



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Gutiérrez Cid, Sonia A.; Varela Moreno, Vicente L.
Propuesta de un Modelo de Psicoterapia Grupal Estratégica en Depresión Severa: Cómo Pasar de
Víctima de la Depresión a Protagonista de la Recuperación
Terapia Psicológica, vol. 27, núm. 1, julio, 2009, pp. 41-49
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511885004>

- 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

Propuesta de un Modelo de Psicoterapia Grupal Estratégica en Depresión Severa: Cómo Pasar de Víctima de la Depresión a Protagonista de la Recuperación.

Proposal of a Strategic Group Work Model of Psychotherapy in Severe Depression: How to Go from Being a Victim of Depression to a Recovery Protagonist.

Sonia A. Gutiérrez Cid*

Vicente L. Varela Moreno**

Universidad Santo Tomás, Chile

(Rec: 30 octubre 2008 Acep: 22 marzo 2009)

Resumen

El presente trabajo es la propuesta de las bases de un modelo de intervención grupal estratégica en depresión, surgida a partir de la experiencia clínica de los autores y de la sistematización de una experiencia realizada en el Hospital Base de Linares, en el periodo marzo-mayo de 2005. El Modelo intenta transmitir una forma distinta de ver la depresión, desde un enfoque constructivista, donde se prioriza el trabajo con los recursos de las pacientes y el uso de intervenciones estratégicas para romper las pautas depresógenas. La primera parte apunta a los fundamentos teóricos de la terapia grupal estratégica, la segunda muestra la terapia desarrollada, el análisis y reflexión de los resultados y en la última parte se presenta el Modelo propuesto, premisas a la base y diferencias con el modelo tradicional de intervención en depresión.

Palabras claves: Depresión, psicoterapia de grupo, enfoque estratégico, modelo.

Abstract

This work is the proposal of the basis of a model of strategic group intervention in depression originated from the clinical experience of the authors and the systematization of a study carried out at the base Hospital in Linares between March and May of 2005. The Model attempts to show a different way of considering depression from a constructivist approach where the work with the patients resources is a priority and the use of strategic interventions to break *depresogenas* patterns. The first part aims to the theoretical principles of strategic group therapy; the second part focus on the therapy developed, analysis and reflection of the outcomes and the last part shows the proposed Model, premises about the base and differences with the traditional model of intervention in depression.

Key words: Depression, group psychotherapy, strategic approach, model.

* Correspondencia a: Ps. Sonia Angélica Gutiérrez Cid. Universidad Santo Tomás, Avda. Carlos Schorr 255, Talca, (71)342364, sgutierrez@santotomas.cl.

** Ps. Vicente Leonardo Varela Moreno. Hospital Base de Linares, Brasil 753, Linares, (73)563126, vicente06varela@gmail.com

Introducción

Durante la última década, la Depresión se ha convertido en una patología del ámbito de la Salud Mental que 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 & 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.

Frente a este contexto, 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. Entre las prestaciones especializadas que considera se encuentra la Psicoterapia Individual y Grupal, específicamente, cognitiva-conductual interpersonal y de resolución de problemas (Ministerio de Salud, 2001).

En el año 2003 se echa a andar este programa a nivel secundario sin mayores directrices. La Guía Clínica de Tratamiento de Personas con Depresión del año 2006, en el apartado de Psicoterapia, sólo se limita a recomendar diversas terapias, entre las que se encuentran las terapias cognitivo conductual, conductual, interpersonal, psicoeducación y dinámicas breves, entre otras (Ministerio de Salud, 2006). La terapia estratégica no aparece en este listado y no se profundiza más allá de lo señalado, con respecto al abordaje psicoterapéutico.

Por otro lado, la depresión fue incorporada en el sistema de garantías AUGE durante el año 2006, esperándose atender a un total de 23.024 casos en el nivel secundario (Jadresic, 2005; Ministerio de Salud, 2006). Es decir, por un lado está la exigencia de dar respuesta pronta y efectiva a la depresión severa, debido a la alta tasa de prevalencia en la población, pero al mismo tiempo no hay directrices claras con respecto a cuáles son las estrategias de intervención que se deben implementar en el nivel secundario.

