradora, se investigarán los diferentes tratamientos psicoterapéuticos existentes para tratar la depresión, los que se plantean en su mayoría desde el enfoque cognitivo-conductual y se aportará en esta temática, mostrando una visión diferente del tratamiento psicoterapéutico grupal. Se propondrá un modelo de psicoterapia grupal basados en el enfoque constructivista y se mencionarán algunos lineamientos generales para el tratamiento de este trastorno, ya que, desde este enfoque se abre la posibilidad de incorporar de mejor manera, la forma única, que cada persona tiene de construir su realidad. Esta propuesta se enfoca a mujeres entre 25 y 64 años de edad, que es el rango etario donde se presenta con mayor frecuencia el diagnóstico en la población femenina, de los Centros de Salud de la Comuna de Viña del Mar estudiados.

Por tanto, lo que interesa dilucidar en este estudio es principalmente, ***¿Cuál tratamiento psicoterapéutico grupal se encuentra validado para nuestra población de mujeres chilenas que presenten depresión moderada?*** Y por otra parte, ***¿Ayudaría una intervención terapéutica grupal a mitigar estas problemáticas?***

La relevancia de esta investigación radica en la posibilidad de entregar lineamientos en el tratamiento psicológico grupal de mujeres entre 25 y 64 años con depresión moderada en el sistema de atención primaria de salud, que permita a su vez maximizar la fluidez en la atención psicológica, de modo que ésta sea más oportuna y

eficiente, y generar la posibilidad de una mayor sistematización de este tipo de intervención psicoterapéutica propuesta en las guías clínicas.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Proponer un Modelo Psicoterapéutico Grupal Constructivista que esté validado y pueda ser utilizado en mujeres entre 25 y 64 años de edad que presenten depresión moderada, así como también, plantear algunos lineamientos generales.

Objetivos Específicos

- Realizar una revisión bibliográfica de las investigaciones disponibles, sobre prevalencia de la depresión en el mundo, en Chile y en población específica.
- Describir las características de la depresión moderada.
- Analizar las variables relacionadas con el género femenino.
- Realizar una revisión teórica de los tratamientos en depresión que han mostrado efectividad.
- Exponer las características del modelo constructivista y sus bases epistemológicas.
- Describir las características de la psicoterapia grupal, sus implicancias y algunas experiencias en nuestro país.
- Describir y analizar la situación actual de los estudios de tratamientos psicoterapéuticos en depresión desde el enfoque constructivista.
- Describir el modelo de intervención grupal para depresión desde el enfoque constructivista; "Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión" de Yáñez & Vergara, (2007), cómo llevarlo a la práctica y proponer algunos lineamientos generales.
- Analizar la validez del tratamiento sugerido, desde la propuesta realizada por sus autores.

MÉTODO

Tal como se indicó, esta investigación pretende aportar desde dos aspectos. Desde lo teórico, porque permitirá realizar una revisión de las intervenciones psicoterapéuticas grupales existentes que han resultado más eficaces, hasta ahora, para el tratamiento de la depresión. Y desde lo clínico, pues no existe una propuesta explícita de psicoterapia grupal en las guías clínicas del MINSAL, las cuales sólo entregan una orientación en cuanto a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Con el fin de poder responder de la mejor forma posible a las preguntas de investigación, se realizó una revisión bibliográfica de las fuentes existentes que pudieran entregar mayor información y claridad al tema en cuestión.

Este trabajo se enmarca dentro del enfoque cualitativo, utilizando un análisis descriptivo/exploratorio (Ambos, no generan conclusiones definitivas ni generalizables) con una muestra homogénea (se estudia un subgrupo en particular). El objetivo de la muestra es explorar para confirmar o desaprobar hallazgos (muestra confirmativa). El instrumento de recolección de datos utilizado, fue el investigador.

Se realizó un análisis bibliográfico utilizando fuentes como: el Ministerio de Salud de Chile, la Organización Mundial de la Salud, estudios de prevalencia de la patología tanto internacionales como nacionales, estudios en población específica, literatura disponible sobre el tema, revistas, libros, prensa, estudio cuantitativo sobre depresión moderada, relatos de personas de la institución, etc.

Para el análisis estadístico de la población con depresión moderada, realizado por esta autora, se utilizó una metodología descriptiva – cuantitativa de análisis de porcentajes de casos. Se construyeron tablas y/o gráficos y se calcularon medidas descriptivas de interés.

Los datos estadísticos son del año 2012, y en el análisis de éstos, se observa que el mayor número de pacientes que se encuentra en control psicológico, con depresión moderada, está en mujeres entre 25 y 64 años y llega al 64,08% del total de la población bajo control (Reyes, P. 2012. No Publicado).

La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa, centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones. (Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. 2006).

Se utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Se fundamenta en un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas), que va de lo particular a lo general. Estos datos pueden ser, situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.

Las técnicas utilizadas para recolectar datos fueron, la observación, revisión de documentos y análisis estadísticos de la población específica de estudio, la interacción tanto con pacientes, como con profesionales especialistas en salud mental y la jefatura del área.

El alcance final de una investigación cualitativa, está en entender la variable involucrada más que en medirla.

Según los autores el proceso cualitativo consta de 9 fases, la secuencia de estas fases puede ser lineal, pero también, no necesariamente siempre es la misma, ni es taxativa. Es circular en torno a un marco de referencia (literatura existente), y puede variar según cada estudio en particular. Por lo que resulta ser un proceso flexible y complejo. (Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P., 2006).

Es descriptiva, porque trata de describir lo más importante del objeto de investigación, que en este caso es, la congestión de pacientes diagnosticados con depresión moderada en los distintos centros de salud de la comuna de Viña del Mar, así como también, todas las problemáticas derivadas de ella, como son, el no poder entregar atención con la periodicidad necesaria y la dificultad para dar solución en la atención, a pacientes que lo solicitan por primera vez.

También, proporciona información para plantear nuevas investigaciones y para desarrollar formas más adecuadas de enfrentar futuras investigaciones. (Gómez-Peresmistré, G. & Reidl, L. ,2000).

Por otro lado, su carácter de exploratoria, es porque se intenta hacer una aproximación a las variables, relaciones y condiciones en las que se está dando el fenómeno investigado, definiendo así, con mayor certeza, el fenómeno de interés. Este tipo de investigación, permite definir más concretamente el problema, proporcionando la información necesaria para acercarse al fenómeno con mayor conocimiento, en un estudio o investigación posterior, más que a la investigación actual. Idealmente toda investigación debería contar con una fase exploratoria (Gómez-Peresmistré, G. & Reidl, L., 2000).

DESARROLLO

Antecedentes Teóricos

La Depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que se puede presentar en cualquier etapa del ciclo vital, se caracteriza por descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por al menos dos semanas (Ministerio de salud, 2009. p. 8.).

Se utilizarán los criterios diagnósticos del CIE-10, ya que las guías clínicas del Ministerio de Salud se basan en esta clasificación. Por otra parte, esta clasificación de la Organización Mundial de la Salud otorga importancia a la severidad del cuadro, así como también a la duración. Por lo tanto el episodio depresivo puede ser de severidad leve, moderada o severa.

Criterios diagnósticos de depresión, según CIE-10

Se expondrán los criterios diagnósticos para episodio depresivo, episodio depresivo leve y episodio depresivo moderado, pues es este último, al que se hace mención en esta propuesta y el que interesa conocer para efectos del estudio.

F32 Episodio Depresivo

En los episodios depresivos típicos, la persona que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.

g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias, síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo, de cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático, habitualmente no se considera presente, al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye: Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio Depresivo Leve. Pautas para el Diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos, dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

La persona que presenta un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos: F32.00 Sin síndrome somático. Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático. Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más síntomas somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio Depresivo Moderado. Pautas para el Diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Una persona que presenta un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático: F32.10 Sin síndrome somático. Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas somáticos.

F32.11 Con síndrome somático. Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más síntomas somáticos (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Los diagnósticos incorporados en la Guía Clínica GES Depresión 2006, se presentan en la siguiente tabla, que jerarquiza su grado de severidad y ayuda a la decisión de referencia:

| <i>Trastorno Depresivo</i> | <i>Código CIE 10</i> | | |
|--|----------------------|-----------------|---------------------|
| | <i>Leve</i> | <i>Moderado</i> | <i>Severo</i> |
| <i>Trastorno Afectivo bipolar con episodio depresivo</i> | <i>F 31.3</i> | <i>F 31.3</i> | <i>F 31.4 - 5 *</i> |
| <i>Episodio depresivo</i> | <i>F 32.0</i> | <i>F 32.1</i> | <i>F 32.2 - 3 *</i> |
| <i>Trastorno depresivo recurrente</i> | <i>F 33.0</i> | <i>F 33.1</i> | <i>F 33.2 - 3 *</i> |
| <i>Distimia</i> | <i>F 34.1</i> | | |

* *F 31.5; F32.3 y F 33.3 corresponden a cuadros depresivos graves con síntomas psicóticos. (Definición operacional MINSAL).*

La frecuencia de esta patología y sus efectos en la calidad de vida de las personas, llevo a que en nuestro país fuese incluida en la modalidad de Garantías Explícitas de Salud (GES). Por lo que, el sistema de salud público y privado, deben otorgar cobertura al 100% de las personas diagnosticadas con depresión, de 15 años y más.

Epidemiología

Prevalencia

Existen variados estudios que reflejan la situación de la depresión en el mundo, en Chile y en poblaciones específicas. A continuación se hará una revisión de algunos de ellos.

Según Mathers, C., Fat, DM., Boerma, JT. (2004), la depresión contribuye fuertemente a la carga de enfermedad, ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios, siendo en todos ellos, la principal causa de carga de enfermedad para las mujeres.

En otro estudio, sobre prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados, realizado en España, se presentan la *prevalencia-año* y la *prevalencia-vida* de los principales trastornos del estado de ánimo. Se utilizó como instrumento de evaluación la versión del Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años, de 5.473 individuos. Los resultados (ponderados a la población española) indican que un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (*prevalencia-vida*) y un 8,4% en los últimos 12 meses (*prevalencia-año*). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de *prevalencia-año* y un 10,5% de *prevalencia-vida*. (Haro, J.M. et al. 2006).

En Latinoamérica, un estudio de prevalencia en población general en tres grandes ciudades de Brasil; encontró *prevalencia de vida* para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1,9% y 5,9% para hombres y 3,8% a 14,5% en mujeres. (Ministerio de Salud, 2009, pág. 8.).

Estudios norteamericanos revelan que hasta el 48% de la población general habría tenido uno o más episodios depresivos (Heerlein, A., 2000). El Estudio Nacional de Comorbilidad NCS realizado por Kessler et al. (1994) en EE.UU, mostró que las mujeres tenían frecuencias más altas que los hombres de comorbilidad de tres o más

trastornos, tanto en prevalencia de toda la vida como en prevalencia del último año. (Kessler et al.1994, en Ministerio de Salud, 2009, pág. 11).

En el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (ECP) (2002), realizado en cuatro ciudades grandes de Chile; Santiago, Concepción, Iquique y Cautín, las cuales se consideraron representativas de la población nacional participaron un total de 2.987 sujetos, a los que se les aplicó: la entrevista programada Composite International Diagnostic Interview 1.0 y 1.1 CIDI, dos secciones del Diagnostic Interview Schedule DIS y una de utilización de servicios (Vicente & Cols. 2002).

Los resultados muestran la prevalencia de vida, así como también, la prevalencia para 6 meses de trastornos psiquiátricos en Chile, según DSM III-R. Se observa, que poco más de un tercio de la población chilena estudiada, habría tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que uno de cada cinco, habría tenido un desorden en los últimos 6 meses (Vicente & Cols. 2002).

Estudios realizados en Chile hablan de una prevalencia creciente en ambos sexos, manteniendo un predominio franco de episodios depresivos en mujeres (Vicente & Cols., en Heerlein, 2000).

Los principales resultados para trastorno depresivo mayor reflejan para los hombres un 6,4% para prevalencia de vida y un 3,0% para 6 meses, en tanto que, para las mujeres un 11,3% para prevalencia de vida y un 6,0% para 6 meses (Vicente & Cols. 2002).

También se indica, que los trastornos afectivos y ansiosos fueron significativamente más frecuentes en mujeres. Hay un mayor riesgo creciente para el grupo de mujeres, cuando se analizan los trastornos más prevalentes a lo largo de la vida, mientras que para el período de 6 meses éstas tienen mayor riesgo de presentar cuadros comórbidos. (Vicente & Cols., 2002).

Existen otros estudios en poblaciones específicas, como el estudio, Síntomas de Depresión en Estudiantes de Enseñanza Media de Santiago, que utilizó el Inventario de Beck, donde se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y

16,9% en mujeres en dos liceos del área sur de Santiago. (Cumsille, P. & Martínez, M., 1997).

Asimismo, los estudios sobre sintomatología ansiosa y/o depresiva en mujeres durante el embarazo, revelan prevalencias entre un 16,7% (Lemus y Yáñez, 1986) y un 35,2% (Jadresic, E. et al., 1992).

La incidencia es aún mayor en los consultorios de atención primaria, donde en Santiago de Chile, se registrarían cifras superiores al 20% (Heerlein, 2000).

Por razones no del todo conocidas, la incidencia de trastornos del ánimo ha venido aumentando desde la década de 1940, y la edad de inicio, disminuyendo (Heerlein, A., 2000).

En nuestro país, según el estudio de Carga de Enfermedad⁸ y Carga Atribuible⁹ realizado por el Ministerio de Salud en 2007, la depresión unipolar es la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) y muerte prematura (AVPM) en población general chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años (Ministerio de Salud, 2007). Con esta información, se puede dimensionar el gran impacto que genera esta patología entre la población general chilena y sobre todo en las mujeres del rango etario indicado.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011) con datos de 2009-2010 estableció que, para personas de 15 años y más, la prevalencia de sintomatología depresiva de último año fue de 17,2%, llegando a un 25,7% entre las mujeres. También señala que a menor nivel educativo la prevalencia es mayor, evidenciando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de Depresión (Ministerio de Salud, 2011).

Dichos determinantes se encuentran presentes en parte de la población objeto de este estudio, por lo que resulta interesante y necesario explorar y poner atención a ellos, pues pueden ayudar a orientar y afinar el diagnóstico de depresión en las

⁸ La OMS ha definido "carga de enfermedad" como el impacto de un problema de salud, en un área específica, medida por la mortalidad y la morbilidad, por edad, sexo y región. (Fundación Salútia. 2012)

⁹ Carga atribuible: estima la contribución de algunos factores de riesgo priorizados en la carga de enfermedad, por ejemplo, factores de riesgo fisiológicos, conductuales y sociales por edad, sexo y región.

personas que solicitan atención en los distintos CESFAM y particularmente en las mujeres, quiénes son, las que más afectadas se ven por la patología.

Finalmente mencionar el estudio, Análisis Estadístico de los Egresos de Pacientes Diagnosticados con Depresión Moderada en Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar, realizado por esta autora en el año 2012.

