



Interdisciplinaria

ISSN: 0325-8203

interdisciplinaria@fibercorp.com.ar

Centro Interamericano de Investigaciones

Psicológicas y Ciencias Afines

Argentina

Franchi, Silvia

La depresión en el hombre

Interdisciplinaria, vol. 18, núm. 2, 2001, pp. 135-154

Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011325002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA DEPRESION EN EL HOMBRE

Silvia **Franchi** *

Resumen

Las investigaciones sugieren que el porcentaje de depresión en la mujer supera en número al del hombre en una proporción de dos a uno. Sin embargo, si se analiza el grupo etáreo juvenil y adolescente, en el mismo los varones duplican a las mujeres (Mc Grath, Puryear, Strickland & Russo, 1990). Además, algunos estudios exploratorios realizados en Estados Unidos (Cochran, 1999; Cochran & Rabinowitz, 1996; Pollack, Garbarino, Kindlon & Thompson, 1999) encontraron que en los casos de *depresión mayor* dicho porcentaje fue similar en ambos géneros, aunque sus factores disparadores fueron diferentes en el hombre y en la mujer, vale decir que los síntomas fueron los mismos, pero diferentes en su naturaleza. Se supone entonces, que los factores socio-culturales referidos al género masculino han de tener una fuerte influencia en el desencadenamiento de la depresión en los varones.

En este trabajo se presenta una evaluación de las variables culturales, creencias y expectativas referidas a los varones, desde las primeras etapas de crecimiento, pasando por la adolescencia, para luego analizar los factores en la adultez. Se hace hincapié en la depresión en varones jóvenes, dadas las veladas formas de presentación en esta etapa, así como los factores de riesgo que inciden en la predisposición y desencadenamiento de la depresión. Se exponen algunas creencias, tales como los valores de triunfar en la vida, demostrar fortaleza, autosuficiencia y confiabilidad, creencias relacionadas con el coraje de enfrentar el peligro, mostrar agresividad, poder, control y dominio en los comportamientos y actitudes; y el sis-

* Doctora en Psicología. Docente del Curso de Postgrado Psicoterapias Cognitivas e Integrativas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata (Buenos Aires) y Profesora Titular del módulo Psicoterapia Cognitiva Integrativa de la Cátedra de Métodos y Técnicas Psicoterapéuticas de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador (Buenos Aires). Bulnes 1674, 3er. Piso 'B' (1425) Buenos Aires - Argentina.

La autora agradece la colaboración de la Sra. María Agustina Denis de Valenzuela en la corrección del texto.

tema de valores que inhibe a los hombres de mostrar sus afectos abiertamente.

Finalmente, se proponen las alternativas terapéuticas desde el punto de vista de la Psicoterapia Cognitiva Integrativa, a fin de realizar un aporte en el que se incluyan las implicancias de los factores culturales en la psicoterapia. Se proponen también los elementos a considerar en la evaluación terapéutica, como el reconocimiento de los comportamientos masculinos y las limitaciones con que se confronta el hombre en nuestros días, así como un conjunto de estrategias terapéuticas basadas en el paradigma cognitivo comportamental (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Palabras clave: Depresión mayor - género masculino - factores socio-culturales - pérdidas - creencias - Psicoterapia Cognitiva Integrativa.

Abstract

Research has suggested that women's risk for depression exceeds that of men by two to one (Mc Grath, Puryear, Strickland & Russo, 1990). However, some exploratory studies developed in the United States (Cochran, 1999; Pollack, Garbarino, Kindlon, & Thompson, 1999), revealed that the rate of *Major Depression* was similar in both genders, although precipitating factors were different in women and men; the course of depressive disorders was similar to women's, but different in nature. Socio-cultural issues related to males might have, then, a strong influence in the precipitation of depression in men.

Preliminary observations derived from the evaluation of men and depression through questionnaires and self reports (Cochran, 1999), pointed out that there was comorbidity.

Research has suggested that women's risk for depression exceeds that of men by two to one (Mc Grath, Puryear, Strickland, & Russo, 1990), however and between depression and drug and alcohol abuse in men. Masked depression, response style differences and cultural conditioning were some of the sex differences. Narcissistic personality was found to be highly related to depression in male out-patients. Features like competence,

excellence and the belief of being *unique* were present in most depressed men (Golomb, Fava, Abraham & Rosembaum, 1995); irrational expectations, lack of empathy and arrogant attitudes were also present. Paradoxically, narcissistic constructs are based on culturally accepted male behaviors.

Triggers of depression in men were also found, especially those related to their social role. Increasing doubts about expectancies, life events, adjustment to change, cultural modelling, family responsibilities, interpersonal demands, and expectations regarding their functioning triggered their sense of Self and interpersonal domain.

An evaluation of cultural variables will be proposed, as well as beliefs and expectations related to men, from early stages, going through adolescence, up to the analysis of adulthood variables. Depression in male adolescents will be emphasized, given the veiled ways in which it appears during this stage. Risk factors will be analyzed, given its importance in the predisposition and precipitation of depression. Several beliefs will be described, like the importance of success, of showing a strong, self-sufficient and reliable image; beliefs related to the courage to cope with dangerous situations, showing hostility, power, control, and domain in behaviors and attitudes; and the value system that prevents men from showing spontaneous emotions. Emotional distress may be masked with other behaviors like responding with anger or aggressiveness toward frustrations: High speed driving, street fighting, violent acts.