En un estudio evaluativo de la efectividad del programa en atención primaria, en la red pública de salud, se identificaron dos factores de riesgos presentes en más de la mitad de las mujeres ingresadas al programa: el antecedente de episodio depresivo previo (60,7%) y una escasa participación y apoyo en la red social (55,7%) (Pemjean & Rojas, 2006).

Aún cuando el Ministerio de Salud le ha dado gran importancia a la depresión y su tratamiento, no existen, hasta la fecha, publicaciones acerca de experiencias y/o resultados de trabajos grupales en depresión severa en atención secundaria. Es en este punto donde surge la necesidad de realizar una propuesta que esté basada en un modelo de terapia eficaz,

flexible y, por lo tanto, adaptable a diversas situaciones, poblaciones y contextos, orientado a buscar efectividad a corto plazo y con resultados que permanezcan en el tiempo.

El presente trabajo, por lo tanto, muestra la sistematización de una experiencia grupal, realizada bajo la mirada del enfoque estratégico constructivista, que buscaba que las pacientes superaran el cuadro depresivo, que salieran del aislamiento social en que se encontraban y que asumieran un rol más activo y protagónico en su propio proceso de recuperación.

A partir de la reflexión realizada en torno a la sistematización de la experiencia señalada anteriormente y de la experiencia clínica de los autores del presente trabajo, se proponen los lineamientos generales de un Modelo de Intervención Grupal Estratégico en Depresión (M.I.G.E.D.), que apunta más que a entregar recetas de sesiones, a transmitir una mirada o enfoque que guíe el trabajo grupal. Con el fin de que queden claras las bases de este Modelo, se realiza un paralelo diferencial con los Modelos tradicionales de atención en depresión, entendiendo como tales los recomendados por el Ministerio de Salud.

Si bien es cierto, creemos que el MIGED es perfectamente aplicable a intervenciones individuales, queremos destacar lo potente del trabajo grupal, ya que aumenta la cobertura de atención, permite potenciar las intervenciones y se puede utilizar terapéuticamente la experiencia de las otras integrantes del grupo.

Fundamentos teóricos

La terapia estratégica es una forma de comprender el proceso terapéutico, que tiene como epistemología de base el constructivismo, con una forma particular de ver al ser humano y al mundo social, y de la que se desprenden una serie de técnicas adaptables a cada situación o persona.

A diferencia de otras bases epistemológicas, como el racionalismo o el empirismo, el constructivismo es relativamente nuevo, sin embargo, marca una diferencia importante en la forma de ver la Psicología y, específicamente, en la forma de hacer terapia. De acuerdo a Mahoney y Neimeyer (1995), los terapeutas que se consideran constructivistas comparten una epistemología o teoría de conocimiento común, considerando que cada persona realiza una construcción de su realidad, por lo cual se abandona la idea de "realidad objetiva" o el "universo objetivamente cognoscible". La psicoterapia constructivista se sitúa desde el pensamiento postmoderno y es considerada como un espacio de colaboración en la construcción y reconstrucción de significados. Una de las características del constructivismo es la particular combinación que se realiza entre la teoría y la práctica con base en la experiencia, ya que se intenta ensamblar lo teórico con la experiencia particular.

La terapia constructivista consiste en la creación de significado, en la que se puedan reformular y resolver los problemas en el lenguaje, se co-construye una nueva historia. El conocimiento es visto como una construcción de la experiencia, no como una copia del mundo real, que se valida en la consistencia interna y el consenso social, las verdades son múltiples, contextuales e históricas (Mahoney & Neimeyer, 1995).

Watzlawick y Nardone, en el clásico libro “El arte del cambio”, presentan una de las primeras propuestas de la terapia estratégica como un modelo de terapia nuevo, proponiendo “cuatro herejías” que romperían con las consideradas hasta ese entonces “verdades tradicionales de la psicoterapia”. En la primera de estas herejías se propone que no existe “una sola realidad”, sino “tantas realidades como puntos de observación e instrumentos empleados para observar” (Nardone & Watzlawick, 1992). En consecuencia, no se busca descubrir una verdad o normalidad de la persona, el interés de la terapia está en la funcionalidad del comportamiento humano frente a las situaciones planteadas como problemas, considerándolo siempre en relación a su contexto o medio. En la segunda herejía se plantea el cambio de foco del contenido a los procesos, ya no se busca las causas profundas del problema a través del *por qué*, sino que se da paso al *cómo* funciona y *cómo* se puede cambiar la situación de malestar. El llamado trastorno psíquico o de comportamiento estaría determinado por la percepción de realidad del consultante, por lo que se trabaja con el sistema perceptivo-reactivo rígido del sujeto y se intenta romper las soluciones ensayadas que perpetúan el problema.