Este análisis estableció efectivamente, que la población en control psicológico en depresión moderada, fue en aumento en el período Marzo (1.783 pacientes) a Diciembre (2.324 pacientes) del año 2012, lo que concuerda con la percepción de congestión de pacientes en esta patología en dichos Centros de Salud. Asimismo se observó que esta patología se presenta mayormente en mujeres, siendo el grupo etario donde se concentra la mayor cantidad de pacientes en control psicológico entre 25 y 64 años, siendo 1.489 pacientes, lo que representa el 64,08% del total de pacientes diagnosticados con la patología (Reyes, P., 2012. No Publicado). Esto indica que más de la mitad de los pacientes en control psicológico que presentan depresión moderada, se encuentran en este rango etario específico.

En la siguiente tabla se muestra la población que se encuentra en control psicológico durante el año 2012¹⁰ para mujeres con depresión moderada, de entre 25 y 64 años de edad, en todos los centros de salud de la comuna de Viña del Mar.

¹⁰ Como el registro de la información de la población bajo control se realiza en forma trimestral, se toma el mes de marzo como punto de partida.

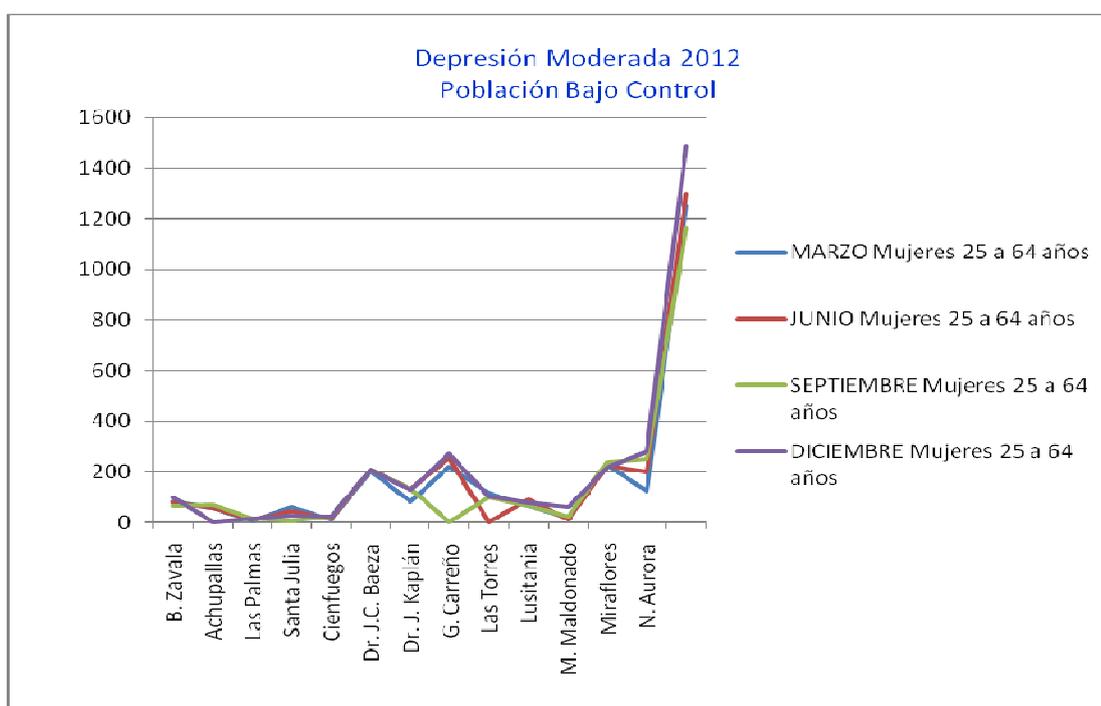
Tabla 1. Población Control al Corte 2012, con Depresión Moderada, por grupo etario para cada centro de salud (Reyes, P., 2012. No Publicado).

| CENTROS | MARZO | JUNIO | SEPTIEMBRE | DICIEMBRE |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | <i>Mujeres 25 a 64 años</i> |
| <i>B. Zavala</i> | 80 | 75 | 64 | 95 |
| <i>Achupallas</i> | 55 | 53 | 66 | 0 |
| <i>Las Palmas</i> | 5 | 7 | 12 | 12 |
| <i>Santa Julia</i> | 59 | 44 | 3 | 25 |
| <i>Cienfuegos</i> | 9 | 14 | 21 | 21 |
| <i>Dr. J.C. Baeza</i> | 201 | 208 | 205 | 208 |
| <i>Dr. J. Kaplán</i> | 80 | 129 | 131 | 126 |
| <i>G. Carreño</i> | 220 | 253 | 0 | 270 |
| <i>Las Torres</i> | 115 | 0 | 96 | 103 |
| <i>Lusitania</i> | 64 | 87 | 65 | 77 |
| <i>Dr. Marco Maldonado</i> | 18 | 8 | 21 | 58 |
| <i>Miraflores</i> | 227 | 224 | 234 | 216 |
| <i>N. Aurora</i> | 121 | 198 | 247 | 278 |
| Total | 1.254 | 1.300 | 1.165 | 1.489 |

Tabla 2. Totales anuales de toda la población bajo control y la población de mujeres de entre 25 y 64 años de edad, en frecuencia y porcentaje.

| Depresión Moderada Año 2012, en Todos los Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar | | |
|---|------------------------|------------------------------|
| | <i>Totales Anuales</i> | <i>Frecuencia Porcentaje</i> |
| <i>Población bajo control, todos los rangos etarios¹¹. Hombres y Mujeres</i> | 2.324 | 100% |
| <i>Población bajo control, por rango etario. Mujeres entre 25 y 64 años</i> | 1.489 | 64,08% |

Gráfico 1. Descripción Gráfica de la Tabla 1.



¹¹ Rangos etarios: 0 - 9 años, 10 - 14 años, 15 - 19 años, 20 - 24 años, 25 - 64 años, 65 años y más.

Luego de este análisis estadístico cuantitativo y de constatar el bajo acercamiento que tienen los equipos de salud mental hacia las psicoterapias grupales, quedó de manifiesto que los Centros de Salud Familiar de la comuna de Viña del Mar, en general, no cuentan con una psicoterapia grupal para depresión y tampoco para este segmento de la población en particular (mujeres entre 25 y 64 años), aún cuando, en la guía clínica, es uno de los tratamientos recomendados para esta patología.

Esta situación, y la insuficiencia de horas disponibles para la atención de los pacientes, refuerzan la percepción que existe en el área de salud mental, respecto de la congestión de pacientes que presenta dicha patología.

Cabe destacar, que la indicación de la guía clínica es una sugerencia que deja a libre decisión, de cada equipo de salud mental, la aplicación del tratamiento grupal. Del mismo modo, queda a decisión del equipo, el enfoque a utilizar, aunque en la guía clínica 2009, se mencionen los tratamientos sugeridos para ser utilizados en la patología.

Los resultados de las investigaciones señaladas, son visiblemente categóricos en relación a la relevancia de la patología, sus implicancias en las personas que la padecen (especialmente en mujeres), así como en la proyección de su aumento para los próximos años. Por lo que se hace pertinente, la elaboración de propuestas para resolver la alta demanda de atención en Depresión.

Finalmente indicar la importancia de tener en consideración los factores psicosociales y de riesgo que están presentes en la patología, pues entregan información valiosa para el diagnóstico oportuno de la Depresión. En los siguientes párrafos se abordarán estos temas.

Factores Psicosociales

Dentro de los factores psicosociales que inciden en la prevalencia de los trastornos del ánimo destacan:

Género

Resulta muy importante considerar las variables relacionadas con el género femenino, en principio, porque esta investigación se encuentra enfocada a mujeres adultas diagnosticadas con depresión moderada y luego porque como ya quedó demostrado en los apartados anteriores sobre prevalencia en depresión, las mujeres tienen más posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Una observación casi universal, independiente del país o la cultura, es que el trastorno depresivo tiene una prevalencia 2 a 3 veces mayor entre las mujeres que en los hombres. Las explicaciones postuladas para dar cuenta de este fenómeno van desde los factores estrictamente sociales, como rol social y relación familiar, hasta factores biológico-hormonales, efectos de los partos en las mujeres, así como diferentes factores psicosociales para las mujeres y para los hombres, y modelos conductuales de indefensión aprendida. Sin embargo, no existe aún una explicación satisfactoria (Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J., 1996; Heerlein, A., 2000).

En las mujeres, la Depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. (Smith, D.J. et al. 2008).

En un estudio realizado en España, sobre variables sociodemográficas en las diferencias de género para depresión, se señala que generalmente se encuentra, que las mujeres tienen más depresión que los hombres; aunque la existencia de estas diferencias está bien establecida, no están claras sus causas. Con una muestra de 2.847 mujeres y 1.848 hombres de edades entre 18 y 65 años, se encontró que las

diferencias de género en depresión se maximizaban en las personas mayores de 34 años, en las que tenían hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las no profesionales. En las sin hijos, solteras, de edades entre 25 y 34 años y en las profesionales el porcentaje de varianza explicado por el género fue inferior al 0,5% (Matud, M., Guerrero, k. & Matías, R., 2006).

La sintomatología depresiva de las mujeres con estudios universitarios y de las profesionales era inferior a la de los hombres con empleo manual, a la de los solteros, los que tenían menor nivel de estudios y los de entre 18 y 24 años. En conclusión, las mujeres presentaban más sintomatología depresiva que los hombres, aunque el porcentaje de varianza explicado era escaso, explicando las variables sociodemográficas un porcentaje de varianza similar o superior. (Matud, M., Guerrero, k. & Matías, R., 2006).

Según el estudio de Cova, F., (2005) se ha demostrado consistentemente que existe una diferencia de género en relación a la presencia de síntomas y trastornos depresivos «monopolares», siendo éstos claramente más frecuentes en mujeres que en hombres. Sin embargo, estas diferencias no son estables a lo largo del ciclo vital. Además del ya comprobado origen en la pubertad, se sugiere que las diferencias de género en depresión disminuyen a partir de la adultez tardía, especialmente debido a una disminución en la tasa de depresión femenina, a partir de los 55 años aproximadamente.

Una revisión crítica de Piccinelli, M., (2000), encontró que existen diferencias de género en los factores de riesgo para desarrollar depresión. Entre las causas de las mayores tasas de depresión encontradas entre las mujeres, se mencionan:

- El umbral de las mujeres para reportar sintomatología depresiva es menor que el de los hombres.
- Las escalas de tamizaje y pruebas diagnósticas de la depresión no recogen las diferencias de género en las manifestaciones de la depresión.
- Efecto del recordar: las mujeres tienden a recordar sintomatología depresiva de forma más estable que los hombres, quienes recuerdan los síntomas de forma aislada.

- Curso de la enfermedad: existen algunas sospechas de que el curso natural del trastorno depresivo es distinto en hombres que en mujeres.
- Los hombres tienden a síntomas externalizantes mientras las mujeres a los internalizantes.

Depresión Durante el Embarazo y el Post Parto

Se considera pertinente agregar este apartado, pues parte del grupo etario del presente estudio (mujeres entre 25 y 64 años) se encuentra en edad fértil y pueden desarrollar algún trastorno depresivo, si llegaran a embarazarse.

En el estudio realizado por el Dr. Enrique Jadresic y cols. (1992) "Trastornos Emocionales en el Embarazo y el Puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres", se señala, que durante el embarazo se determinó una prevalencia para los trastornos depresivos de 7,4%, encontrándose además que la cuarta parte de las mujeres había sufrido síntomas de ansiedad en ese período. En el postparto se detectó una prevalencia para los trastornos depresivos de 10,2% y una incidencia de 9,2%. Hubo un 30,5% de puérperas que, pese a no reunir criterios para trastorno depresivo o trastorno de ansiedad generalizada, sí desarrolló síntomas ansiosos y/o depresivos. El 31,5% de las mujeres que estaba enferma o presentaba síntomas psiquiátricos durante el embarazo mejoró postparto. De las 8 portadoras de trastornos depresivos durante el embarazo solo dos continuaron enfermas postparto. Los resultados concuerdan con la literatura, tanto en lo que se refiere a la frecuencia de trastornos emocionales en el embarazo y/o puerperio, como por el hecho de que en general las mujeres parecieran sufrir de trastornos depresivos prenatales o postnatales pero no de ambos.

Los síntomas de la depresión durante el embarazo y en el post parto no difieren de los de la de depresión en otras etapas de la vida, es decir, existe estado de ánimo bajo y sentimientos de culpa, pero en la depresión post parto sobresale la tendencia al llanto y la labilidad emotiva. Las ideas de culpa se refieren a la situación de la maternidad, hay sentimiento de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves. (Jadresic, E. 2004).

En el mismo estudio se señala que alteraciones del apetito y labilidad emocional pueden estar presentes en embarazos normales. Por otra parte, tanto la anemia como la diabetes gestacional y la disfunción tiroidea, que a menudo se asocian a síntomas depresivos, frecuentemente se dan en mujeres grávidas. Por lo anterior es necesario buscar sistemáticamente durante el embarazo los síntomas psíquicos de depresión, a saber, anhedonia, sentimientos de culpa, desesperanza e ideación suicida. (Jadresic, E. 2004).

Edad

En general, el inicio del trastorno depresivo mayor es a los 40 años de edad promedio. El 50% de los pacientes inician el trastorno entre los 20 y los 50 años (Kaplan, H. y cols., 1996). En los últimos años no obstante, se ha descrito una tendencia cada vez mayor entre los púberes y adolescentes a presentar depresiones mayores (Heerlein, A., 2000).

Estado Civil

Se ha observado, que el estado civil es un factor relevante en la depresión, pues como muestran algunos estudios, las mujeres presentan mayores niveles de depresión, maximizándose ésta diferencia en las casadas o divorciadas, también indican que las mujeres viudas parecen tener mayor sintomatología depresiva, sin embargo, también influye en la sintomatología depresiva de los hombres, en los cuales, el estar casado parece ser particularmente beneficioso y el haber enviudado tiene un efecto muy negativo (Matud et al. 2006).

En general la depresión se presenta con mayor frecuencia en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas o que están solteras, separadas o divorciadas (Kaplan, H. y cols., 1996; Heerlein, A., 2000).

Por tanto, los factores psicosociales pueden resultar determinantes en la presencia y desarrollo de la patología, lo que viene a reafirmar las altas tasas de prevalencia que se encuentran en el grupo etario objeto de este estudio.

Factores Etiopatogénicos y de Riesgo

Si bien los esfuerzos realizados por la Psiquiatría y la Psicología Empírica han sido considerables, en las últimas décadas no se ha logrado identificar aun factores causales relacionados directamente con los distintos trastornos del estado del ánimo (Heerlein, A., 1999).