A major issue related to depression in adolescents and young adults is alcohol and drug abuse, showing their inability to cope with reality and frustrations of our new globalized society.

Isolation in computers, video-games and internet must also call our attention in the evaluation of adolescents, who search communication through this technology in order to avoid personal and social contact. Isolation can be considered one of the major risk factors in social and emotional health.

Special considerations for the treatment of adolescents with risk of depression will be exposed: Therapeutic alliance, empathy, evaluation of internal experiences, evaluation of context and environment, as well as school environment and social relationships. Focus on helplessness evaluation will be

emphasized (economic despair, few friends at school, behavioral maladjustment).

Suggestions will be made for the treatment of depressed male adults: Explicit empathy, evaluation of existential problems, inconveniences in the therapy process, and evaluation of positive aspects of masculinity. Cognitive behavioral strategies will be exposed in order to facilitate the treatment of depression in the male population (Beck et al., 1979).

Finally, Cognitive Integrative therapeutic alternatives are proposed, in order to include cultural issues in the psychotherapy arena.

Cognitive Psychotherapy represents a therapeutic model which offers integrative elements adequate for the prevention and treatment of depression. Cognitive-behavioral therapy as proposed by Beck (1967, 1972, 1976) will be described, including basic principles like attributional style, feelings of sadness and restrained behaviors. Cognitive profile in depression expressed in thoughts, beliefs, underlying assumptions will be explored, in order to facilitate the evaluation of depression.

Goals for treatment as well as mechanisms of change will be proposed, paying attention to self observation, cognitive restructuring and behavior change (Freeman, Simon, Beutler, & Arkowitz, 1989).

Cognitive-behavior Psychotherapy method shows the interaction between cognitions, emotions and behaviors. Depressive cognitive triad will be described, as negative thoughts play a central role in the precipitation of depression, as well as cognitive distortions.

Strategies for the treatment of depression will be included (Beck et al., 1979): a) Initial interview, evaluation of present problems, symptoms, existential problems, associated negative thoughts, hopelessness, suicidal ideas, etc.; b) Reasons for treatment; c) Goals of treatment; d) Treatment beginning.

Stages of treatment: Cognitive and emotional strategies; Behavior strategies; Combination of behavior and cognitive strategies.

Key words: Major depression - male gender - socio-cultural variables loss - beliefs - Cognitive Integrative Psychotherapy.

Introducción

Las investigaciones sugieren que la tasa de depresión en la mujer supera en número a la del hombre en una proporción de dos a uno, y se han centrado en la comprensión de los factores de riesgo que predisponen a la depresión, aquéllos que la mantienen y los tratamientos aconsejables para tratar la depresión en la mujer (McGrath, Puryear, Strickland & Russo, 1990).

Se realizó un estudio exploratorio sobre el *síndrome depresivo* en Iowa - Estados Unidos - (Cochran, 1999), y los resultados de una encuesta epidemiológica arrojaron datos sorprendentes. Evaluaron la severidad de los síntomas de depresión en una muestra de sujetos de ambos géneros, a través de cuestionarios y auto-informes. Al mismo tiempo investigaron la demanda de tratamientos del síndrome en una zona determinada. El resultado del estudio sugirió que las tasas en los casos de *depresión mayor* eran similares en hombres y mujeres.

Se supone entonces, que los factores socio-culturales han de tener una fuerte influencia en el desencadenamiento de la depresión en el hombre. El estudio de las variables involucradas pasa a ocupar un primer plano, dadas las implicancias que las mismas tienen desde el punto de vista de la evaluación del síndrome, el contexto, las creencias y expectativas, y por consiguiente, su inclusión en el desarrollo de la Psicoterapia.

Observaciones preliminares

En el grupo de hombres, se realizaron las siguientes observaciones (Cochran, 1999):

1.- Epidemiología: Se hallaron factores de comorbilidad entre la depresión y el abuso de alcohol y drogas, así como con personalidades narcisistas.

2.- Se exploró el curso de los trastornos depresivos y se pudo observar que era similar al de las mujeres en lo referente a los síntomas, pero los mismos eran *diferentes en su naturaleza*, en las causas predisponentes y desencadenantes.

3.- Con respecto a las diferencias de género, en la población masculina se observó lo siguiente:

- Mayor abuso de alcohol.
- Sociopatía.
- Depresión enmascarada (psicofisiológica).
- Diferentes estilos de respuesta.
- Condicionamiento cultural en cuanto a la expresión de las emociones.

Los factores disparadores de la depresión en el hombre estaban relacionados con los siguientes temas:

- a.- Eventos de la vida, tensiones, adaptación a los cambios.
- b.- Incremento en las dudas.
- c.- El modelado cultural en cuanto a las expectativas con respecto a las cargas familiares, laborales, profesionales o de estudio.
- d.- Demandas relacionales, derivadas de la sobrecarga proveniente de satisfacer las necesidades de otros a cargo.
- e.- Expectativas sobre su funcionamiento, auto-estima disminuida, trastornos de adaptación, falta de lazos sociales.

En cambio, los factores disparadores de la depresión en la mujer estaban relacionados con las siguientes categorías:

- a.- Expectativas con respecto a sí misma.
- b.- Aislamiento o desconexión.
- c.- Síntomas físicos (cansancio).
- d.- Sentido de sí misma disminuido.
- e.- Insatisfacción y dificultad en las relaciones interpersonales.