La tercera y cuarta herejía hacen referencia a características del terapeuta, como mantener la iniciativa y actitud activa, una gran elasticidad mental o flexibilidad, y la idea que para que ocurra el cambio deseado es requisito actuar y después de esto ocurre el cambio en el pensar o en la posición de observador.

Otro de los aspectos centrales propuestos por Nardone y Watzlawick en 1992, se refiere a la adaptación de las intervenciones estratégicas a las características individuales de cada persona, su experiencia de vida y su contexto relacional, en donde el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas, y la terapia más que un espacio de consuelo, confesión o amistad, es visto como una especie de partida de ajedrez donde hay un sistema de reglas, fases y estrategias que pueden llevar al éxito, que es la resolución de la situación conflictiva presentada por el consultante (persona, pareja o familia), que implica romper con el sistema circular que mantiene la situación problema, considerado desde una lógica circular en donde no hay principio ni fin, sino puntuaciones alternativas de acuerdo a posiciones de los observadores. Respecto del sistema que mantiene el problema, Trepper (2006) plantea que una de las realidades más extrañas de la naturaleza humana es la tendencia a seguir tratando de

resolver problemas haciendo las mismas cosas que no han funcionado en el pasado.

Sin profundizar en los modelos propuestos por distintos autores, presentaremos a continuación las características generales y técnicas que tienen en común la terapia estratégica.

Una característica esencial del enfoque estratégico es que la *terapia es activa, orientada a metas*, el foco está puesto en el futuro de los consultantes más que en su pasado, se promueve el actuar, más que la búsqueda de explicaciones causales y la terapia consiste en la *construcción de un problema soluble* donde el foco está puesto en el *proceso* del problema, en las secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento-problema está inscrito (Casabianca & Hirsch, 1989). Igualmente importante es *comprender la visión de mundo del consultante*, el trabajo terapéutico debe diseñarse y generarse considerando la visión de mundo del paciente, lo cual implica aprender a hablar su lenguaje, logrando así co-construir una visión distinta del conflicto (Arias y Cañas, 2002). Para el enfoque estratégico es central el *manejo del cambio* ya que le presta especial atención a la prevención de recaídas, en el sentido que busca asegurarse que cualquier retorno al circuito que mantiene el problema no desmoralice al consultante y abandone los esfuerzos que ha realizado hasta el momento. Con este fin, se proponen dos estrategias: la “prescripción de recaídas” y “vaya lento”, ambas son prescripciones paradójales (Fisch, Weakland & Segal 1984; Nardone & Watzlawick, 1992; Nardone, 1997). La terapia, además, consiste en una *redefinición*, operación mediante la cual el terapeuta ofrece un nuevo sentido a la situación problema. Si el paciente acepta este nuevo sentido, experimenta una reestructuración que significa cambiar su propio marco conceptual o emocional (Hirsch & Rosarios, 1987).

Con respecto a las técnicas, una de las más utilizadas es la *focalización en los recursos* de los pacientes y se considera una de las características propias de los terapeutas estratégicos (Arias & Cañas, 2002). También se utilizan frecuentemente las *tareas para la casa*, ya que se espera que el cambio ocurra fuera de la sesión, para lo que se prescriben tareas directas o paradójales que tienen el objetivo de neutralizar las soluciones ensayadas que mantienen el problema, o facilitar nuevos aprendizajes o comprensiones que rompan el circuito vicioso del problema (Casabianca & Hirsch, 1989). Por último está la *búsqueda de excepciones*, en el entendido que ningún problema ocurre todo el tiempo, siempre hay excepciones. Este principio sigue la idea de la transitoriedad de los problemas y que las personas siempre manifiestan excepciones a sus problemas, incluso pequeñas, que pueden ser utilizadas para generar los cambios buscados (Trepper, 2006).