Ahora bien, aún cuando no existan factores causales claros, sí se deben considerar los factores de riesgo para la Depresión, pues desde la década de los 60 numerosos autores han planteado la presencia de eventos vitales en el desencadenamiento de las depresiones (Heerlein, A. y cols., 2000). Los más frecuentemente asociados a una depresión son:

- Historia familiar de depresión,
- eventos biográficos traumáticos sufridos en la infancia (antecedentes de abuso físico y sexual),
- pérdida de un ser querido en los últimos 6 meses,
- problemas en una relación personal, conflicto familiar severo,
- violencia intrafamiliar – violencia de pareja,
- un cambio significativo en la vida o cualquier situación estresante en la vida,
- separación conyugal en el último año,
- pérdida del trabajo en los últimos 6 meses,
- conflicto laboral severo (con daño de autoestima),
- problemas económicos,
- enfermedad física o dolor crónico,
- discapacidad psíquica o física, personal o de un familiar,
- abuso de alcohol y/o drogas,
- vivir sola/o,
- parto reciente o vive con hijo menor de 6 años,

- escasa participación y apoyo en red social,
- pérdida de la madre (antes de los 11 años),
- antecedente de suicidio en la familia,
- episodio depresivo anterior,
- alteraciones del sueño en adultos mayores,
- género femenino. (Ministerio de Salud, 2009).

Estudios empíricos han demostrado la asociación entre el desencadenamiento de una depresión y la vivencia reciente de una pérdida, abandono o desilusión (Paykell, E. 1992, en Heerlein, A. y cols., 2000).

Los aspectos genéticos juegan un rol significativo en la predisposición a presentar un trastorno del estado del ánimo. Las tasas de morbilidad por depresión en parientes de primer grado de pacientes con trastornos depresivos son mayores que en la población general. El grado de concordancia global para los gemelos monocigotos es aproximadamente 50% y para dicigóticos aproximadamente 15% (Curivil & Carretero, 2007).

La depresión mayor unipolar se concentra tanto en familiares de pacientes con trastornos bipolares, como en familiares de pacientes con trastorno unipolar. Se observa, que tanto el trastorno bipolar como el unipolar, tienen una mayor cantidad de familiares afectados con alguna alteración del estado del ánimo (Heerlein, A. y cols., 2000).

Luego de lo expuesto, se puede decir, que la Depresión, es una patología con una alta prevalencia en la población general, y que ser mujer, **es un factor de riesgo**, ya que puede resultar altamente determinante en la presencia de la enfermedad.

Con todo lo anterior, se hace indispensable la reflexión sobre los tratamientos más adecuados y probados para esta patología, con el fin de determinar la eficacia que podrían aportar las psicoterapias grupales a la Depresión.

A continuación se realizará una revisión bibliográfica de los tratamientos psicológicos para la Depresión que tiene mostrada su eficacia, y también de las intervenciones sugeridas por el Ministerio de Salud.

Tratamientos Psicológicos para la Depresión

Los tratamientos para la Depresión pueden ser enfocados desde diferentes perspectivas, según la orientación teórica y práctica que posean. Por tanto, estos tratamientos pueden variar según su fundamento teórico, la eficacia que posean, al grado de Depresión que apunten, a las características individuales de las personas que presentan depresión y a la elección y utilización por parte de los profesionales.

En adelante, se realizará una revisión de los tratamientos farmacológicos, individuales y grupales, así como también, de los tratamientos recomendados por el Ministerio de Salud para Depresión Moderada.

Aún cuando es una revisión de tratamientos psicológicos, se comenzará por los tratamientos farmacológicos, pues fueron los primeros en establecerse y suelen ser muy utilizados.

Tratamientos Farmacológicos

Estos tratamientos se agrupan en dos categorías, los antidepresivos clásicos o de primera generación y los nuevos o de segunda generación.

Entre los clásicos figuran los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y la amitriptilina, dentro de ellos también encontramos los IMAO (fenalcina, tramilcipromina, deprenil), cuya eficacia más reconocida es en la depresión atípica y en la depresión crónica (Vallejo, J., 2000b), de la misma categoría son las sales de litio, que son utilizadas en la depresión bipolar (Becoña & Lorenzo, 2001).

Entre los nuevos fármacos antidepresivos figuran los inhibidores reversibles de la MAO, moclobemida, la mirtazapina, la nefazodona y la venlafaxina y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, los ISRS, como la fluoxetina, la fluoxamida, la paroxetina, la sertralina y el citolopram (Pérez & García, 2001).

Se puede decir, que en general, los resultados de estos nuevos antidepresivos son similares a los conocidos de los clásicos, con la ventaja que puedan tener una menor incidencia de efectos secundarios (Sáiz & Montes, 2000).

Por otra parte el Ministerio de Salud, indica que si bien no existen diferencias importantes en la efectividad de los diferentes fármacos antidepresivos, se utilizan de preferencia, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) por su mejor perfil de efectos colaterales, los más recomendados son la fluoxetina, sertralina y venlafaxina (Ministerio de Salud, 2009).

Tratamientos Individuales

En las terapias individuales recomendadas por el Ministerio de Salud están las terapias psicológicas y las intervenciones psicosociales, 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, todas ellas cuentan con variadas investigaciones que han demostrado su eficacia y efectividad (Pérez & García, 2001)

Por otra parte, dentro de las intervenciones psicosociales encontramos: la consejería, la psicoeducación, los programas de actividad física y una guía de autocuidado que fue creada por el Ministerio de Salud (Ver Anexo 1).

Terapias Psicológicas

Durante esta revisión, se pudo observar, que existen tres tratamientos psicológicos que tienen mostrada su eficacia en la depresión. Éstos son: la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva de Beck y la Psicoterapia Interpersonal de Klerman (Pérez, M. & García, J. M., 2001). Todos son tratamientos estructurados, pues consisten en un programa de entre 12-16 sesiones, con algunas adicionales, y disponen de un manual de aplicación (incluyendo a veces un manual del paciente). Además, son aplicables a grupos, como tratamiento agudo, de continuación y seguimiento, por lo que su aplicación podría resultar eficiente (Pérez, M. & García, J. M., 2001).

Terapia de Conducta.

El término Terapia de Conducta fue utilizado al comienzo de la década de los 50 para referirse a un cierto tipo de psicoterapia, dirigida a la eliminación de hábitos inadaptativos aprendidos (Wolpe, 1997). La Terapia de Conducta recoge, básicamente, la aportación del conductismo en su interés central por la conducta, junto con la determinación de su causalidad: función del medio ambiente. Incluye, además, las aportaciones de la psicología del aprendizaje, junto con el interés metodológico por la contrastación experimental (Vallejo, M. 1998).

Se reconocen seis procedimientos psicoterapéuticos, estos son: Programa de Actividades Agradables, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Curso para el Afrontamiento de la Depresión (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985), Terapia de Autocontrol (Rehm, 1977), Terapia de Solución de Problemas (Nezu, 1987), y Terapia Conductual de Pareja (Beach & O'Leary, 1992; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling & Salusky, 1991).

En cuanto al **Programa de Actividades Agradables**, es considerado un componente básico del curso para el afrontamiento de la depresión de Lewinsohn y de la terapia cognitiva de la depresión de Beck. Consiste en un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo (Pérez, M & García, J. 2001). Se utiliza, para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a ideas depresivas. Muchas veces el paciente depresivo se ve atrapado en un círculo vicioso. Su bajo nivel de actividad hace que se considere a sí mismo como un inútil, a su vez esa etiqueta le produce desilusión y en último extremo le puede llevar a un estado de inmovilidad y de evitación de la actividad extrema (Beck, 1983).

Finalmente, cabe señalar que ha mostrado ser efectivo en reducir los niveles de depresión (Pérez & García, 2001).

Por su parte, el **Entrenamiento en Habilidades Sociales** es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa¹², la aserción positiva¹³ y las habilidades conversacionales¹⁴, todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales, con extraños, con amigos, familiares, en el trabajo o la escuela (Pérez & García, 2001). Ha mostrado su eficacia en, al menos, dos estudios. En uno de ellos las habilidades sociales, más placebo, fueron eficaces en la mejora de la depresión, aunque en igual medida que la medicación (amitriptilina, antidepresivo tricíclico que inhibe el mecanismo responsable de la recaptación de noradrenalina y serotonina) y la psicoterapia (Hersen, Bellack, Himmelhoch y Thase, 1984). Y en el estudio de McLean, D. & Hakstian, A., (1979) ha mostrado que el entrenamiento en habilidades sociales fue superior a todas las condiciones en cuestión, (psicoterapia dinámica orientada al insight, la medicación consistente en amitriptilina y la relajación como grupo de control-placebo). La psicoterapia fue la condición menos efectiva, similar al grupo de relajación-placebo.

El **Curso de Afrontamiento de la Depresión (CAD)**, es un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos sesiones más de apoyo (al mes y a los 6 meses), es de aplicación grupal, se basa en el texto *Control your depression* (Lewinsohn, Muñoz, Jounghren & Zeiss, 1978), contando con un libro de trabajo para el participante (Brown & Lewinsohn, 1979) y además con un manual del instructor (Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz & Teri, 1984).

Inicialmente fue diseñado para adultos con depresión, sin embargo, se ha extendido a otras poblaciones como adolescentes, mayores, cuidadores de mayores, grupos minoritarios, en la prevención de la recaída y la prevención primaria y secundaria (Cuijpers, 1998; Lewinsohn & Golib, 1995). El programa se concibe como un tratamiento psico-educativo, donde el terapeuta hace más bien el papel de *instructor* o *líder del grupo* que el papel de terapeuta, mientras que, la población participante son

¹² *Implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás.*

¹³ *Relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros.*

¹⁴ *Desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones.*

más participantes de un curso de aprendizaje que pacientes receptores de un tratamiento. Los contenidos del programa son multimodales, pero su núcleo está en la programación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones (tomando, por ejemplo, estrategias de la terapia de Beck) y, finalmente, lo que constituye la última sesión y, por tanto, el sentido del curso, los «planes de la vida», donde se tratan los valores personales, las metas y el estilo de los participantes (Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio, & Teri, 1985).

La eficacia del CAD, se puede decir, que ha quedado demostrada por los estudios de los resultados relativos al Programa de actividades Agradables y al Entrenamiento en Habilidades Sociales, señalados anteriormente. Sin embargo, son numerosos los estudios que avalan su eficacia. Entre ellos figuran tres estudios que muestran su eficacia precisamente con adultos. El primero de ellos, aunque no disponía de grupo de control ni tampoco de una comparación de referencia, ha mostrado en todo caso ser eficaz en la mejoría en 6 pacientes de 9 que eran refractarios al tratamiento farmacológico (Antonuccio, Akins, Chatham, Monagin, Tearnan & Ziegler, 1984). El segundo, ha comparado el CAD aplicado en grupo con su aplicación individual y con una aplicación de mínimo contacto y respecto a un grupo de espera, contando con un seguimiento de uno y 6 meses. Las tres aplicaciones del curso han mostrado eficacia en la reducción de la depresión (Brown & Lewinsohn, 1984). El tercero que estaba dirigido a determinar variables predictoras del resultado, ha servido de paso para mostrar de nuevo la eficacia, pues al final del tratamiento, el 85% de los pacientes no caían dentro de los criterios que definen un trastorno de depresión (Hoberman, Lewinsohn & Tilson, 1988)

En relación a **La Terapia de Autocontrol** de Rehm (1977), consiste en un programa estructurado de 6 a 12 sesiones, es aplicable a grupos, considera que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo, y se centra en dichos déficit (Pérez & García, 2001).

Dos estudios validaron el programa contra condiciones de control, en un caso terapia de grupo inespecífica y lista de espera (Fuchs & Rehm, 1977) y en el otro un entrenamiento en habilidades asertivas (Rehm, Fuchs, Roth, Kornblith & Romano, 1979). Otra investigación (Rehm, Kaslow & Rabin, 1987), ha mostrado que los

resultados son igualmente efectivos aunque los objetivos sean cognitivos, conductuales o ambos combinados y con independencia de si los participantes son deficitarios en las condiciones cubiertas por dichos objetivos.

Por su parte, **La Terapia de Solución de Problemas** desde el comienzo, ha pasado a ser una intervención ampliamente estudiada y aplicada. La depresión ocurriría ante situaciones problemáticas, de modo que si no son resueltas traerían como consecuencia la «baja tasa de reforzamiento positivo» y de ahí la depresión (Nezu, 1987).

El procedimiento consiste en un programa estructurado, tanto para ser llevado en grupo como individualmente, de 8-12 sesiones. (Areán, 2000; Nezu & Perri, 1989).

La Terapia de Solución de Problemas cuenta con dos cuestiones particulares. Una es su dependencia de un modelo algorítmico de solución de problemas impersonales, cuando la depresión tiene más bien que ver con problemas interpersonales. La otra cuestión, tiene relación con que las personas deprimidas, más que tener propiamente deficiencias en un supuesto proceso de solución de problemas, acaso tengan actitudes pasivas y de evitación y se centren «rumiativamente» en su propia conciencia emocional, a diferencia de los no-depresivos, de manera que su depresión no se debería necesaria ni probablemente a la carencia de dichas habilidades. (Pérez & García, 2001).

Diversos estudios avalan su eficacia (Areán, Perri, Nezu, Schein, Christopher & Joseph, 1993; Nezu, 1986; Nezu & Perri, 1989).

Por último, la **Terapia Conductual de Pareja para la depresión**, trata la Depresión en el contexto de una relación inter-personal. La terapia de pareja, y en su caso de familia, sitúan la depresión en la relación de la persona deprimida con las otras personas que forman parte de su ámbito familiar (y en particular su cónyuge). Ello no supone que toda depresión dada en una relación de pareja sea debida a problemas en la relación. De hecho, la conexión entre problemas de pareja y depresión puede ser de varias maneras, según sea uno u otro el precedente, o que coincidan ambos (por depresión y por desavenencia) (Prince & Jacobson, 1995). La revisión de Whisman (2001) confirma esta asociación entre la insatisfacción marital y los síntomas

depresivos, siendo una vez más la mujer el componente de la pareja más probablemente deprimido. Si bien la tendencia parece ser, que la insatisfacción marital precede a la depresión, la evidencia empírica no es concluyente, de modo que sigue vigente la triple posibilidad señalada (Prince & Jacobson, 1995).

Dos estudios, han mostrado la eficacia de la **Terapia Conductual de Pareja para la Depresión**. Uno de ellos (Beach & O'Leary, 1992;) comparó la terapia conductual de pareja con la terapia cognitiva aplicada individualmente y con un grupo de espera. En parejas con discordia marital, siendo la mujer la persona deprimida. La terapia conductual de pareja fue tan eficaz como la terapia cognitiva individual en reducir la sintomatología depresiva y la conductual fue más eficaz que la cognitiva en mejorar la satisfacción marital, sobre un año de seguimiento. El estudio hace ver que el efecto de la terapia conductual sobre la depresión está mediado por la satisfacción marital (Beach & O'Leary, 1992).