El hombre, las pérdidas y la psicoterapia

Desde el más temprano despertar de la identidad en el niño, hasta las pérdidas acumuladas y desilusiones que muchos hombres experimentan en la lucha por alcanzar el modelo del rol sociocultural masculino, de lograr los objetivos y tener alguna forma de éxito, el desafío es permanente como así también la exposición a las pérdidas y al dolor que lo acompañan.

El hombre habitualmente tiene el rol de proveedor de bienestar de su familia, y esto a su vez lo aleja del hogar y de quienes más quiere. La elección de una ocupación es un marcador importante de éxito en nuestra cultura occidental. Todo hombre tiene un sueño, un sentido de sí mismo en el mundo. No siempre puede hacer realidad sus sueños o lograr sus objetivos, y quizá las aspiraciones deban revisarse en otras etapas de la vida, o deba renunciar a ellas en más de una ocasión. Suelen compararse los objetivos logrados con los sueños juveniles, y a menudo el resultado es el vacío, la nostalgia o la insatisfacción en la vida, que deja al hombre con una pregunta: *¿Qué pasó?*

La confrontación del sueño con los logros incluye el reconocimiento de los límites de la creatividad, la aceptación de que el logro de otras personas supera el propio. Además, la perspectiva del tiempo va cambiando, especialmente a partir de la mediana edad, y comienza a experimentarse una mayor conciencia del tiem-

po que queda por delante en la vida, y las implicancias de la finitud (Cochran & Rabinowitz, 1996).

La cultura y la pérdida

En nuestra cultura, a los varones se les enseña a adoptar códigos acerca del género masculino que los protegen de ser percibidos como afeminados. O'Neil (1981) identificó seis aspectos del rol del género masculino:

- 1.- Restricciones en la expresión emocional.
- 2.- Dificultades para cuidarse a sí mismos.
- 3.- Obsesión con los logros y el desempeño. Conflictos entre el trabajo y la familia.
- 4.- Temas relacionados con el control, el poder y la competencia.
- 5.- Restricciones en los comportamientos afectivos (especialmente entre hombres) y sexuales.
- 6.- Homofobia.

La acumulación de estos factores puede provocar potencialmente malestar psicológico. Junto con el análisis cultural, se desprenden valores que caracterizan la ideología y la organización cognitiva masculina, es decir una serie de creencias, como el alcance de triunfos en la vida, el de ser importante y responsable, el valor de ser fuerte, auto-suficiente y confiable, el coraje para enfrentar diversos peligros, mostrar agresividad, poder, control y dominio en los comportamientos y actitudes, y el sistema de valores que les prohíbe a los hombres mostrar sus afectos espontáneamente por el temor, entre otras cosas quizá, a parecer femeninos.

El DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) provee ejemplos de cómo se evalúan los *rasgos narcisistas* de la personalidad, que confirman las normas de comportamiento masculino construidas cultural y socialmente. Algunos ejemplos incluyen una tendencia a exagerar la necesidad de desempeñarse en forma brillante, la creencia de ser *únicos*, un sentido de expectativas irracionales, que se manifiesta especialmente en la relación con otros; falta de empatía y actitudes de arrogancia. Estos rasgos son compatibles con los patrones culturales de los que se habla y pueden ser adaptativos o incapacitantes. En un estudio de una muestra de pacientes externos deprimidos, realizado por Golomb, Fava, Abraham y Rosebaum (1995), se encontró mayor frecuencia de trastornos narcisistas de la personalidad en hombres que en mujeres. De manera evidente, este hallazgo no significa que todos los hombres tengan un trastorno narcisista de la personalidad, sino que dicha entidad está construida en base a comportamientos avalados por la cultura con respecto a los hombres.

Es decir que si a las vulnerabilidades, pérdidas y angustias a las que toda persona está expuesta en su desarrollo, se le agregan presiones culturales que obligan a los hombres a responder a un prototipo cultural armado, fuerte, que puede resolver todo tipo de problemas, ¿qué se hace con el dolor y la vulnerabilidad?. Estas contradicciones provocarán en algún momento de la vida, particularmente en aquéllos más vulnerables, amenazas a su integridad psicológica y a la supervivencia del *Self*.

La depresión en varones jóvenes. Perspectiva evolutiva y social

Las tendencias culturales actuales propician una mala educación emocional en los varones jóvenes. Se observa mayor aislamiento, disminución de la auto-estima, problemas con el uso de alcohol y drogas, mentiras y simulacros, tales como no mostrar los sentimientos o sincerarse. En la escuela primaria se enfatiza el aprendizaje, la lectura, y se restringe la actividad de los varones, generalmente más activos y más lentos para aprender a leer que las niñas. En general las maestras son más duras con los varones que con las niñas. Tampoco se les enseña mucho a ser sensibles ante las necesidades de otros (Pollack, Garbarino, Kindlon & Thompson, 1999).

Los padres tienden a demandar de sus hijos que sean fuertes, que tengan coraje, que no lloren (*un hombre no debe llorar*), y las madres tienden a esperar que los varones sean fuertes y protectores. Después que se les enseña a ser *Rambos*, se los critica por ser insensibles.

Los varones reciben mensajes confusos, por ejemplo el de adoptar una imagen de rol sexual andrógina, y al mismo tiempo el de no mostrarse demasiado afe-minados.