Con respecto a la Terapia Estratégica en depresión, Michael Yapko ha propuesto un enfoque integrativo para el tratamiento de la depresión (Yapko, 2001), complementando

el enfoque cognitivo de los estilos atribucionales de Martin Seligman (Seligman, Reivich, Jaycox & Gillham, 1999; Seligman, 2003) con el enfoque estratégico. Yapko (1992) propone que la depresión es un estilo de vida que acompaña las dimensiones de la experiencia de la persona: la fisiología, el estilo cognitivo, las pautas relacionales, las respuestas a situaciones y los hábitos emocionales y conductuales. En la dimensión afectiva destacan, entre otras, la culpa excesiva y los sentimientos de falta de control y poder. En la dimensión relacional destaca el estilo relacional de “víctima”, la marcada dependencia de otros, pautas de auto sacrificio y asumir responsabilidades en forma excesiva.

Yapko (1992) resalta en el tratamiento de los consultantes deprimidos el reconocimiento que tienen expectativas negativas hacia el futuro, por lo tanto, es vital para el proceso de tratamiento que se le transmita al paciente una mirada esperanzadora del futuro.

De acuerdo a Yapko (1992), el objetivo de la terapia estratégica en la depresión es la *interrupción* de las pautas de aflicción del consultante. Posteriormente la terapia debe centrarse en el desarrollo de pautas diferentes, más funcionales. Se diseñan estrategias que muestren los beneficios de las nuevas pautas a los consultantes, en un contexto apropiado para experimentarlas. Esto representa un reencuadre poderoso que hace énfasis en que el paciente no es un fracasado, sino que más bien, el método (estrategia) del consultante para responder al problema dado es inefectivo.

Con respecto a la Terapia Grupal Estratégica, Hirsch (2007) plantea la incorporación de terapia grupal como un recurso importante y válido. Esto apunta a trabajar potenciando los recursos que las personas traen consigo, con la mínima intervención profesional posible. Esto favorece el protagonismo por parte del consultante y la posibilidad de que el cambio perdure, ya que al evaluar lo logrado se descubre que se basa fundamentalmente en los propios recursos. El espacio grupal se considera como un lugar de intercambio donde el paciente puede ayudar y ser ayudado, dar y recibir, y donde se practican nuevas formas de relacionarse.

Otros aspectos descritos por Hirsch (2007), se refieren a la evaluación constante de los resultados y el estilo de los terapeutas, el que sugiere que sea semi-directivo, potenciando lo constructivo del grupo e interrumpiendo las interacciones disruptivas.

Sistematización de la terapia

A continuación se hará una descripción de la terapia grupal estratégica realizada, las principales intervenciones aplicadas y los resultados obtenidos.

En el Hospital Base de Linares se constituyó un grupo cerrado, a partir de ciertos criterios de inclusión, como el ingresar al programa de depresión severa, estar o haber estado en terapia individual al momento de la

selección y no presentar algún trastorno psicótico o de la personalidad grave. La terapia se realizó entre los meses de marzo y mayo del 2005. Constó de 10 sesiones de 2 horas cada una y participaron 10 mujeres entre 32 y 60 años de edad.

Previo consentimiento informado por parte de las pacientes, las sesiones fueron grabadas en cinta de video. Para la sistematización de la experiencia, se transcribieron y analizaron todas las sesiones. De esta forma, desde la segunda sesión se fue diseñando la intervención sesión a sesión, de acuerdo al material y las situaciones que iban surgiendo en el grupo.

Siguiendo a Miller, Duncan y Hubbe (1999), quienes consideraron importante incorporar la evaluación acerca del proceso de terapia en un marco constructivista, se decidió utilizar los siguientes instrumentos:

1. *Escala Visual Análoga (EVA)*. (Anexo 1) Esta escala presenta un continuo de 1 a 10, siendo 1 la expresión máxima del problema y 10 la ausencia total del problema; cada persona se sitúa en la posición que siente que se encuentra en este caso frente a la depresión. Es una técnica útil para transformar en más concretos los aspectos complejos de la vida del consultante, y por lo tanto más accesibles para el terapeuta y el paciente (DeJong & Berg, 1998; Berg & de Shazer, 2001). Además, este instrumento es considerado por Yáñez (2005) como uno de los posibles instrumentos a usar en psicoterapia breve constructivista.

2. *Escala de Evaluación de la Sesión (SRS)* (Anexo 2) (Duncan, Miller, Reynolds, Sparks, Brown & Johnson, 2004). Fue diseñada para medir la percepción que tiene el paciente de la relación terapéutica, en ésta se evalúa la experiencia en el tiempo de terapia y algunas dimensiones asociadas al trabajo clínico efectivo.