El otro estudio, (Jacobson, Dobson, Fruzzetti et al., 1991) se centró también en parejas con la mujer deprimida, pero incluyó tanto parejas con desavenencias como sin ellas. Asimismo, contaba con un grupo que intercalaba la terapia cognitiva con la conductual de pareja. Los resultados mostraron, de nuevo, que la terapia conductual de pareja y la terapia cognitiva fueron igual de eficaces en el alivio de los síntomas depresivos dentro de la pareja con desavenencias, siendo la conductual, la única que mejoró además, la satisfacción marital. Sin embargo, cuando la pareja no tenía problemas (aparte de la depresión), la terapia cognitiva, sola o en combinación con la de pareja, fue más eficaz que la conductual en aliviar los síntomas depresivos.

En resumen, la terapia conductual de pareja sería el tratamiento de elección cuando se presenta a la vez depresión y discordia marital (Beach, 2001; Prince & Jacobson, 1995).

Terapia Cognitiva.

La Terapia Cognitiva de Beck tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión. La Terapia Cognitiva, según Beck se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un

individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo, al igual que la Terapia de Conducta, ofrece un planteamiento completo de la depresión, por lo que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. Es denominada también Terapia cognitivo – conductual, pues está diseñada tanto para modificar cogniciones como conductas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1983; Sacco & Beck, 1995).

Es un procedimiento altamente estructurado, de 15 a 25 sesiones, incluyendo las de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1983; Sacco & Beck, 1995).

Cuenta con numerosos estudios que muestran su eficacia, uno de ellos comparó la terapia cognitiva con la imipramina¹⁵ (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977). Aunque ambos tratamientos redujeron significativamente la depresión, la terapia cognitiva fue superior a la farmacológica, manteniéndose esta ventaja un año después (Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981). Un estudio posterior salvando todas estas limitaciones que se observaron en el estudio anterior y cuidando otras condiciones metodológicas, no comprobó que la Terapia Cognitiva fuera superior a la medicación (imipramina), pero sí mostró que aquella era igual de eficaz que ésta (Hollon, DeRubeis, Evans, Wiemer, Garvey, Grove & Tuason, 1992).

Por su parte, el estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin, Parloff, Hadley & Audry, 1985) tenía dos propósitos principales. Uno era comprobar la eficacia de la Terapia Cognitiva, así como de la psicoterapia interpersonal, en relación con la medicación antidepresiva, concretamente, imipramina, como tratamiento de referencia, en pacientes con depresión unipolar no psicótica. El otro propósito era comparar las terapias psicológicas entre sí.

Los resultados en cuanto al primer propósito mostraron que referido a los pacientes que han terminado los tratamientos (37 en el grupo de la Terapia Cognitiva, 47 en el de psicoterapia interpersonal, 37 en el de imipramina y 34 en el de placebo), el

¹⁵ Antidepresivo tricíclico, inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina y serotonina.

porcentaje de los que lograron el criterio de recuperación (en la Escala de Hamilton) en cada condición fue, de más a menos, el siguiente: 57% para la imipramina, 55% para la psicoterapia interpersonal, 51% para la Terapia Cognitiva, y 29% para el placebo. En los otros, el porcentaje de recuperación fue del 70% para la psicoterapia interpersonal, del 69% para la imipramina y del 65% para la Terapia Cognitiva.

En conclusión, de acuerdo con el primer propósito de este estudio, se habría mostrado que, referido a los pacientes en su conjunto, la Terapia Cognitiva, así como la psicoterapia interpersonal, son tan eficaces como el tratamiento de referencia (la medicación, en este caso).

En cuanto al segundo propósito, dentro de la eficacia señalada, no se ha mostrado que de las dos terapias psicológicas fuera una significativamente más eficaz que la otra, si bien es consistente una tendencia a favor de la psicoterapia interpersonal (respecto de la Terapia Cognitiva).

Finalmente, mencionar la modalidad de la Terapia Cognitiva de grupo, cuya eficacia en los escasos estudios disponibles no parece ser menor que la obtenida en la aplicación individual (Sacco & Beck, 1995), citándose incluso alguno en el que fue superior a la medicación de imipramina (Luby, 1995/1999). Se ha de hacer referencia expresa a un estudio que mostró la eficacia de la Terapia Cognitiva de grupo (aunque con marcado énfasis conductual), tanto en menos como en más deprimidos, aplicada en el contexto de los servicios de salud mental, con efectos apreciables para un 84% de los 138 participantes (Peterson & Halstead, 1998).

Psicoterapia Interpersonal.

Esta psicoterapia está centrada en los problemas psicosociales e interpersonales de las personas, se concentra en las conexiones entre patología y contexto psicosocial; examinando las relaciones personales del paciente en la actualidad e intentando intervenir en la formación de síntomas y en la disfunción social asociada al presente episodio depresivo (Heerlein, A., 2002).

La Psicoterapia Interpersonal ofrece un procedimiento terapéutico de base clínico- empírica, es una terapia estructurada por fases y objetivos, sobre la

observación clínica de la importancia de cuatro áreas en la depresión, el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits en habilidades sociales, para ser aplicada en 16 sesiones, de 50-60 minutos, programadas. Cuenta con un manual de aplicación (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984, incluido en español en Schramn, 1996/1998). Cuando se utiliza como terapia de continuación o de mantenimiento, la programación tiene una escala mensual. Su aplicación distingue tres fases, cada una con sus contenidos bien estructurados (Pérez & García, 2001).

Cuenta con varios estudios que demuestran su eficacia, aquí se revisarán sólo alguno de ellos. La primera comprobación de la eficacia de la Psicoterapia Interpersonal en el tratamiento agudo de la depresión procede de un estudio de Weissman, Prusoff, DiMascio, Neu, Goklaney y Klerman (1979) donde la Psicoterapia Interpersonal mostró la misma eficacia que la medicación y la combinación de ambas fue ligeramente mejor que su aplicación por separado.

Es importante citar el estudio mencionado anteriormente del NIMH (Elkin, Shea, Watkins et al., 1989), pues supuso la confirmación definitiva de la Psicoterapia Interpersonal. En relación con la Terapia Cognitiva, la Psicoterapia Interpersonal se mostró superior en la reducción de los síntomas depresivos de los pacientes más graves y en la mejoría del funcionamiento social a largo plazo. Con todo, ambas terapias psicológicas se reafirmaron en el campo de la depresión a partir de este estudio.

La Psicoterapia Interpersonal mostró también su eficacia en el tratamiento de la depresión de adolescentes, respecto de un grupo de control de seguimiento clínico (Mufson, Weissman, Moerau & Garfunkel, 1999). La Psicoterapia Interpersonal ha mostrado igualmente su eficacia en el tratamiento de continuación y de mantenimiento que es, de hecho, para lo que fue diseñada y donde empezó a evidenciar su competencia.

Intervenciones Psicosociales

La consejería.

Se puede definir como: “Un encuentro entre seres humanos, donde el consejero no antepone su deseo, permitiendo a la o el usuario plantear sus necesidades y resolverlas, dentro de un marco de respeto y calidez en el servicio” (Secretaría de Salud, 2006).

Tiene como objetivo, dar información sobre un tema específico y ayudar a la persona a clarificar sus pensamientos y/o emociones para lograr una posible solución al problema planteado.

Esta intervención contempla la atención clínica de apoyo y de control con un determinado objetivo, elementos de psicoeducación, retroalimentación sobre la atribución que el consultante hace a determinados factores de su entorno de vida, de sus antecedentes de vida o de salud, etc. (Bower et. Al, 2005; Ministerio de Salud, 2009).

La psicoeducación.

Consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan y educan acerca de un problema de salud mental. Sus objetivos son: promover su compromiso con el cuidado de la salud, promover la búsqueda de comportamientos saludables y promover su protagonismo en el proceso de salud (Almendras, I., 2002).

Programas de Actividad Física.

El ejercicio recomendado para el tratamiento de la depresión debe tener una estructura caracterizada por la frecuencia, la intensidad y la duración de la actividad física. De este modo, lo que se indica es un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado, de 3 sesiones semanales de 45 a 60 minutos cada una por 10 a 12

semanas. Este programa de ejercicios físicos puede ser realizado individualmente o en grupo e incluye ejercicios aeróbicos y anaeróbicos (Ministerio de Salud, 2009).

Tratamientos Grupales

En los tratamientos grupales recomendados por el Ministerio de Salud se encuentran: los grupos de autoayuda, la intervención psicosocial y la psicoterapia grupal cognitivo-conductual e interpersonal (éstas son terapias eficaces y efectivas ampliamente estudiadas), esta última fue revisada dentro de los tratamientos individuales, pues dichos tratamientos son aplicables a grupos por lo que no serán revisados nuevamente.

Grupos de Autoayuda

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 (Ministerio de Salud, 2009).

La intervención psicosocial grupal para Depresión

Fue creada el año 2001 por el Ministerio de Salud, consta de seis sesiones, basadas en un conjunto de tareas y actividades desde el enfoque cognitivo-conductual (Ver Anexo 2).

En Chile, se incorporó como una de las intervenciones del Programa Nacional de Depresión en Atención Primaria, mostrando buenos resultados (Ministerio de Salud, 2009). Sin embargo, esta intervención, no cuenta con estudios e investigaciones que muestren la evidencia empírica del tratamiento, sólo posee un manual que menciona los aspectos terapéuticos de la intervención, sin referirse a la implicancia de ellos. Por lo que sería muy recomendable que el Ministerio de Salud, realizara investigaciones empíricas validadas sobre esta intervención.

De todos los tratamientos revisados en este apartado, el Ministerio de Salud a través de La Guía Clínica 2009, refiere como tratamientos recomendados para personas con Depresión Moderada: La Consejería, Intervención psicosocial grupal, Psicoeducación, Programa Estructurado de Actividad Física, Grupos de autoayuda y Farmacoterapia, todos ellos fueron debidamente revisados en los apartados anteriores, por lo que se remite al lector interesado a dichos apartados.

Por otra parte, de todas las terapias señaladas, las terapias conductual, cognitiva e Interpersonal, cuentan con una reconocida eficacia. Las terapias de conducta se centran en la conducta como aprendizaje, la terapia cognitiva pone el énfasis en los procesos cognitivos que se utilizan para dar sentido a la realidad, y la psicoterapia interpersonal en la relación entre la patología y el contexto psicosocial del paciente.

Cada una de ellas por si solas, resuelve a través de sus tratamientos las problemáticas que se les presentan a las personas que tienen depresión, con distintos niveles de éxito, tal como se ha indicado.

Sin embargo, puede resultar un tanto reduccionista, en cuanto a la explicación de la manifestación de las conductas o sintomatología presente en las personas con Depresión. De este modo, el constructivismo viene a aunar todo estos enfoques poniendo el acento en la experiencia de cada persona y en el proceso de significación, tomando siempre a las personas, como entes activos, dentro de su propio proceso de construcción de *su realidad*.

A continuación, se revisará el modelo constructivista, pues es el enfoque desde donde se plantea el modelo de psicoterapia grupal para Depresión en esta investigación.

Modelo Constructivista

“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).

El constructivismo es una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden (Mahoney, 1991; Neimeyer, 1993). El pensamiento constructivista contemporáneo tiene sus raíces en la tradición filosófica y psicológica que presta atención al papel activo de la mente humana a la hora de crear y organizar significados (inventar, en sentido literal, más que descubrir la realidad).

Los orígenes filosóficos del constructivismo incluyen la nueva ciencia y el concepto de “universales imaginativos” de Vico (1725/1948), el análisis de los límites del conocimiento derivado de Kant (1791/1969) y la filosofía neokantiana del “como si” de Vaihinger (1911/1924), mientras que las primeras aportaciones al pensamiento constructivista en psicología incluyen la epistemología genética de Piaget (1926), el análisis constructivista de la memoria humana de Bartlett (1932), el tratado sobre la naturaleza constructivista del sistema nervioso humano de Hayek (1952) y la metateoría motriz de la mente de Weimer (1977). (Neimeyer, R. & Mahoney, M. 1998).

El constructivismo en sus orígenes, surge como una corriente preocupada por entender los problemas de la formación del conocimiento en el ser humano. Según Delval (1997), “Se encuentran algunos elementos del constructivismo en el pensamiento de autores como Vico, Kant, Marx o Darwin”. En estos autores, existe la certeza de que los seres humanos son producto de su capacidad de autoreflexión, así como también, de su capacidad de adquirir conocimiento, lo que les ha permitido anticipar, explicar y controlar propositivamente la naturaleza, y construir la cultura. “Destaca la convicción de que el conocimiento se constituye activamente por sujetos

cognoscentes, no se recibe pasivamente del ambiente". (Díaz Barriga, F & Hernández, G., 2002, p. 3).

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).

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).

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).

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).

Metateoría Constructivista Cognitiva

Una metateoría corresponde a una propuesta de orden epistemológico que da cuenta del conocimiento desde una perspectiva, que permite entenderlo como un contenido factible de ser llevado a través de una estructura simbólica tal como el lenguaje, las matemáticas o cualquier otro sistema de codificación que facilita la consensualidad de las categorías con las que nos referimos a la realidad (Yáñez, J., 2005).

La Metateoría Constructivista Cognitiva es una propuesta teórica, que pretende enfatizar que el sujeto humano, a través de estructuras cognitivas a priori, instaladas como resultado de su particular ontogenia y filogenia, establece una relación con la realidad, cuyo resultado son sistemas de conocimiento organizados a partir del lenguaje, que convertido en vehículo simbólico abstracto, le posibilita la coordinación de experiencias internas con la comunidad de relaciones interpersonales en que está sustentado (Yáñez & cols., 2001).

Una característica del constructivismo aplicable al constructivismo cognitivo en particular, es la aseveración que todo fenómeno cognitivo (desde la percepción y la memoria a la solución de problemas y la conciencia), implica procesos activos y proactivos. El organismo es un participante activo tanto en su propia experiencia como en su aprendizaje. Somos constructores de las realidades personales, desde y hacia las cuales respondemos (Mahoney, 1991).

Por último, la Metateoría Constructivista cognitiva, se fundamenta en un modelo cognitivo en evolución, que se ha ido complejizando, en la medida que ha integrado en su desarrollo, distintos aspectos teóricos y técnicos, que conforman distintos paradigmas, que se enlazan e integran dentro de un solo cuerpo y unidad (Metateoría) que continúa en evolución (Curivil & Carretero, 2007).

Psicoterapia Constructivista Cognitiva

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*.

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).

Según Neimeyer (1998) 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”.

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).

Por último, la característica principal del constructivismo aplicable al constructivismo cognitivo, es que *el organismo es un participante activo en su propia experiencia así como en su aprendizaje, así somos co-constructores de las realidades personales, desde y hacia las cuales respondemos. Más que ser un simple receptor de la experiencia sensorial, el organismo es entendido como un agente activo, anticipatorio y pro alimentador* (Mahoney, Cap. 5, 1991 en Yáñez, 2005).

Psicoterapia Grupal en Depresión

Ya que esta investigación se centra en la psicoterapia grupal en depresión y en la utilización del Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo en los Centros de Atención Primaria de Salud de Viña del Mar, es que a continuación se describirán las características generales de la psicoterapia grupal, así como también, los aspectos más relevantes de la psicoterapia grupal que destaca el Manual de Intervención Grupal del Ministerio de salud, y las ventajas y beneficios de la utilización de la modalidad grupal en psicoterapia.