Las imágenes de los medios tienden a ser hiper- masculinas, las máquinas de video-juegos entrenan para saber tirar con precisión; los personajes como los que encabeza Stallone han suplantado otros héroes más ingenuos, como Roy Rogers o Maverick.

En general, los varones tienden a recibir más insultos que las mujeres, y la ira es la única emoción que les permite ganar respeto. Pero cuando se les permite a los varones llorar con lágrimas, algunos *van a llorar balas*, dice William Pollack, del McLean Hospital, Harvard Medical School (Pollack, Garbarino, Kindlon & Thompson, 1999). Los varones crecen con una insatisfacción que va en aumento, con mensajes ambiguos y expectativas confusas. Además, también ha declinado el rendimiento escolar o académico de los varones, mientras que el de las jóvenes va aumentando.

Otro factor importante, al que se debe prestar una atención especial, es el de la vergüenza en los varones, que les impide mostrar o expresar afectos genuinos, el temor a parecer ridículos, o la sobreactuación para que la vergüenza no se note. El simulacro emocional va afectando la identidad, genera confusión y agrega pérdidas.

Otra de las formas con las que se enmascara el malestar emocional es responder con enojo, enfado o agresividad ante las frustraciones: Conducir a toda velocidad, involucrarse en peleas, en actos violentos. También la realización de actividades de alto riesgo (paracaidismo, aladeltismo, uso de parapentes), sobredimensionando la valentía o el rol masculino con un exagerado grado de auto-exigencia muy lesivo.

Un factor de preocupación mayor relacionado con la depresión en los jóvenes es el abuso de alcohol, drogas y cigarrillos, al servicio de la evasión, ante la impotencia de afrontar la realidad y las frustraciones en esta nueva sociedad globalizada.

Además, se debe estar atento al aislamiento en el uso de la computadora, videojuegos, internet, o la búsqueda de comunicación a través de estos medios donde se evita el contacto personal. Aparecen mayores dificultades en la comunicación verbal y escasa posibilidad para comunicarse cara a cara. Se busca la comunicación sin contacto personal, lo que invita al aislamiento como uno de los mayores factores de riesgo para la salud emocional y social.

Tratamiento de adolescentes con depresión o riesgo de depresión

Es primordial el tipo de relación a entablar con los pacientes adolescentes, más que las técnicas que se puedan implementar en el tratamiento.

El diagnóstico puede ser peligroso. Debe evaluarse el contexto en el que se desencadena el malestar emocional. Existen muchos hogares con múltiples problemas, padres separados, problemas económicos, desesperación, violencia familiar, desprotección, y se ha perdido el acceso a la familia extensa, que puede actuar como colchón ante la indefensión. A veces sólo tienen amigos en la escuela, o han perdido por una razón u otra a su amigo más íntimo, pérdida que en la adolescencia se convierte en un problema crucial. La soledad, la falta de interlocutores y la desilusión pasan a ocupar un primer plano en la vida afectiva del adolescente.

Los aspectos más importantes a tener en cuenta son los siguientes:

- 1.- Alianza terapéutica: La alianza terapéutica forma parte del diagnóstico y es crítica. De no lograrse, el diagnóstico no tiene un valor real.

- 2.- Evaluar la experiencia interna del adolescente.
- 3.- Evaluar el contexto, el ambiente o el sistema en el que vive, así como la relación que tiene el adolescente en el ámbito de la escuela, que no siempre es propicia para comprender o detectar la gravedad de sus problemas.
- 4.- Focalizar sobre el estado de indefensión en que se encuentran.
- 5.- Evaluar las posibilidades de cambio.
- 6.- Acceso a su verdad.
- 7.- Asegurar la confidencialidad.
- 8.- Después de la tercera sesión, los pacientes pueden elegir al mismo terapeuta o pensar en otro.

La psicoterapia del hombre adulto deprimido

La Psicoterapia Cognitiva, basada en las cogniciones socio-culturales descriptas en el transcurso de este artículo, es útil para reconocer la importancia de los comportamientos masculinos y las limitaciones a que se confronta el hombre en nuestros días.

Desde el punto de vista cognitivo-integrativo se sugieren cuatro elementos importantes a tener en cuenta en la psicoterapia del hombre deprimido:

1.- *Empatía explícita*: En el tratamiento del hombre deprimido es básico trabajar sobre las experiencias de pérdida con las que se confronta o se viene confrontando en la vida: las frustraciones, los fracasos, la obligación de superar expectativas sociales, resuenan en el contexto de la psicoterapia. Trabajar con empatía y aceptación es el primer paso, sin esa aceptación inicial no se podrá pasar a los siguientes, creando un clima de seguridad y de compromiso emocional.

2.- *Atención a problemas existenciales*: Se pueden abordar temas relacionados con la finitud, la muerte, la libertad, el aislamiento y el significado de los eventos. Algunos temas podrían considerarse fundamentalmente masculinos, como: heroísmo compulsivo (contra la muerte), narcisismo de los trabajólicos, agresión y control (*ir a contramano*). Evaluar el contraste entre la imagen cultural del hombre y la que realmente tiene o percibe. Las creencias culturales apoyadas en el dictado de la moda, apuntan a ser eternamente jóvenes, estar en línea, ser saludables, fuertes, atractivos, deportivos y así evitar la angustia del envejecimiento o al menos soslayarla (Yalom, 1980).

3.- *Incomodidad en la terapia*: Muchos hombres tienen no sólo dificultad para comenzar una terapia, sino que las experiencias que desata la terapia en sí misma pueden ser amenazantes, especialmente por el condicionamiento cultural.