En cuanto a la estructura de las sesiones, éstas contenían tres etapas. La primera, donde se revisaban las tareas prescritas en la sesión anterior. La segunda, donde se introducía un tema de conversación o actividad terapéutica grupal relacionada con la superación de pautas depresivas (Yapko, 1988, 1992, 2001; Seligman et al., 1999), o “manejo del cambio” (Fisch et al., 1984). La tercera parte consistía en la prescripción de una tarea para la casa.

A continuación se presenta una tabla con las principales técnicas utilizadas y ejemplo de éstas intervenciones.

En la quinta sesión se aplicó la Escala Visual Análoga (EVA), evaluándose las pacientes en promedio en un 4.93, con puntajes que iban desde 3 a 6.5 puntos.

En la evaluación realizada en la última sesión, las pacientes reportan verbalmente que evalúan positivamente su participación en la terapia, señalando haber aprendido cosas como distinguir lo que depende de ellas de lo que no depende de ellas, a ocuparse y no pre-ocuparse, a generar pensamientos positivos y realizar actividades concretas que mejoren su estado anímico y autonomía.

Tabla 1. Principales técnicas e intervenciones realizadas.

Técnicas	Ejemplo de Intervenciones
Romper las pautas depresógenas	“¿Qué ha hecho esta semana para salir de la depresión?” “Esto que nos cuenta que hizo, ¿la ayudó a sentirse mejor, peor o igual?”
Manejo del Cambio	“Están avanzando muy rápido y eso es peligroso, hay que ir más lento” “Deben deprimirse todos los días por 30 minutos”
Búsqueda de excepciones	“La primera sesión se presentaron destacando lo depresivos que estaban, hoy se presentarán contando sólo los logros y éxitos que han tenido en sus vidas” “La próxima sesión traerán dibujos, fotos o cualquier cosa que represente los logros en sus vidas”
Acoger temas importantes para las pacientes	Tema: Delimitación de las responsabilidades: “lo que depende y lo que no depende de mí” Tema: Control: “De los problemas sirve ocuparse, no preocuparse” Tema: Metas poco realistas: “¿Cómo se come una vaca? mordisco a mordisco”.

Con la EVA, las pacientes se autoevalúan con un promedio de 7.55 puntos, con puntajes que variaron entre 7 y 9. Esta evaluación es en promedio 2.62 puntos superior a la realizada en la sesión quinta, lo que muestra que las pacientes presentan una percepción significativamente más positiva en relación al estado depresivo, sienten que han avanzado y que tienen mayor control sobre su problema.

Seis meses después de terminada la terapia, se citó a las pacientes con el fin de hacer un seguimiento y evidenciar si los cambios positivos que habían experimentado se mantenían en el tiempo. Las pacientes reportan que se mantienen los logros alcanzados y que participarían nuevamente de una actividad similar, ya que sienten que aprendieron mucho con esta experiencia.

Resultados

En la terapia realizada, se pueden identificar dos líneas de intervención luego de la formación de vínculo y establecimiento de reglas de funcionamiento, éstas son: la ruptura de las pautas depresógenas, donde los esfuerzos están dirigidos a descentrar a las pacientes de sí mismas y su sintomatología depresiva, implicando ello un trabajo terapéutico altamente directivo. La otra línea de trabajo se refiere a la focalización del trabajo en los recursos de las pacientes y la instalación de competencias. Para ello se trabajan temas como el control, delimitación de responsabilidades, resolución de conflictos y creación de un futuro esperanzador.

Se comprobó en la práctica lo planteado por Hirsch (2007), en el sentido de que el cambio que iban experimentando las pacientes se socializó en el grupo y potenció el cambio en el resto de las participantes. Otra implicancia sobresaliente del trabajo en grupo se relaciona con que en esta instancia, por una parte las participantes fueron ayudadas y por otra parte ellas también brindaron ayuda, lo que

implica que cambiaron de rol pasivo a activo, de víctima a poseedora de recursos. Este cambio se logra esencialmente por la instancia de grupo y por el diseño de terapia grupal constructivista.