Dentro de las características que se mencionan para clasificar las psicoterapias grupales para Depresión, se encuentran: 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 & Carretero, 2007).

Tamaño.

Se componen de un grupo intermedio, es decir, de entre doce y treinta participantes. Sin embargo, hay quienes 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).

Composición.

Puede ser de grupos homogéneos o heterogéneos (Curivil y Carretero, 2007), en el primer caso, los participantes comparten al menos una característica, ya sea, edad, sexo, nivel sociocultural, etc., y en el segundo caso, presentan diferentes características.

Grado de estructuración de las sesiones.

Va a depender del marco teórico y práctico de la terapia y de los terapeutas. Por tanto, 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 bien 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).

Estrategia terapéutica utilizada.

Ésta 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.

Número de terapeutas.

En general se sugiere 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).

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.

Dado que en nuestro país se incorporó la Psicoterapia Grupal como una de las intervenciones del Programa Nacional de Depresión en Atención Primaria, es que se hace necesario contar con una intervención sistematizada de psicoterapia grupal para

depresión. Actualmente los resultados en este tipo de tratamientos son buenos, aunque la adherencia de los pacientes es muy variable. (Ministerio de Salud, 2001).

El Manual de Intervención Grupal del Ministerio de Salud, utilizado en el Programa Nacional de Depresión, destaca los aspectos terapéuticos más relevantes de esta intervención:

- Las emociones y pensamientos que perturban o desbordan a las personas que sufren un trastorno depresivo, se socializan en un contexto de contención (grupo pequeño).
- Una experiencia vital dolorosa y crítica es el denominador común entre los participantes. La toma de conciencia de la similitud de situaciones y problemas con otras personas, así como la ruptura de una situación de aislamiento social, promueve un mejor contacto con la realidad objetiva y subjetiva, reduciendo el temor a ser muy diferente o singular.
- El reconocimiento y aclaración de los síntomas, sentimientos, pensamientos y conductas que afligen a las personas con depresión, les brinda seguridad. La información y enseñanza sobre lo que les sucede en la realidad y en el espacio cognitivo, reduce la angustia y la incertidumbre.
- Ayuda a quienes tienen un ánimo abatido y pesimista a establecer estrategias conjuntas de mejoría sintomática y resolución de problemas.
- Con frecuencia la participación en el grupo fortalece la autoestima, las personas con depresión recuperan de esa experiencia, la posibilidad de considerar lo propio como valioso para sí mismas y para otros.
- Promueve procesos que sirven para abordar el contexto en crisis.

Tomando en consideración todo lo anterior y sabiendo que desde la introducción de la terapia grupal, ha existido un debate respecto a la eficacia del tratamiento grupal en comparación con la atención individual. Desde ahí surge la pregunta: ¿Es la terapia grupal, más eficaz que la terapia individual para tratar la depresión?

Un estudio sobre la eficacia de la terapia cognitiva comportamental grupal o individual, en sujetos con depresión moderada o grave, cuyo objetivo era resumir la mejor evidencia disponible para el uso de dicha terapia, en la que solo se incluyeron los estudios que evaluaron sujetos con una puntuación mayor o igual a 14 en la Escala de Depresión de Beck, mostró que ambas, terapia cognitiva grupal e individual, fueron eficaces para reducir las puntuaciones de depresión después del tratamiento y en el seguimiento, en comparación con las puntuaciones antes del tratamiento. En una comparación de la eficacia, los estudios no encontraron diferencias significativas entre ambos tratamientos para reducir las puntuaciones de depresión (Best Practice.1999). Lo que indica, que la psicoterapia grupal funciona como tratamiento para la Depresión, al igual que la terapia individual, también lo hace.

Aun cuando, ambas terapias (individual y grupal) tienen probada su eficacia, la psicoterapia grupal presenta en comparación con la psicoterapia individual, una serie de ventajas (Spiegel, D. 1995). De todas ellas, se desprende la pertinencia de la utilización de la psicoterapia grupal, en la población objeto de este estudio. Y además, se da respuesta a la segunda¹⁶ pregunta de investigación planteada en este trabajo.

Entre las ventajas de una intervención grupal, destaca como muy importante para esta investigación, el costo – eficiencia, pues según se desprende de este estudio, ayudaría a mitigar la problemática planteada de congestión de pacientes con Depresión Moderada.

Pues 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 (eficiencia) (Echeburúa et al., 2000; Hollon et al., 2002; Sánchez et al., 2006; Jorquera y Guarch, 2006; Machado et al., 2010). Por lo que sería una ventaja para el sistema de salud, dada la alta demanda de atención.

¹⁶ *¿Ayudaría una intervención terapéutica grupal a mitigar estas problemáticas?*

También destaca, el apoyo mutuo, que se produce gracias a esta psicoterapia, en lo que se ha llegado a llamar el principio de "Helper-Therapy", donde el paciente mejora en autoestima a través de prestar apoyo a los demás y promover el aprendizaje de actitudes adaptativas entre los miembros del grupo (Spiegel, D. 1994).

Del mismo modo, está la generación de un sentimiento de pertenencia, en una atmósfera protegida y de apoyo. Además, permite el desarrollo afectivo y emocional al facilitar la exploración de los estilos relacionales con los otros, lo que se traduce en aprendizaje, beneficiándose las personas de la retroalimentación que se produce en el grupo, tanto de los compañeros, del grupo como los terapeutas, así como también, de la internalización que realiza la persona de las experiencias, lo que le permite adquirir mayores grados de conciencia sobre sí mismo (Echeburúa et al., 2000; Hollon et al., 2002; Sánchez et al., 2006).

Todas estas variables en conjunto ayudarían a conseguir un tratamiento eficaz y eficiente, contribuyendo a la mejoría de los pacientes con Depresión y generando mejoras en el flujo de pacientes, permitiendo de este modo, reducir la permanencia de los pacientes en estado de tratamiento.

Algunas Experiencias de Psicoterapia Grupal en Chile

En cuanto a las experiencias de psicoterapia grupal en nuestro país, se puede mencionar la experiencia desarrollada en el Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier de la comuna El Bosque, por Porras, A., Ubeda, C., Pasmíño, H., (2009). Los autores desarrollaron un taller de crecimiento y desarrollo familiar, diseñado para mujeres con diagnóstico de trastorno emocional y depresión. Cuentan con un promedio de 6 participantes por taller, el porcentaje de participación es del orden del 60%, es decir, que del total de personas que se invita, el 60% termina asistiendo hasta el final del taller; el restante 40% o bien asiste esporádicamente o no asiste.

Según los autores, el taller ha seguido un proceso de desarrollo y crecimiento que lleva 4 años, donde se ha ido modificando y mejorando hasta llegar a consolidarse como modalidad de atención y como un modelo de trabajo grupal, que en complemento con el tratamiento médico y la intervención psicosocial familiar, tiene excelentes resultados (Porras, A., Ubeda, C., Pasmíño, H., 2009).

Por otro lado, el modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión, ha sido aplicado en diversos establecimientos de salud pública con resultados favorables (Vergara, 2012, comunicación personal, en Arriagada, P., 2013). Sin embargo, existen sólo dos estudios publicados, desarrollados por los psicólogos: M. Guerra y M. Silva, los años 2010 y 2011, respectivamente.

La investigación de M. Guerra, se llevó a cabo en un Centro de Atención Primaria de La Calera, en la Quinta Región, utilizó una metodología cuantitativa, con diseño cuasi-experimental, de pre y post prueba con dos grupos de pacientes, uno control y el otro experimental, con un análisis de tipo exploratorio, descriptivo, comparativo y explicativo.

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

Los resultados de la investigación indican que los pacientes con Depresión presentaron cambios estadísticamente significativos, una vez finalizada la psicoterapia, y a un año después de ésta. Dichos cambios se evidenciaron 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 investigación publicada por M. Silva, se realizó en el COSAM de la comuna de Colina, en la Región Metropolitana, utilizó una metodología cuantitativa, con un diseño cuasi-experimental de pre-prueba/post-prueba de tipo descriptivo, comparativo, explicativo, 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, utilizando los mismos instrumentos que la investigación de M. Guerra.

Los resultados de la investigación muestran 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).

Ambas investigaciones, arrojan resultados positivos en torno a la, efectividad e impacto de la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión.

La investigación más actual sobre el modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión, es la realizada por Arriagada, P., (2013), basada en las visiones subjetivas que los pacientes construyen sobre la psicoterapia grupal. La 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, 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 la investigación.

El tratamiento resultó ser beneficios en cuanto a la mejoría, el crecimiento personal y el aprendizaje, tanto en aspectos prácticos como explicativos de los pacientes.

Siguiendo con lo anterior, en los siguientes párrafos se realiza un relato de la experiencia vivida, durante el año 2012, en los dos centros en que fueron realizadas las horas prácticas, a saber, CESFAM Dr. Marco Maldonado y CESFAM Nueva Aurora, en los cuales sí se realizaron tratamientos grupales.

En el CESFAM Dr. Marco Maldonado, se puso en marcha un taller de psicoterapia grupal desde un enfoque psicodinámico, que estuvo a cargo de una alumna en práctica y sin contar con la participación de un psicólogo de planta en éste. Aún cuando se logró configurar el grupo inicial, lamentablemente a las pocas sesiones,

el taller cesó por la falta de adherencia de los pacientes, a lo que pudo haber contribuido, la falta de implicancia por parte del personal de planta.

Por otra parte, en el CESFAM Nueva Aurora, se realizó sistemáticamente un taller grupal, que cuenta con adherencia por parte de las pacientes, y que se ha repetido durante el año en curso a partir de abril.

Este taller tiene un enfoque cognitivo-conductual, incorporando también nociones experienciales. Está dirigido para mujeres desde los 18 años de edad, pero incluso han participado mujeres de hasta 80 años. Se realizan 3 talleres al año, y cada uno tiene una duración de 2 meses. Dicho taller se realiza desde 2009, sus resultados se encuentran registrados por el equipo a cargo, y según la información que dicho equipo entrega, aprecian una disminución de síntomas ansioso-depresivos.

Sin embargo, estos buenos resultados manifestados por el personal a cargo de este último taller en particular, no se condicen con la percepción que existe por parte del área de salud mental de la corporación municipal de Viña del Mar, ni con la de los profesionales que forman parte del área de salud mental del resto de los CESFAM.

Ambos equipos han coincidido en su percepción, de que la cantidad de pacientes con esta patología, no disminuye, lo que es coincidente con los estudios epidemiológicos existentes y con mi percepción durante el periodo de práctica clínica en dichos establecimientos.

Luego de esto, cabe preguntarse, ¿por qué no disminuye la cantidad de pacientes con esta patología en los centros de atención primaria? Pues bien, una de las variables que incide en sostener la problemática, es el no aplicar eficientemente las intervenciones disponibles, pues sí se aplicara un modelo de psicoterapia grupal sistematizado y validado, permitiría entregar atención a un mayor número de pacientes con Depresión, con la misma cantidad de horas disponibles con que cuenta actualmente, de este modo, se evitaría el exceso de pacientes en tratamiento, dentro del sistema de salud.

Cabe señalar, que si bien el caso del CESFAM Nueva Aurora es positivo, no resulta representativo de toda la población, pues es 1 centro de salud de 13 que forman parte de la Corporación de Salud de Viña del Mar.

En general, y según los relatos del personal del área de salud mental de la corporación, los centros de salud *no consideran* la psicoterapia grupal como una herramienta de tratamiento y, por tanto, en la mayoría de ellos no es aplicado.

Psicoterapia Grupal desde el enfoque Constructivista Cognitivo

El Constructivismo Cognitivo ha desarrollado la modalidad grupal de tratamiento para dos cuadros psicopatológicos: los trastornos de la alimentación (Montt & Villarroel, 2003) y la Depresión (Curivil & Carretero, 2007).

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, J. 2003 Art. no publicado en Montt & Villarroel, 2003, Pág. 58).

Así, la psicoterapia grupal constructivista “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 & Carretero, 2007, p. 87). El proceso está dirigido hacia objetivos claros, y cobra especial importancia la motivación de los pacientes, lo que permite una participación activa y comprometida en la psicoterapia (Montt & Villarroel, 2003).

A partir de esta revisión bibliográfica es posible plantear que existen tratamientos psicoterapéuticos probados para la Depresión, se hace indispensable considerar lo prudente que resulta este estudio para la población diagnosticada con esta patología, pues existen los tratamientos necesarios para poder realizar un abordaje de la situación actual de los CESFAM de Viña del Mar y poder dar solución a

la problemática tanto para las pacientes como para el área de salud mental y los profesionales.

Si bien, la puesta en marcha de la psicoterapia podría ser desde cualquiera de los enfoques probados para la depresión, el constructivismo aporta la visión personal y experiencial de los pacientes que anteriormente se ha mencionado, por lo que resulta muy enriquecedora dada la patología que estamos abordando, donde las emociones son un eje central en el desarrollo y mantenimiento de la misma.

Del mismo modo y siguiendo con la reflexión anterior, cabe destacar, que si bien, los objetivos y metas de la psicoterapia Constructivista Cognitiva dependen de las características únicas, 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).

Por lo que para los pacientes sería una gran oportunidad de aprendizaje sobre ellos mismos, donde se crearía espacio para la empatía, la autoestima y el intercambio con el otro. Además de favorecer a la solución de la problemática de congestión de pacientes y disponibilidad horaria de especialistas de salud mental.

En el siguiente apartado, y dando respuesta a la primera¹⁷ pregunta de investigación planteada en este estudio, se propone una psicoterapia grupal desde el enfoque constructivista, que se encuentra validada para nuestra población de mujeres chilenas que presentan depresión moderada.

¹⁷ *¿Cuál tratamiento psicoterapéutico grupal se encuentra validado para nuestra población de mujeres chilenas que presenten depresión moderada?*

Propuesta de Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión y Algunos Lineamientos Adicionales

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 (Ver Anexo 3). El modelo está orientado a intervenir en los distintos niveles experienciales (interpersonal, conductual, cognitivo y emocional), está basada en la Metateoría Constructivista Cognitiva y en el modelo de Asertividad Generativa (Ver Anexo 4), 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).

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).

Este modelo de psicoterapia, fue validado por un grupo de expertos de la Universidad de Chile, en el marco de memoria para optar al título de Psicólogo de la misma Universidad por Curivil, P. & Carretero, M. (2007).

Considerando que en cuanto a su composición, las psicoterapias grupales tiene las siguientes características generales que permiten clasificar cualquier trabajo terapéutico grupal, independiente del marco teórico en el cual se desarrolle: tamaño, composición, grado de estructuración de las sesiones, estrategia terapéutica utilizada, número de terapeutas. (Montt & Villarroel, 2003).

Es que Curivil & Carretero orientan su estudio, tanto a hombres como mujeres entre 25 y 40 años, con educación 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, nivel socioeconómico medio, con tratamiento paralelo ya sea farmacológico o psicoterapéutico. Dirigido a una muestra de 12 pacientes aproximadamente.