Ciertos valores como la competencia agresiva, la restricción emocional, el miedo a la intimidad podrían cuestionarse en nuestro terreno. Dichos factores pueden trabajarse discretamente con apertura y ofreciendo un clima confiable para el paciente. Algunos pacientes también suelen sentirse avergonzados en la situación de psicoterapia en sí misma. Se debe estar atento a ciertas maniobras para esconder la realidad temida, y a la vez ser tolerantes y esperar el momento para la confrontación. La depresión remite a las pérdidas y las frustraciones, por lo que se debe ser sensibles al *timing* de apertura y sinceramiento de cada paciente, cuando pueda dejar de esconder sus motivos de sufrimiento (Scher, 1990).

4.- *Aspectos positivos de la masculinidad*: La terapia cognitiva busca alternativas para resolver problemas y puntos de vista alternativos para evaluar diferentes situaciones. Ciertos comportamientos y actitudes de los pacientes pueden ser positivos, aunque los vean negativos o frustrantes. Por ejemplo, el deseo de sacrificar ciertos deseos o necesidades personales por aquellas personas que dependen de él; la capacidad de tolerar el sufrimiento; el deseo de resolver problemas de seres cercanos, por ejemplo, los hijos adolescentes; permitirse expresar afectos positivos; soportar estar un poco colgados hasta que se resuelva un problema; tomar riesgos y permanecer tranquilos ante las amenazas (Levant & Kopecky, 1995).

Un abordaje terapéutico basado en principios que tengan en cuenta los aspectos cognitivos, comportamentales, emocionales y culturales ayudará a tener una visión integrada y amplia de la psicología masculina. Una psicoterapia para tratar la depresión en el hombre debe ser sensible a estos temas tan controvertidos como la realidad misma, y ayudará a los pacientes a conocerse y lograr cambios efectivos en una era tan conflictiva como la actual.

Se desprende de estos datos la necesidad de contar con un modelo psicoterapéutico que ofrezca herramientas integradoras eficaces para tratar y prevenir la depresión, dada la complejidad del problema, que es de naturaleza bio-psico-social.

La Psicoterapia Cognitiva Comportamental

La Psicoterapia Cognitiva Comportamental es un paradigma que ofrece distintas modalidades terapéuticas para el tratamiento de la depresión: Se basa en el precepto de que tanto las conductas como los afectos están ampliamente determinados por el modo en que el sujeto construye el mundo (Beck, 1967, 1972, 1976) es decir, por la forma en que cada persona atribuye significados a los hechos o a las experiencias. Los orígenes filosóficos de la psicoterapia cognitiva se

remontan a los filósofos estoicos: Epícteto, Séneca, Cicerón, Marco Aurelio. Epícteto escribió 2.000 años atrás que *“los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ellas”*.

Cuando se le pregunta al paciente deprimido qué motivos lo hacen sentirse triste y es invitado a expresar sus ideas, espontáneamente tiende a dar las siguientes respuestas: *“Estoy triste porque me siento un don nadie”*; *“No tengo futuro”*; *“Perdí todo”* o *“Soy un perdedor”*; *“No tengo a nadie con quien contar”*; *“La vida no tiene sentido”*, etc. Es relativamente simple detectar el tema dominante en estas frases de pacientes con depresión moderada o severa. Se refieren a sí mismos como carentes de algún elemento o atributo que consideran esencial para sentirse felices o disfrutar de alguna forma de bienestar, como por ejemplo: Capacidad para lograr sus metas, ser atractivo, tener buenas relaciones familiares o amistosas, tener bienes materiales tangibles, buena salud o posición social. Dichas autoevaluaciones reflejan el modo en que el paciente deprimido percibe su vida. De allí la importancia de comprender los procesos cognitivos que intervienen en el desencadenamiento y continuidad de los estados psicológicos disfuncionales.

Las cogniciones o formas de conocimiento constituidas por pensamientos, ideas, creencias, supuestos, imaginación, fantasías, etc., se presentan en forma de expresiones verbales o de imágenes y están basadas en actitudes o supuestos (esquemas subyacentes) desarrollados desde las experiencias tempranas. Tales cogniciones determinan en buena medida las experiencias emocionales del mundo que nos rodea y de nuestra identidad.

Una meta prioritaria es proveer al paciente un alivio sintomático. Beck (Beck et al., 1979) propone como método generador del cambio, la focalización de la atención en los pensamientos y creencias de los pacientes, agudizando la auto-observación, a fin de ir descubriendo progresivamente los supuestos subyacentes, ya que los mismos están en la base del malestar. El terapeuta va guiando al paciente en el descubrimiento y reestructuración de dichas creencias o supuestos subyacentes. Se inclina hacia un diálogo activo con los pacientes más que a una escucha pasiva (Freeman, Simon, Beutler & Arkowitz, 1989). El paciente aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos o distorsionados. Las cogniciones y supuestos subyacentes se examinan y exploran desde otros puntos de vista, incrementando una actitud más positiva hacia los problemas, ya que los pacientes deprimidos no sólo tienden a pensar en forma negativa, sino a ignorar los aspectos positivos de sus vidas, o los logros obtenidos.