Tomando en cuenta lo anterior y más específicamente que el grado de apertura puede ser, de grupos homogéneos (compartiendo al menos una característica: edad, sexo, nivel sociocultural, etc.) o heterogéneos, presentando diferentes características (Curivil & Carretero, 2007), así como también, que el modelo ha sido replicado en poblaciones de grupo etario y N distintos al mencionado, tal como en P. Arriagada, (2013), donde se utilizó un N de 4 y un grupo etario de pacientes entre 45 y 75 años.

Es que en el presente estudio, se considera su utilización en mujeres de entre 25 y 64 años, que es el grupo etario donde se concentra el mayor número de atenciones en los Centros de Salud Familiar de Viña del Mar, aún cuando, puede ser utilizado en distintos grupos etarios.

Se ajusta de forma específica a la sintomatología presente en la depresión, se abordan emociones importantes asociadas a este trastorno (tristeza, rabia) y se trabajan las cogniciones y las conductas que mantienen la Depresión, brindando al paciente las herramientas necesarias para facilitar un cambio.

Según los autores (Curivil, P. & Carretero, M. 2007), en este modelo de psicoterapia grupal, se busca que los pacientes se movilicen en el ámbito interpersonal, vivencien nuevos repertorios sociales, y generen una experiencia cognitiva distinta de la habitual en la depresión.

Cabe señalar, que esta propuesta teórica de psicoterapia grupal, se basa en el trabajo de Montt, D. & Villarroel, A. M., en su memoria "Modelo de psicoterapia grupal Constructivista cognitivo para Trastornos Alimentarios (2003)", y en el trabajo de Curivil, P. & Carretero, M. (2007), en su memoria "Modelo de Psicoterapia Grupal Breve Constructivista Cognitivo para Trastornos del ánimo, enfocado a Pacientes

Diagnosticados con Depresión (2007)". En cada una de ellas se aplica la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva a patologías distintas y diseñando un modelo específico para trastornos del ánimo.

Tal como se señaló anteriormente, el Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión está basado en la **metateoría constructivista cognitiva**, desarrollada por Yáñez, J. y cols. (2001). Esta metateoría provee de un marco teórico sólido para comprender los procesos subyacentes en el funcionamiento de los pacientes diagnosticados con depresión (unipolar); además de variados procedimientos psicoterapéuticos, que permitieron diseñar un modelo de psicoterapia, orientado a las necesidades específicas de los pacientes con esta patología.

En la construcción del modelo de psicoterapia grupal para trastornos del ánimo, se utilizan distintas técnicas, que provienen de diferentes teorías que (además) han coexistido y pertenecen a una metateoría integradora (Constructivista Cognitiva). Es así como en un mismo modelo psicoterapéutico es posible encontrar tanto técnicas cognitivas – conductuales (Ej. actividades agradables), como técnicas de auto-observación (Ej. Exploración experiencial) (Curivil & Carretero. 2007).

En cuanto a la validación de este modelo psicoterapéutico, se puede mencionar que, los evaluadores participaron voluntariamente, fueron seleccionados dentro de un grupo de psicoterapeutas con experiencia en psicoterapia constructivista cognitiva, con participación en instancias de psicoterapia grupal y abordaje clínico de la depresión.

Éstos, debían indicar la pertinencia o no pertinencia (juicio dicotómico) de cada una de las actividades psicoterapéuticas, es decir, señalar si el contenido y la forma en que se propone la actividad psicoterapéutica eran correctos para el logro del objetivo de la sesión. Además debían contestar una pregunta de carácter general para perfeccionar el modelo de psicoterapia grupal.

Por lo tanto, y en vista de los resultados del juicio que emitieron los expertos, que fue con el criterio de, 50% de los jueces más 1= validado. El **Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión, quedó validado a través del juicio de expertos.** (Curivil, P. & Carretero, M. 2007).

Las doce sesiones del modelo psicoterapéutico fueron diseñadas con el fin de lograr una coherencia interna, es así, como en las primeras sesiones se centra en los aspectos cognitivos para luego pasar a los conductuales y los emocionales.

Es importante tener en cuenta las características físicas de los centros de salud y la patología específica donde será aplicado el modelo psicoterapéutico, pues habrá que adaptar algunas indicaciones del modelo, a la infraestructura existente, a la disponibilidad de psicólogos, al número de pacientes con Depresión Moderada que respondan positivamente a la invitación y a las características de esta patología en particular.

Luego del término de las sesiones programadas en la psicoterapia grupal propuesta y a modo de seguimiento y auto ayuda de las pacientes, sería positivo implementar el modelo ecológico multifamiliar en las pacientes que hayan recibido el tratamiento psicoterapéutico sugerido.

Los grupos o clubes multifamiliares son lugares de encuentro de los pacientes, incluyendo parientes, amigos, vecinos, colegas de trabajo y otras personas cercanas, reunidos para analizar, discutir y encontrar las posibilidades de resolver sus dificultades y problemas. Las reuniones son periódicas y regulares, y tienen como objetivo desarrollar formas más convenientes de mejorar la calidad de vida de sus miembros (Corporación Municipal de Viña del Mar, 2012).

Para ello, debe realizarse una intervención grupal horizontal e interactiva, aprovechando la experiencia y empatía del grupo que ya adquirió las nuevas herramientas en el abordaje de la depresión, siendo los psicólogos terapeutas uno más dentro de la dinámica (abandonado el rol directivo), para conseguir una mayor cohesión del grupo y sentido de pertenencia al mismo. Si la experiencia evoluciona hacia la conformación y consolidación del grupo multifamiliar, será provechoso que en futuras etapas del mismo, se puedan incorporar a los familiares o redes cercanas de los participantes, con el objeto de compartir experiencias y de generar respeto y empatía por cada uno de sus miembros.

Este grupo de auto ayuda, aporta mayor beneficio, en una etapa en que los miembros del grupo hayan tenido un entrenamiento en el reconocimiento de sus

emociones. Si el grupo logra cohesión, pueden ir conformando sus propias reglas y estatutos, siendo siempre integrativos e inclusivos, pudiendo ser extensivos a futuros grupos que se vayan sumando luego de haber realizado el modelo de psicoterapia grupal propuesto.

Esta incorporación al finalizar el modelo propuesto, sería una forma de consolidar lo adquirido durante la psicoterapia grupal. Por tanto, la aplicación de esta última fase sería constructiva, pertinente y de fácil integración al modelo, así como también, un modo de evitar posibles episodios depresivos recurrentes.

Bases para la Aplicación del Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión (Yáñez & Vergara, 2007)

Metodología

- 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 este 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.
- 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 el 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 cálida 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 serán 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.

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 Minutos)

- *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 Minutos, aproximadamente)
- *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)

Algunas Consideraciones

Los contenidos desarrollados en las sesiones, se justifican desde: las investigaciones de Pérez, M. & García, J.M. (2001), que nos indican las técnicas terapéuticas con mejores resultados para el tratamiento de la depresión unipolar. Es importante mencionar que la duración del tratamiento psicoterapéutico se fundamenta en los trabajos de diferentes autores que indican tiempos similares de duración, usando diferentes técnicas orientadas al tratamiento de la depresión y mostrando la efectividad de una psicoterapia grupal breve. Es el caso de Lewinsohn & cols. (2001)

que desarrollaron un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente con depresión. Estos programas de trabajo cuentan con suficientes estudios controlados, para poder afirmar que están bien establecidos respecto al tratamiento de la depresión. (Pérez, M. & García, J. M., 2001).

Por otra parte, al ser un modelo intensivo, breve y económico facilita su aplicación dentro del área de la salud pública y se encuentra en concordancia con los planteamientos y nuevas políticas del Ministerio de Salud, en relación a la Depresión.

Se sugiere a los futuros aplicadores del modelo psicoterapéutico, trabajar con grupos homogéneos de pacientes con depresión, ya que está comprobado que es un modo eficaz de salvar obstáculos tales como: la intensidad del problema, las autocomparaciones negativas y los fenómenos de grupo no deseados.

Así también, se recomienda trabajar con un número de pacientes, no superior a un N=12, ya que se facilita una interacción interpersonal fluida y adecuada (Curivil & Carretero, 2007).

CONCLUSIONES

El presente estudio, surge como motivación para dar respuesta al problema existente en los Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar, en la que se corroboró la existencia de una congestión de pacientes en control psicológico con depresión moderada, producto de la falta de horas profesionales y de la ausencia de iniciativas que permitan mitigar esta situación.

A lo largo de esta investigación, se describió cómo se distribuía la demanda de atención de pacientes que presentan depresión moderada, a través del análisis estadístico realizado, los resultados obtenidos son concordantes con la bibliografía estudiada, en relación a la alta prevalencia de la patología, y a la mayor frecuencia de aparición en mujeres.

También quedó en evidencia, lo apropiado de plantear una iniciativa de tratamiento para la población diagnosticada con depresión, pues luego de la revisión realizada y de observar la falta de ésta, resulta clara la necesidad de optimizar los tratamientos para poder dar cobertura a la mayor cantidad posible de personas, pues la demanda por atención es alta y los recursos son limitados.

La revisión bibliográfica realizada, ha puesto de manifiesto la disponibilidad de las distintas terapias existentes para depresión, desde los distintos enfoques que tienen mostrada su eficacia y validez en esta patología, así como la importancia de la elección de la psicoterapia desde el enfoque constructivista y específicamente desde el modelo constructivista cognitivo, pues en éste último, se resalta como una característica importante la capacidad de flexibilidad y adaptabilidad, enfocadas a las necesidades y características únicas de los pacientes. Esto permite al terapeuta tener mayores posibilidades de acción durante la intervención psicoterapéutica, lo que aumenta las probabilidades de éxito terapéutico, como un buen vínculo, mayor adherencia e impacto.

Del mismo modo, la elección de la psicoterapia grupal como tratamiento para este grupo de pacientes diagnosticados con depresión moderada, cuenta con ciertos beneficios que favorecen tanto a las personas que presentan la patología como al sistema de salud. 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 & Carretero, 2007).

Además de lo anterior, cabe destacar, como fundamento de la elección de la psicoterapia grupal en esta investigación, uno de los principales aportes de esta psicoterapia, como es, que ofrece 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 coste económicos y una mayor cobertura (Echeburúa et al., 2000; Hollon et al., 2002; Sánchez et al., 2006; Jorquera y Guarch, 2006; Machado et al., 2010). Lo que entregaría una herramienta eficaz para solucionar la problemática de congestión de pacientes diagnosticados con depresión moderada, presente en los centros de salud de Viña del Mar. Por tanto, la utilización de psicoterapia grupal resulta ser eficaz y eficiente, tanto para los pacientes como para el sistema de salud.

En cuanto a las preguntas de investigación realizadas en este estudio, quedan ambas contestadas. La primera¹⁸ de ellas, con la presentación del “Modelo de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para Depresión (Yáñez & Vergara, 2007)” que se encuentra validado por un grupo de expertos de la Universidad de Chile. Y la segunda¹⁹, a través del análisis realizado en relación al aporte que significa la psicoterapia grupal para la problemática existente en los centros de salud de Viña del Mar y su demostrada eficiencia y eficacia.

El objetivo general de este estudio, también queda cabalmente logrado con la revisión realizada a lo largo de la investigación y la posterior propuesta del Modelo Psicoterapéutico Grupal, pues el modelo es flexible, en cuanto al grupo etario y al género, lo que lo hace perfectamente aplicable a mujeres entre 25 y 64 años que presentan depresión moderada.

¹⁸ *¿Cuál tratamiento psicoterapéutico grupal se encuentra validado para nuestra población de mujeres chilenas que presenten depresión moderada?*

¹⁹ *¿Ayudaría una intervención terapéutica grupal a mitigar estas problemáticas?*

En cuanto a los objetivos específicos, también estos fueron logrados, ya que, se llevó a cabo una revisión sobre la prevalencia de la depresión en el mundo, en Chile y en población específica, se describieron las características de la depresión moderada, las variables relacionadas con el género femenino, se expuso el modelo Constructivista y sus bases epistemológicas, se realizó una descripción de la psicoterapia grupal, sus beneficios y algunas experiencias de tratamientos en nuestro país, también se señaló la situación actual de los tratamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista, además de la descripción y validez del modelo propuesto.

Esta investigación aporta el levantamiento de datos estadísticos que dan cuenta de una problemática real que está ocurriendo en los centros de salud de Viña del Mar, entregando una herramienta actualizada, que permite dirigir la intervención hacia donde se esté presentando principalmente el problema.

La importancia y proyección de esta investigación está, en que pretende colaborar en el área de psicología clínica de adultos, específicamente en el tratamiento de la Depresión, desde una perspectiva constructivista cognitiva y de la entrega de una alternativa de psicoterapia grupal, para ser utilizada en los distintos centros de salud familiar de la Corporación Municipal de Viña del Mar, pues mejoraría la situación que existe actualmente y resolvería la problemática planteada por los equipos de salud mental, en cuanto a la percepción de congestión de pacientes en la patología estudiada, percepción que queda demostrada en el análisis estadístico, realizado en los centros de salud de la comuna.

Del mismo modo, la proyección de esta investigación se traduce en que su aplicación sería una gran oportunidad de registrar los resultados, pre y post aplicación del modelo, en una muestra importante de la población registrada en atención primaria de salud (APS) en Viña del Mar. Este registro, permitiría contar con la información sistematizada de los resultados de la aplicación del modelo, lo que podría convertirse en una gran investigación empírica, generando un gran aporte a la psicología en general, a la patología en particular, así como también, al sistema de salud.

Otra de las soluciones que aporta la aplicación de este modelo, es que contribuye a la entrega de una atención de calidad para los pacientes, disminuyendo la desconfianza en el sistema y dignificando a los pacientes.

También, se pueden optimizar los recursos humanos (horas profesionales disponibles), con esto se conseguiría englobar a más pacientes, permitiendo reducir costos económicos.

Del mismo modo, la incorporación de un grupo de auto ayuda que surja desde el tratamiento psicoterapéutico sería un gran aporte para poder mantener a largo plazo los resultados positivos de la terapia y evitar de este modo, posibles recaídas.

Se espera y se sugiere que en un futuro, se realice una validación empírica, desde su aplicación en los pacientes diagnosticados con depresión moderada (población específica), trabajándose con un diseño de investigación de orientación experimental, ya que sería un gran aporte clínico contar con mayor validación de este modelo que permitiría sistematizar la psicoterapia grupal e ir mejorando y reafirmando dicho modelo psicoterapéutico, pues entregaría una gran herramienta de tratamiento a nivel país.

En cuanto a la implementación de este modelo psicoterapéutico, se debe tener en consideración, cierta flexibilidad, en los aspectos referidos al lugar físico donde realizar las sesiones, pues la realidad existente en la mayoría de los centros de salud familiar, no permite llevar a cabo el tratamiento de psicoterapia, tal como se menciona en el modelo.

Asimismo, respecto del compromiso de asistencia y a la grabación de las sesiones, se sugiere utilizar un consentimiento informado para la protección del paciente y sus datos, siguiendo los lineamientos de la nueva ley de derechos y deberes del paciente.