El modelo de la Psicoterapia Cognitiva reconoce que cognición, afecto y conducta están íntimamente relacionados, y que el ánimo influye sobre la cognición, así como la cognición influye sobre el ánimo. Asimismo, la cognición influye sobre el comportamiento, provocando en ocasiones situaciones de tensión, lo

que a la vez activará nuevas cogniciones, a menudo distorsionadas, y mayor malestar. De igual forma, un cambio en las conductas y actitudes puede generar modificaciones en el área afectiva o en las cogniciones.

El pensamiento depresivo

El pensamiento depresivo está caracterizado por:

1.- El predominio de los aspectos negativos, que los inmoviliza para mejorar y buscar un funcionamiento más eficaz. Al experimentar una pérdida, la persona con tendencia a deprimirse comienza a evaluar sus experiencias en forma negativa, sobre-interpreta sus experiencias en términos de derrota o de privación, se considera deficiente o inadecuada. Cuando mira hacia delante, anticipa que las dificultades continuarán indefinidamente y ve la vida difícil y llena de frustraciones.

2.- La tendencia a realizar auto-atribuciones en todas las situaciones, a considerar que las dificultades se deben a sus defectos, se culpa a sí mismo y cada vez se critica más por sus errores. Las experiencias del paciente al vivir de este modo, activan patrones cognitivos que se organizan en torno al tema de la pérdida. El fenómeno de la depresión, con sus componentes emocionales, motivacionales, comportamentales y vegetativos, se retroalimenta con auto-evaluaciones negativas.

3.- El paciente se siente responsable de todo lo malo, llegando a considerarse una persona que no merece ser querida; realiza una elaboración secundaria en la que se ve cada vez peor, en un círculo vicioso interminable. Como resultado de sus actitudes negativas, el paciente interpreta su disforia, sentido de pérdida y síntomas físicos como defectos, reforzando sus expectativas negativas y generando una auto-imagen pobre o debilitada.

4.- Sobregeneralización: Incluye pasado, presente y futuro.

5.- Las personas deprimidas no ven una salida o una disminución de la importancia del problema. No creen que sus esfuerzos puedan ser valiosos, ya que esperan obtener resultados negativos en todos sus emprendimientos, perdiendo la estimulación interna necesaria para involucrarse en actividades constructivas.

La propuesta terapéutica se basa en que la detección de los procesos cognitivos involucrados en los trastornos emocionales, permitirá elucidarlos bajo una nueva luz, cambiando el foco, viéndolos desde otra perspectiva, realizando un cambio de actitud hacia los problemas, encontrando distintas alternativas para resolverlos, en forma activa, tanto por parte del paciente como del terapeuta, quienes conforman un equipo de trabajo.

Estrategias cognitivo-comportamentales para el tratamiento de la depresión

Se propone la utilización del abordaje cognitivo para el tratamiento de la depresión en el hombre (Beck et al., 1979), pues es un paradigma que contiene numerosos elementos integrativos. Se sugieren distintos pasos a seguir en la evaluación y tratamiento del hombre deprimido.

Para la entrevista inicial se propone la siguiente estructura:

1. - Evaluación de las dificultades actuales:
 - Síntomas;
 - Problemas existenciales;
 - Pensamientos negativos asociados;
 - Aparición, desarrollo y contexto de la depresión;
 - Desesperanza, ideas suicidas;
 - Acordar una lista de problemas.
2. - Definición de las metas del tratamiento.
3. - Presentación de las razones del tratamiento:
 - Detalles prácticos;
 - Círculo vicioso de pensamientos negativos y depresión;
 - Posibilidad de cambio.
4. - Comienzo del tratamiento:
 - Aspectos Específicos: Seleccionar el primer objetivo del tratamiento y acordar tareas hogareñas apropiadas.
 - Aspectos Generales: Explicar al paciente la experiencia del estilo de la terapia cognitiva comportamental y obtener un acuerdo de trabajo para verificar en la práctica.

Esta entrevista se realiza una vez determinado el diagnóstico y después de haber evaluado como conveniente este abordaje psicoterapéutico.

Evaluación de las dificultades actuales

No es necesario en esta etapa conocer todo acerca del paciente. No se recogen los antecedentes biográficos como la historia familiar o escolar, excepto que se los considere relevantes para los problemas actuales. La meta es obtener un cuadro general de las dificultades presentes tal como el paciente las ve. Esto incluye los problemas más salientes y las circunstancias vinculadas a ellos (aparición, desarrollo y contexto: circunstancias existenciales, recursos, apoyo social, etc.), así como los pensamientos negativos automáticos asociados, para que el terapeuta

pueda hacer una formulación inicial del caso, guiado por el modelo cognitivo de la depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Frecuentemente los datos para una formulación completa no aparecen hasta que el tratamiento esté en pleno desarrollo, especialmente los concernientes a las experiencias tempranas y los supuestos fundamentales derivados de ellas.

Definición de las metas u objetivos del tratamiento

Las metas en relación con cada área problemática se definen en las primeras sesiones. Algunas preguntas útiles podrían ser: “¿Cómo desearía usted que las cosas fueran diferentes en este terreno?”; “Suponiendo que el tratamiento funcione, ¿cómo piensa que las cosas serían diferentes con relación a este problema?”. Las metas pueden ir variando en el transcurso del tratamiento. La definición de objetivos en el comienzo, ayuda al terapeuta a corregir expectativas irreales con respecto al tratamiento, provee un plan para monitorear el progreso y enfoca la atención en el futuro.