Finalmente, junto con todo lo anteriormente expuesto, se concluye la importancia de que los tratamientos de psicoterapia grupal tengan un carácter de aplicación formal y no solo sugerido dentro de la guía clínica del Ministerio de Salud, pues sería una forma acertada de avanzar en mejorar el flujo de pacientes, minimizando los actuales resultados, en cuanto a la cantidad de pacientes que demandan atención psicológica en el sistema.

REFERENCIAS

Almendras, Ivette. (2002). *Método EBE, Estrategias de "Bien-Estar"*. Ediciones del Milenio. Montevideo, Uruguay.

Antonuccio, D., Akins, W. T., Chatham, P. M., Monagin, J. A., Tearnan, B. H. & Ziegler, B. L. (1984). *An exploratory study: the psychoeducational group treatment of drug-refractory unipolar depression*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, volume 15, 4, págs. 309 - 313.

Areán, P. (2000). *Terapia de Solución de Problemas para la Depresión: Teoría, Investigación y Aplicaciones*. Psicología Conductual. Volumen 8, Nº 3, págs. 547 – 559. University of California at San Francisco. Estados Unidos.

Areán, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F. & Joseph, T. X. (1993). *Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatment for depression in older adults*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, volume 61, págs. 1003 - 1010.

Arriagada, P. (2013). *Visiones Subjetivas sobre la Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitiva para Depresión: una construcción desde sus participantes*. Memoria para optar al título de Psicóloga. Universidad de Chile. Chile.

Beach, S. R. & O'Leary, K. D. (1992). *Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy*. Behavior Therapy, volume 23, págs. 507 – 528.

Beach, S. R. H., ed., (2001), *Marital and family processes in depression. A scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: APA.

Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Ed. Desclee de Brouwer. España

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979/1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.

Becoña, E. & Lorenzo, M. C. (2001). *Evaluación de los tratamientos eficaces para el trastorno bipolar*. *Psicothema*, 13,543-554.

Best Practice (1999), volumen 3, págs.1-6 ISSN 1329-1874. Recuperado de internet el 24/06/2013.

http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1999_3_2_TERAPIADEPRESION.pdf

Bower, P; Rowland, N; Mellor Clark, J; Heywood, P; Godfrey, C; Hardy, R. (2005). *Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care [Review]*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Copyright 2005, The Cochrane Collaboration Volume (3).

Brown, R. A. & Lewinsohn, P. M. (1979). *Coping With Depression work - book*. Eugene, OR: University of Oregon.

Brown, R. A. & Lewinsohn, P. M. (1984). *A psychoeducational approach to the treatment of depression: comparison of group, individual and minimal contact procedures*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volumen 52, págs. 774 - 783.

Corporación Municipal de Viña del Mar. (2012). Taller Ecológico Multifamiliar. Área Salud Mental. Viña del Mar.

Cova, F. (2005). *Una Perspectiva Evolutiva de las Diferencias de Género en la Presencia de Trastornos Depresivos*. *Terapia psicológica*, vol. 23, nº. 1, págs. 49-58. Ed. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Chile.

Cuijpers, P. (1998). *A Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: a meta-analysys of Lewinsohn's Coping With Depression Course*. *Behavior Therapy*, 29: 521-533.

Cumsille, P. & Martínez, M. (1997). *Síntomas de Depresión en Estudiantes de Enseñanza Media de Santiago*. Volumen 68, nº 2, págs. 74-77. *Revista Chilena de Pediatría*. Santiago. Chile.

Curivil & Carretero. (2007). *Modelo de Psicoterapia Grupal Breve Constructivista Cognitiva para Trastornos del Ánimo, enfocado a Pacientes Diagnosticados con Depresión*. Memoria para optar a título de psicólogo. Universidad de Chile. Santiago de Chile. Chile.

Díaz, F. & Hernández, G. (2002). *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Una interpretación constructivista*. 2ª edición. México. Ed. Mc Graw Hill.

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.

Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W. & Autry, J. H. (1985). *NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: background and research plan*. *Archives of General Psychiatry*, volume 42, págs. 305 - 316.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. *Archives of General Psychiatry*, volume 46, págs. 971 - 982.

Feixas G, Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. 3ª edición. Bilbao. España. Ed. Desclée de Brouwer.

Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fuchs, C. Z. & Rehm, L. P. (1977). *A self-control behavior therapy program for depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volume 45, págs. 206 - 215.

Fundación Salutia. Centro de Investigación en Economía, Gestión y Tecnologías de Salud. (2012). *La Carga de Enfermedad: Conceptos e Importancia*. Recuperado de internet el 20/08/2013. <http://www.salutia.org/2011-09-08-14-48-20/documentos-analisis/111-la-carga-de-enfermedad-conceptos-e-importancia>

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2006). *Tratamiento de Personas con Depresión*.

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2008). *Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible*.

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2009). Guía Clínica. *Tratamiento de Personas con Depresión*. (<http://www.minsal.gob.cl>)

Gómez-Peresmitré, G. & Reidl, L. (2000). *Metodología de Investigación en Ciencias Sociales*. México. Ed. U.N.AM.

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.

Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. (2006). *Prevalencia de los Trastornos Mentales y Factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-^b*. Medicina Clínica, volumen 126, Issue 12, págs. 445–451. España.

Heerlein A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. Revista Chilena de neuropsiquiatría. Volumen 40, suplemento 1. Chile.

Heerlein, A. (2000). *Psiquiatría Clínica*. Ediciones de la sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Chile.

Heerlein, A. (1999). *Psiquiatría clínica*. Ediciones de la Sociedad de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago.

Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. *Metodología de la Investigación*. 2006. México. Ed. McGraw-Hill.

Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M. & Thase, M. E. (1984). *Effects of Social Skill Training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women.* *Behavior Therapy*, volumen 1, págs. 21- 40.

Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M. & Tilson, M. (1988). *Group treatment of depression: individual predictors of outcome.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volume 56, 3, págs. 393 - 398.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M. & Tuason, V. B. (1992). *Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination.* *Archives of General Psychiatry*, volumen 49, págs. 774 – 781.

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

Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E. Schmalings, K. B. & Salusky, S. (1991). *Marital therapy as a treatment for depression.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volumen 59, págs. 547 - 557.

Jadresic, E. (2005). *La Atención Pública y Privada de la Enfermedad Depresiva.* *Gaceta Universitaria*, volumen 1, págs. 237 - 239.

Jadresic, E., Jara, C., Miranda, M., Arrau, B., Araya, R. (1992). *Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres.* *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, volumen 30, n°2, págs. 99 - 106. Chile.

Jadresic.E. (2004). *Depresión Post Parto.* *Revista Biomédica Revisada por Pares, Medwave.* Recuperado a partir de: Medwave 2004 Dic; 4(9):e1922 doi: 10.5867/medwave.2004.09.1922. Santiago de Chile. Chile.

Jorquera, A. y Guarch, J. (2006). *Tratando trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos.* Madrid: Pirámide

Kessler, RC., Mc Gonagole KA., Zhao, SN., Nelson, CB., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, HU., Kendler, KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, volume 51, págs. 8-19.

Kaplan, H., Sadock, B., Grebb, J. (1996). *Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Ed. Médica Panamericana.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. s. c.: Basic Books.

Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T. & Hollon, S. D. (1981). *Depressed outpatients treated with cognitive therapy or phramacotherapy: a oneyear follow-up*. *Archives of General Psychiatry*, volume 38, págs. 33 - 39.

Lemus, V. & Yáñez, N. (1986). *Estudio descriptivo-comparativo de la sintomatología neurótica depresiva-angustiosa del pre y post parto en mujeres primíparas*. Doctoral dissertation, Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile. Chile.

Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). *Behavioral theory and treatment of depression*. En *Handbook depression*, págs. 352 - 375. Nueva York: Guilford E. E. Beckham & W. R. Leber, eds.

Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J., Antonuccio, D. O. & Teri, L. (1985). *A behavioral group therapy approach to the treatment of depression*. En D. Upper & S. M. Ross, eds., *Handbook of behavioral group therapy* (pp. 303-329). Nueva York: Plenum.

Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L. & Teri, L. (1984). *The Coping With Depression course: a psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia.

Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. & Zeiss, A. M. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Luby, J. L. (1995/1999). *Terapia de grupo*. En I. D. Glick, ed., *Tratamiento de la depresión*, págs. 153 - 182. Barcelona: Gránica.

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. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. USA, Ed. Basicbooks.

Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.

Mahoney, M. y Neimeyer. R. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Mathers, C., Fat, DM., Boerma, J. T. (2004). *The global burden of disease: (2004) update [Internet]. World Health Organization; 2008 [citado 26 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=xrYYZ6Jcfv0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=%22and+Research+Cluster+of+WHO.+The+2004+update+of+the+Global+burden+of+disease+was%22+%22out+by+Colin+Mathers+and+Doris+Ma+Fat,+in+collaboration+with+other+WHO+staff,+WHO%22+&ots=t9Xw5k84uh&sig=66LiWZXJhvZi3-3t8DWzrdEFhY>*

Matud, M., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). *Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión*. Universidad de La Laguna, Tenerife. España.

McLean, P. D. & Hakstian, A. R. (1979). *Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volume 47, págs. 818 - 836.

Ministerio de Salud (2006). *Tratamiento de Personas con Depresión.2006*.

Ministerio de Salud. (2001). *Intervención grupal para el tratamiento de la depresión.* 2001.

Ministerio de Salud. (2007). *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible.* Santiago: MINSAL; 2007.

Ministerio de Salud. (2009). *Guía Clínica para el Tratamiento de Personas de 15 años y mas con Depresión.* MINSAL.

Ministerio de Salud. (2011). *Informe Encuesta Nacional de Salud, ENS 2009-2011.* Santiago: MINSAL; 2011.

Montt, D. & Villarroel, A. M. (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. Chile.

Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D. & garfinkel, R. (1999). *Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents.* Archives of General Psychiatry, volume 56, págs. 573 – 579.

Neimeyer, G. y Neimeyer, R. (1996). *Definición de los límites de la evaluación constructivista.* En Neimeyer, G. (Comp.). Evaluación constructivista, págs.11-37. Barcelona: Paidós

Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia.* Ed. Paidós. España.

Neimeyer, R. (1998). *Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras.* En Mahoney, M. y Neimeyer. R. (Eds.). Constructivismo en psicoterapia, págs. 29-57. Barcelona: Paidós

Nezu, A. M. & Perri, M. G. (1989). *Social problem-solving therapy for unipolar depression: an initial dismantling investigation*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57: 408-413.

Nezu, A. M. (1986). *Afficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, volume 54, págs. 196 – 202.

Nezu, A. M. (1987). *A problem-solving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model*. Clinical Psychology Review, volumen 7, págs, 121 – 144.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.

Organización Mundial de la Salud y Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2007). *Informe Who-Aimssobre Sistema de Salud Mental en Chile*. Versión Española. Santiago, Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2001) *Informe Sobre la Salud en el Mundo. 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *La Depresión*. Centro de Prensa, Nota descriptiva N°369. Recuperado el 19/08/2013 a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). (Trabajo original publicado en 1994, Ginebra).

Pemjeam, A. & Rojas I. (2006). *Atención de personas con depresión en el Auge*. Gaceta Universitaria, volumen 2, págs. 244 - 246.

Pérez, M & García, J. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*. Universidad de Oviedo y Universidad de Almería. Psicothema, volumen 13, nº 3, págs. 493-510. España.

Peterson, A. L. & Halstead, T. S. (1998). *Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: a clinical replication series*. Behavior Therapy, volume 29, págs. 3 -18.

Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). *Gender differences in depression: Critical review*. The British Journal of Psychiatry. Volumen 177, págs. 486 - 492.

Porras, X., Ubeda, C., & Pasmíño, H. (2009). *Experiencia de taller de crecimiento y desarrollo familiar, diseñado para el trabajo con mujeres con diagnósticos de trastorno emocional y depresión*. Revista Chilena De Terapia Ocupacional, 0(3). Consultado el 22 de septiembre de 2013, de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/154/134>

Prince, S. E. & Jacobson, N. S. (1995). *Couple and family therapy for depression*. En *Handbook of depression*, págs. 404-424. Nueva York: Guilford. E. E. Beckham & W. R. Leber, eds.

Rehm, L. P. (1977). *A self-control model of depression*. Behavior Therapy, volumen 8, págs. 787 - 804.

Rehm, L. P., Fuchs, C. Z., Roth, D. M., Kornblith, S. J. & Romano, J. M. (1979). *A comparison of self-control and assertion skills treatment of depression*. Behavior Therapy, volume 10, págs. 429 - 442.

Rehm, L. P., Kaslow, N. J. & Rabin, A. S. (1987). *Cognitive and behavioral targets in a self-control therapy for depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, volume 55; 1, págs. 60 – 6.

Reyes, P. (2012) *Análisis Estadístico de los Egresos de Pacientes Diagnosticados con Depresión Moderada en Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar. 1012.* No Publicado.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. & Hollon, S. D. (1977). *Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients.* Cognitive Therapy and Research, volume 1, págs. 17 - 37.

Sacco, W. P. & Beck, A. T. (1995). *Cognitive theory and therapy., Handbook depression* págs. 329 - 351. Nueva York: Guilford. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds.

Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva.* Barcelona, España, Editorial Paidós.

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.

Schramn, E. (1996/1998). *Psicoterapia interpersonal.* Barcelona: Masson.

Secretaría de Salud. (2006). *Manual sobre Consejería.* México.

Silva, M. (2011). *Impacto de una Intervención Psicoterapéutica Grupal Basada en un Enfoque Constructivista Cognitivo en Reducción de Sintomatología en pacientes diagnosticados con depresión moderada a grave en la atención secundaria.* Tesis para optar a Magister en Psicología Clínica de Adultos Mención Constructivista Cognitivo. Universidad de Chile. Santiago de Chile. Chile.

Smith DJ, Kyle S, Forty L, Cooper C, Walters J, Russell E, et al. (2008). *Differences in Depressive Symptom Profile between Males and Females.* Journal of Affective Disorders. Volumen108, págs. 279-284.

Spiegel, D. (1994). *Health caring. Psychosocial support for patients with cancer.* *Cancer*, 74: 4 Suppl: 1453-7.

Spiegel, D. (1995). *Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients.* *Support Care Cancer*, 3:252-6.

Vallejo, J. (2000b). *Tratamientos clásicos de la depresión.* En J. Vallejo & C. Gastó, eds., *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 518-543). Barcelona: Masson

Vallejo, M. (1998). *Manual de Terapia de Conducta.* Volumen I. Ed. Dykinson. Madrid. España.

Vicente, B., Kohn, R. & Rioseco, P. (2004). *Population Prevalence of Psychiatric Disorders in Chile: 6-month and 1-month rates.* *The British Journal of Psychiatry*, 184. <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/184/4/299>

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., Torres, S. (2002). *Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPD).* *Revista Médica de Chile.* Volumen130, n°5, Santiago de Chile. Chile.

Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Dimascio, A., Goklaney, M. & Klerman, G. L. (1979). *Efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of depressive episodes.* *American Journal of Psychiatry*, volumen 136; 4B, págs. 555 - 558.

Whisman, M. A. (2001). *The association between depression and marital dissatisfaction.* En S. R. H. Beach, ed., *Marital and family processes in depression. A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24). Washington, DC: APA.

Wolpe, J. (1997). *Thirty years of behavior therapy.* *Behavior Therapy*, volume 28, págs. 633-635.

Yáñez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases Conceptuales para una Psicoterapia Breve Basada en la Evidencia.* Tesis doctoral, Universidad de Chile. Santiago de Chile. Chile.

Yáñez, J. *Constructivismo Cognitivo*. Apunte de circulación restringida para uso académico.

Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Künhe, W., Leiva, V., Vergara, P. (2001). *Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia*. Revista de Psicología. Volumen 10, n° 001, págs. 97 - 110. Universidad de Chile. Santiago de Chile. Chile.

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE AUTOCUIDADO

Recuérdelo a su familia y amistades que:

- ▶ La Depresión no es una "debilidad del carácter" o "falta de voluntad" ni menos "flojera". 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 si 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 olvidar, 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: _____
 Solitario del Consultorio: _____
 Médico tratante: _____



GOBIERNO CHILENO
MINISTERIO DE SALUD

DISAP DIVAP
Unidad de Salud Mental Depto. Modelo de Atención

¿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, indeciso(a), desesperanzado(a), y a veces pensamientos de que no vale lo que se vive.
- ▶ **El ánimo:** desganado, 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.

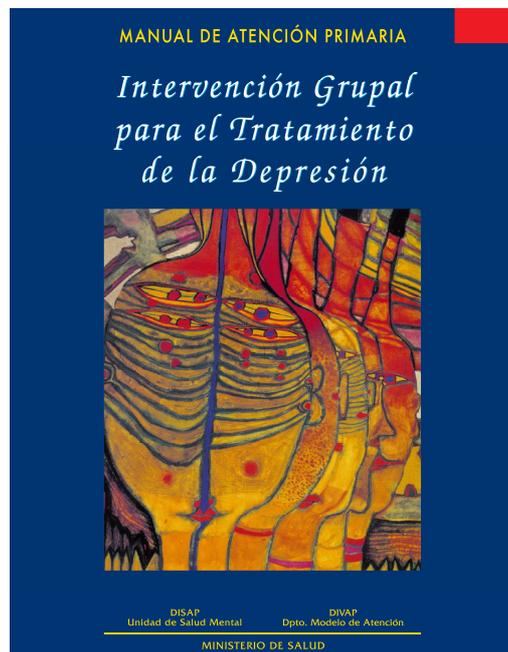
La Depresión se mejora con el tratamiento

- ▶ **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.

ANEXO 2

INTERVENCIÓN GRUPAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN



INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Sesión 1

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN ?

«ES UNA ENFERMEDAD MUY FRECUENTE QUE TIENE TRATAMIENTO»

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS?

- . HEREDAMOS GENES
- . CAMBIOS QUÍMICOS EN EL CEREBRO
- . CRISIS VITALES (DUELOS Y PERDIDAS)
- . PROBLEMAS FAMILIARES, ECONÓMICOS Y LABORALES

¿CÓMO NOS AFECTA ?

1.- SINTOMAS FÍSICOS :

- . CANSANCIO
- . DUERMO MAL, DUERMO MUY POCO
- . ME DESPIERTO MUY TEMPRANO
- . NO TENGO APETITO, ADELGAZE VARIOS KILOS
- . COMO MUCHO
- . DOLOR AL PECHO, ESPALDA, PIERNAS, ETC.
- . NO SIENTO GUSTO POR LAS COMIDAS.

2.- AFECTA LAS EMOCIONES

- . LLANTO FACIL O DESEOS DE LLORAR
- . PENA, TRISTEZA
- . IRRITABILIDAD
- . DESINTERÉS POR TODO
- . FALTA DE INTERÉS PARA ASISTIR A REUNIONES SOCIALES
- . «NADA ME HACE FELIZ»
- . «NADA ME ENTUSIASMA»
- . «AMANEZCO CON RABIA»
- . «NO DISFRUTO EN NINGÚN LADO»

3.- AFECTA LOS PENSAMIENTOS

- . «TODO LO QUE PASA ES CULPA MÍA»
- . «NO PUEDO CONCENTRARME»
- . «ME SIENTO INÚTIL», «NO VALGO NADA»
- . «VEO TODO NEGRO»
- . SENSACIÓN DE FRACASO
- . PENSAMIENTOS PESIMISTAS
- . «ME FALLA LA MEMORIA»
- . «TODOS LOS PROBLEMAS SE VEN GRANDES Y SIN SOLUCIÓN»

2

4.- AFECTA NUESTRA CONDUCTA

- . SIN DESEOS DE HACER LAS COSAS
- . MAS LENTO PARA HACER LAS COSAS Y
- . ME SIGNIFICA MUCHO ESFUERZO
- . NO DESEO COMPAÑÍA, 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 SIEMPRE HE HECHO»

¿CÓMO PODEMOS COMBATIRLA?

- . CON TRATAMIENTO MÉDICO y/o PSICOLÓGICO
- . MANTENIÉNDONOS ACTIVOS

3

REGLAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO

Llegue a tiempo!

Venga cada semana! Ud. asume un compromiso con el grupo.

Sea constructivo en sus intervenciones. Evite la crítica negativa. Ayúdese mutuamente a encontrarle el lado positivo a las cosas.

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 tareas estarán más interesados en participar ellas también.

Lo que se habla en el grupo es confidencial. Por favor no comente con nadie las cosas 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 robe el micrófono. Recuerde que pueden haber otras personas que quieren hablar también.

Ayude a otros miembros a participar. Si alguien le ha comentado algo importante, pero no ha hablado oliente a esa persona a participar.

Escuche atentamente a los otros miembros

Este abierto al punto de vista de otras personas.

Participe en la discusión

Cuente sus sentimientos, pensamientos, frustraciones e ideas. Recuerde que son pocos los lugares donde Ud. podrá hacer esto.

4

SESIÓN 1

TAREA

1. Últimamente he tenido los siguientes síntomas de Depresión:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Escribe aquí sus síntomas

Áreas en que se ha visto afectada (subraye lo que corresponda)

Ejemplo:

ganas de llorar Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

_____ Cuerpo - Emociones - Pensamiento - Conducta

5

Últimamente he tenido los siguientes pensamientos

| | |
|---|---|
|  Positivos |  Negativos |
| 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ |

Estos pensamientos han estado acompañados de las siguientes conductas

| | |
|------------|------------|
| • 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

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 vecinas
- 2.- CON ACTIVIDADES RECREATIVAS
 - leyendo
 - viendo televisión
 - saliendo a vitrinear
 - haciendo un curso (cocina - jardín - pintura - tejido etc.).
 - salir a correr, hacer gimnasia.
- 3.- CON ACTIVIDADES EN MI HOGAR
 - Tareas domésticas que me agradan
 - jardinear
 - pintar un cuadro, un mueble, etc.
 - hacer un postre diferente
 - tener una mascota y preocuparme yo de ella.

10

Las Actividades que en el Pasado me ayudaron a sentirme mejor fueron:

| | Actividad antigua | Actividad nueva |
|-----------------|-------------------|-----------------|
| ¿qué actividad? | | |

¿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

escribalo aqui: Dividalo en partes

Elija uno de los ● y defina un objetivo

● _____ ◎ _____

14

Enumerar soluciones para alcanzar el objetivo



Elija una solución y rellene la secuencia

Solución

●

Problema

◎

Objetivo

15

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Sesión 4

¿CÓMO ME PUEDO AYUDAR YO FRENTE A LA DEPRESIÓN?

RESOLVIENDO MIS PROBLEMAS.

CUANDO TENEMOS DEPRESIÓN, LOS PROBLEMAS NOS PARECEN MÁS GRANDES Y MAS 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.

DEFINIENDO 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 DEPREMIDA PREDOMINAN MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

¿CUÁLES PODRÍAN SER EJEMPLOS DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS?

Yo tengo toda la culpa
No sirvo 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.- DARMÉ CUENTA CUÁLES SON MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS.

2.- ANALIZAR COMO PUEDO DESHACERME DE ELLOS:

- Parándolos
- Analizándolos (viendo si son razonables o no)
- Cambiando de tema
- Tratándolos como si fueran ajenos

17

TAREA SESIÓN 5

Con el fin de sistematizar el plan de intervención de resistencia mental para la próxima sesión, les voy a presentar unas preguntas para que las respondáis con calma, pues la información que pueda recogerse le será de mucho valor. Esta información le servirá sólo a usted. No hay respuestas correctas ni erróneas. Lo que a otra persona le sirva puede que a usted no le sea de utilidad.

A. PREGUNTAS PARA EL PLAN DE AUTOCUIDADO

En esta sección se anotarán 5 ó 6 actividades para «luchar» contra la depresión. Las actividades que se registren deberán ser lo más realistas posibles, es decir, que realmente se puedan realizar. Mientras más concretas sean las actividades, mejor.

- A.1 ¿Qué actividades cotidianas de estos días (ejemplos: pagar cuentas, el taco de la mañana, planchar)
- A.2 ¿Qué actividades me han servido mejor para combatir mi ánimo bajo y permitirme desconectarme? (ejemplo: darme baños tibios, salir a caminar, limpiar la casa por sectores y no todo de una vez)
- A.3 ¿Cuál de estas cosas puedo hacer diariamente o por lo menos semanalmente?
- A.4 ¿Qué trucos son los que más me han ayudado a apartar mis pensamientos negativos? (Ejemplo: imaginarme a alguien diciéndome lo que me dicen mis pensamientos)
- A.5 ¿Cuál de estos trucos puedo usar diariamente?
- A.6 ¿Qué trucos me han ayudado mejor para cambiar o interrumpir 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 ¿Cuál de ellos puedo utilizar a diario?
- A.8 ¿Qué me ayuda a realizar la planificación?
- A.9 ¿Cómo puedo acordarme diariamente o semanalmente de estas cosas? (Ejemplo: escribiendo las actividades placenteras en mi 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 corrientes en nuestras vidas nos pueden poner débiles o hacer caer nuevamente en una depresión. Estas pueden ser:

- Problemas de salud
- Un nuevo trabajo o asumir más responsabilidades en él
- Problemas emocionales o conflictos con los niños
- Cambiar de casa
- Problemas económicos, cesantía
- Separación o viudez
- Que le suceda alguna de estas cosas a un ser querido

- B.1 ¿Qué situaciones o problemas que me pongan en riesgo puedo predecir? (Ejemplo: en dos meses más tengo hora para que me operen de vesícula)
- B.2 ¿Qué soluciones puedo ir preparando antes de que esto me suceda? (Ejemplo: hablaré con una vecina que lleva a sus hijos a la misma escuela y le preguntaré si ella puede llevar a los míos también)

19

B.3 En aquellos problemas o situaciones que no puedo prevenir, ¿Cómo afectarán mi conducta y pensamientos?
(Ejemplo: los días de lluvia no tengo deseos de salir a buscar a los niños a la escuela, se vuelven solos y por eso me siento muy culpable)

B.4 ¿Cómo puedo reaccionar de otra forma?
(Ejemplo: lo diré en esos días a alguna amiga que vayamos juntas a hacer cosas y conversamos por el camino)

C. PREGUNTAS PARA EL PLAN DE AUTOOBSERVACIÓN
Es muy importante reconocer los primeros síntomas de la depresión. En general esto es muy personal, cambia de persona a persona. Estos pueden ser: comenzar a dormir mal, o empezar a disfrutar con el caso de la feria, etc. Muchas veces los familiares directos son los primeros en detectar estos cambios, frente a ellos habrá que empezar a observar si aparecen otros síntomas o sólo se trata de algo pasajero.

C.1 ¿Cuáles son mis primeras señales de depresión?

C.2 ¿Qué métodos me sirven para poder observar mis síntomas?
(Ejemplo: anotar en mi 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 métodos es el que más me sirve y puedo utilizar?

C.4 ¿En qué momento me acordaré de revisar estos síntomas?
(Ejemplo: todos los días al desayuno, los domingos antes de ver las noticias en la TV)

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 esas, 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 reforzar?

**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 ocurran serán los siguientes:

22

PLAN DE EMERGENCIA

Debo estar alerta cuando empiece 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

sesión 6

La depresión es: una enfermedad que tiene tratamiento y riesgo de recaída.

¿CÓMO PUEDO EVITAR UNA RECAÍDA?

Los cambios que debo hacer: llevarlos a cabo uno a uno.
Recordar que peleo a peleo se llega arriba.

- Reconocer que soy capaz de obtener logros
- 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.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DE DETECCIÓN,
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN EN
ATENCIÓN PRIMARIA

ANEXO 3

TALLER DE PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO PARA DEPRESIÓN

Dr. Juan Yáñez Montecinos²⁰

Mag. Paula Vergara Henríquez²¹

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 este 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

²⁰ Dr. Juan Yáñez Montecinos: Profesor Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad de Chile.

²¹ Mag. Paula Vergara Henríquez: Profesora Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

modificar actividades terapéuticas en función de las necesidades detectadas y las características propias del grupo.

- 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 el Compromiso de asistencia y puntualidad. Hacer un contrato de participación, de esta manera se promueve la responsabilidad personal por el cambio.
- I 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 cálida 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 serán 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 Minutos)
- 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 Minutos, aproximadamente)
- 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 Nº 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 sí 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 debe estar 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 ira 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? 186
- ¿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?
- ¿Qué 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? 187

Debe quedar registrada 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 | de de 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, tempos y emocionalidad de los otros.
- Cierre.

SESION N° 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 N° 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 perdida, en términos de: angustia, amenazas y fantasías del cierre del taller
- Cierre: Entrega de bitácora, despedida entre “socios”, despedida del taller.

ANEXO 4

TEORÍA COGNITIVA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES: ASERTIVIDAD GENERATIVA

Juan Yáñez Montecinos²²

2002

INTRODUCCIÓN

Los logros de la civilización actual, son principalmente el resultado de la compleja y frenética actividad de la red de relaciones interpersonales que 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, está el origen de la incommensurable 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

²² Dr. Juan Yáñez Montecinos: Profesor Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas – Universidad de Chile.

frecuencia, en las cuales estamos involucrados y sobre las que tenemos un substancial grado de 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 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 sí 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 involucradas 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 paradigmático²³ 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

²³ *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.

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 está cierto de que está realizando un acto en beneficio de consecución de un fin concreto. Por ejemplo cuando solicito ayuda para satisfacer una 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, 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 suprasegmentales²⁴ 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.

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.

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

²⁴ *Por elementos suprasegmentales se entienden aquellas condiciones adjuntas a la expresión verbal y que, por sí mismas, son capaces de aumentar la fuerza elocutiva. A saber: tono, timbre, pausas, entonaciones, silencios.*

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 Apropiado*: 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.