Estrategias terapéuticas de la Psicoterapia Cognitiva-Comportamental

Se evaluarán los pro y los contras de trabajar sobre determinado tema, considerando las prioridades, a fin de ayudar al paciente a no cavilar excesivamente, tratando de resolver problemas que pueden no tener prioridad para su mejoría, y abordar aquellos que lo ayuden a salir de la depresión.

Para estimular la esperanza y promover el compromiso con el tratamiento, es elemental que las sesiones y las tareas provean experiencias positivas -no importa si son pequeñas- y que los pacientes puedan atribuirse a sí mismos.

a.- *Estrategias cognitivas y emocionales.* Constituyen la primer etapa del tratamiento y se presentan al paciente como una manera de reducir el tiempo que gasta en *rumiaciones* o cavilaciones, que no lo han conducido a conclusiones constructivas, sino por el contrario contribuyeron a un aumento de tensión. Son especialmente útiles al principio del tratamiento, dado que incrementan la capacidad de auto-observación, de estar en contacto con su forma de ver la realidad, en general teñida de experiencias negativas, con respecto a sí mismo, a su entorno y al futuro. No producen cambios cognitivos fundamentales pero, al reducir la frecuencia de los pensamientos depresivos ayudan a mejorar el humor y, a la vez, facilitan la resolución de problemas. Cognición, afecto y conducta están en

constante interrelación, de modo que las emociones están atravesadas por las cogniciones, es decir por el modo idiosincrático de ver la realidad. Se buscará relacionar las cogniciones con los estados afectivos, como parte del mismo proceso, como elementos que interactúan recíprocamente.

b.- *Estrategias comportamentales*: El objetivo de esta etapa es monitorear y estructurar actividades, graduando las tareas asignadas, a fin de maximizar el compromiso con actividades que eleven el humor. Estas técnicas se presentan dentro de un contexto cognitivo, por ejemplo se utilizan para probar pensamientos que bloquean el compromiso con las actividades, o que conducen al paciente a descalificar todo lo que hace, y por lo tanto sólo contribuyen a mantener la depresión.

c.- *Estrategias cognitivo-comportamentales*: El desarrollo de la habilidad para detectar los pensamientos automáticos conforma el núcleo de la terapia cognitivo-comportamental. Ayuda a reducir la sintomatología depresiva y más tarde a enfrentar los problemas de la vida. Consisten en la integración de la reestructuración cognitiva y de los cambios experimentados en las conductas y actitudes del paciente. Los pensamientos automáticos tienen ciertas características: son habituales, involuntarios, perseverativos y pueden ser difíciles de identificar y controlar. Son plausibles, especialmente cuando las emociones concomitantes son fuertes. Aparecen en respuesta a un amplio abanico de estímulos, inclusive la misma terapia. Los que dificultan el compromiso con la terapia y frenan el progreso del tratamiento son a menudo similares a aquéllos que dificultan la recuperación en un sentido más general.

Los pensamientos automáticos están relacionados con el espectro completo de la sintomatología depresiva. Por ejemplo, los síntomas comportamentales y motivacionales están asociados con la expectativa de la ocurrencia de hechos desfavorables (*"No lo puedo hacer"*). Los síntomas afectivos también están relacionados con las cogniciones, por ejemplo la tristeza está asociada a sentimientos de pérdida, ansiedad, a pensamientos de riesgo y amenaza, etc. Además los síntomas cognitivos pueden precipitarse o intensificarse con los pensamientos automáticos negativos. La *rumiación* acerca de los problemas actuales puede enmarañar la concentración y la memoria, generando tensiones adicionales. Los síntomas somáticos también pueden intensificarse por interpretaciones negativas sobre su significado (*si no duermo, me voy a volver loco*).

Verificación de los pensamientos automáticos

Existen dos métodos para buscar alternativas más realistas y afrontar los pensamientos automáticos negativos: Desafíos a su validez en forma verbal y expe-

riencias comportamentales para verificarlos en acción, es decir en la ampliación del repertorio comportamental y en el cambio de actitudes.

Desafíos verbales: Es interesante para la prevención, enseñar a los pacientes cómo hacer sus propias evaluaciones acerca de sus pensamientos, pero esta meta no se logrará si el paciente hace todo el trabajo. Algunas preguntas útiles y estructuradas pueden ser:

¿*Cuál es la evidencia?*?: El paciente sin advertirlo, arriba a conclusiones sesgando datos, como ignorar lo positivo, o mal interpreta las situaciones tomando la información negativa como mucho más negativa de lo que es. Se buscan evidencias que puedan desconfirmar los supuestos, y de las que el paciente no está totalmente consciente. Se cuestiona la validez de las evidencias aparentemente negativas. Se trata de un chequeo de la realidad, en el que el paciente toma un rol de explorador de sí mismo.

Puntos de vista alternativos: Se formulan preguntas básicas como:

¿Podría evaluar la situación de otra manera?

¿Existen opciones?

¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de pensar de tal modo?

¿Qué pensaría otra persona en la que usted confía acerca de estas cosas?

¿Qué le diría a otra persona que tiene el mismo problema que usted?

Es importante que las alternativas generadas estén relacionadas con los hechos ya que de lo contrario, los pacientes podrían verlos como reaseguramientos vacíos.

En terapia cognitiva el proceso de cambio está basado en pensamiento y acción, ya que el *insight* no basta, es necesario el pasaje a nuevas experiencias que validen los cambios, sean estos mínimos o importantes.

Preparación para el futuro

Cuando se acerca el final del tratamiento muchos pacientes se preocupan pensando si serán capaces de arreglárselas solos. Estas preocupaciones se tratan de la misma manera que otras cogniciones perturbadoras. Es importante estimular al paciente para que las exprese y pueda evaluar la evidencia de su validez.

Es factible identificar eventos específicos que puedan conducir a una recaída: pérdida del trabajo, inestabilidad laboral, jubilación, muerte de un familiar o la partida de un hijo. Paciente y terapeuta pueden trabajar juntos para planificar alternativas de cómo tratar estas situaciones. La terapia cognitiva provee un conjunto de herramientas, ya que la reestructuración cognitiva comienza a auto-regularse con el transcurso del tiempo.

Las depresiones tienden a repetirse (Beck, 1976), y podrán realizarse nuevas consultas sin que esto represente un fracaso en el tratamiento. De hecho, una vez que se aprendieron nuevas destrezas y habilidades, es muy probable que las consultas se realicen antes de que la depresión llegue a un grado severo. La terapia cognitiva tiene el atributo de ser altamente preventiva.

Comportamientos sugeridos para el / la terapeuta

Se aconseja al / la terapeuta:

- Facilitar la expresión afectiva.
- Proveer reflexiones empáticas (basadas en las verdaderas emociones o en la forma que tiene el paciente de verse a sí mismo).
- Proveer apoyo real y aliento.

No es aconsejable:

- Interpretar los comportamientos y sentimientos del paciente.
- Realizar intentos activos para corregir el pensamiento negativo y distorsionado, sino emplear el método socrático, es decir realizar preguntas.
- Focalizar persistentemente en los conflictos interpersonales, interpretar el conflicto, y señalar los modos de resolver el conflicto.
- Realizar instrucciones acerca de comportamientos específicos, sugerencias y tareas a realizar.
- Persistir en temas específicos. Es aconsejable ayudar al paciente a reflexionar más que a dirigir la atención sobre temas específicos (Arkowitz, 1992).

Conclusiones

Los temas que emergen en la psicoterapia del hombre deprimido como dificultades en sus relaciones, conflictos laborales, inhibiciones, preguntas acerca del significado de la vida, etc., se pueden conceptualizar como temas relacionados con las pérdidas, que significan un verdadero desafío para el hombre de hoy. Se agregan desafíos derivados del condicionamiento cultural que conducen al hombre a simular emociones o esconder sentimientos de pena. Un abordaje terapéutico sensible a esos aspectos ayudará al hombre a explorarse tanto internamente como en otros aspectos determinados culturalmente.

Cuando los terapeutas describimos nuestro estilo de trabajo, nuestras experiencias con los pacientes, descubrimos que compartimos puntos de vista y simi-

litudes con respecto a su tratamiento, en las estrategias y en los objetivos que proponemos. La estrategia más abarcadora es generar *feedback en el paciente*, ampliar el campo de la conciencia, encender nuevas ideas en quienes se sienten en la oscuridad en distintos aspectos de sus vidas o en quienes lo rodean (Franchi, 1998).

Los cambios deben manifestarse en actitudes y acciones que sean fundamentalmente valorados por el paciente (Arkowitz, 1992). El paciente toma un riesgo al entrar en un tratamiento: Incrementar su grado de conciencia, elegir otro camino, realizar una continua prueba de realidad. Es importante que se sienta promotor de sus propios cambios, de allí la propuesta de integrar distintas estrategias que sean útiles y positivas para lograr los objetivos. Y no olvidemos el principio básico de adaptar las estrategias a los pacientes, y no los pacientes a las estrategias, conservando un espíritu científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- Arkowitz, H. (1992). A common factors therapy for depression. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library, Meridien Books.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Cochran, S. (1999, August). *Men and depression: New findings, new questions*. Paper presented at American Psychological Convention, Boston, MA.
- Cochran, S. & Rabinowitz, F. (1996). Men, loss and psychotherapy. *Psychotherapy*, 33(4), 593-600.
- Franchi, S. (1998). *Adaptación cultural de la psicoterapia cognitiva en Argentina. Su aplicación en casos de depresión y ansiedad* [Cultural adjustment of cognitive therapy in Argentina. Its application to depression and anxiety disorders]. Tesis doctoral no publicada. Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

- Freeman, A., Simon, K., Beutler, L. & Arkowitz, H. (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Golomb, M., Fava, M., Abraham, M. & Rosembaum, J. (1995). Gender differences in personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 579-582.
- Levant, R. & Kopecky, G. (1995). *Masculinity reconstructed*. New York: Dutton.
- Mc Grath, E., Puryear, K., Strickland, B., & Russo, N. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. American Psychological Association: Washington, DC.
- O'Neil, J. M. (1981). Patterns of gender role conflict and strain: Sexism and fear of femininity in men's lives. *Personality and Guidance Journal*, 60, 203-210.
- Pollack, W., Garbarino, J., Kindlon, D. & Thompson, M. (1999). Boys to men: Emotional miseducation. *American Psychological Association Monitor*, 30(7), 38-39.
- Scher, M. (1990). Effect of gender role incongruities on men's experience as clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 322-326.
- Yalom, I. D. (1989). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Práctica Privada
Buenos Aires – Argentina
sfranchi@infovia.com.ar

Fecha de recepción: 8 de septiembre de 2000
Fecha de aceptación: 24 de agosto de 2001