Respecto a lo anterior, llamó la atención que en estas pacientes se evidenció empíricamente que actuaban como si se gatillaran ciertas pautas de funcionamiento, que podían ser favorecedoras o entorpecedoras de los objetivos buscados: lo entorpecedor ocurrió en la primera sesión, donde se potenciaron en la depresión, entrando en una competencia por quién estaba más depresiva y el estado de ánimo grupal fue decaído cada vez más, frente a lo cual la terapia se focalizó en romper las pautas depresógenas. Lo contrario se observó en las últimas sesiones, donde las pacientes se mostraban cada vez más optimistas, cambiaron su perspectiva respecto a los problemas y asumieron un rol más activo, lo que respondía a las intervenciones consistentes con la búsqueda y desarrollo de recursos.

Cuando se les mostró y estimuló en ellas otra forma de funcionar, empezaron a incorporarla, se rompió la pauta y vieron que esto les traía mejores resultados. Como lo plantea Hirsch (2007), si los terapeutas son capaces de llevar al grupo a una forma más constructiva de ver las cosas, las pacientes son capaces de potenciarse entre ellas en esta nueva forma de funcionar. Al respecto se debe destacar lo central del rol de los terapeutas, ya que fue necesario desplegar muchos esfuerzos para descentrar a las participantes de su sintomatología y con ello evitar que se potenciara grupalmente la depresión, obstáculo que se logró superar con una alta directividad de los terapeutas.

Respecto del tipo de técnicas utilizadas, se pudo observar una evolución desde lo altamente estructurado hacia lo menos estructurado. Se evidenciaron temas centrales que están a la base de la depresión y que cruzaron todo el proceso terapéutico, como el tema del control y el rol de las pacientes frente a la enfermedad. Al respecto, se puede señalar que gran parte de las intervenciones realizadas

apuntaban a que las pacientes asumieran un rol cada vez más activo y experimentaran la sensación de control sobre su vida a nivel emocional, cognitivo y conductual.

Los terapeutas al principio de la terapia adoptaron un rol marcadamente directivo, coherente con el modelo. En la medida que fue avanzando la terapia, el rol de los terapeutas fue experimentando un cambio, hasta llegar a un rol que podría considerarse escasamente directivo. El rol directivo era necesario para romper la pauta depresógena, ya que al estar fuertemente adheridas a ella, se requerían intervenciones directas, específicas y comunicadas desde la posición de poder del terapeuta. Una vez que estas pautas fueron interrumpidas, las pacientes estuvieron en condiciones de contactarse con sus recursos, en este momento se dejó el rol directivo para que ellas buscaran y desarrollaran sus herramientas.

Los terapeutas debieron mostrar flexibilidad, acomodarse a las pacientes, a los temas propuestos por ellas y a sus características, lo que guió gran parte de las decisiones acerca de las técnicas y trabajos a realizar en las sesiones.

Durante la intervención grupal se realizaron varios Ritos Terapéuticos, como la entrega de un diploma al finalizar la terapia, que simboliza que la paciente ha logrado los objetivos propuestos y egresa satisfactoriamente del proceso.

Otro rito fue entregarles un documento escrito con lo que le expresaron sus compañeras como despedida, que simboliza el término del trabajo terapéutico.

La efectividad de la terapia estratégica se potenció en la instancia de grupo, el cambio vivenciado por las pacientes fue intenso, sin embargo, no se consolidaron totalmente, por lo que se necesitaría de un periodo más largo en el cual se solidifique el cambio y se prepare a las pacientes para el término de la terapia grupal, fomentando la incorporación a grupos de auto-ayuda o actividades comunitarias grupales.

Modelo de intervención grupal estratégico en depresión severa

Este modelo surge a partir de la experiencia clínica de los autores en distintos servicios de salud público, tanto a nivel primario como secundario, con pacientes ambulatorios y hospitalizados, con intervenciones tanto individuales como grupales, pero esencialmente de la terapia grupal estratégica realizada a pacientes diagnosticadas con una Depresión Severa.

A continuación se presenta una tabla donde se grafican las características del modelo propuesto y se compara con

Tabla 2. Comparación entre Modelos Tradicionales de atención en depresión severa y el Modelo propuesto.

	Modelos Tradicionales	Modelo Propuesto
Visión del paciente	Ser depresiva (o)	Estar depresiva(o)
Temas centrales de intervención	Estado actual de los síntomas depresivos	Cómo salir del estado depresivo
Orientación temporal y visión de ésta	Pasado y Presente	Presente y Futuro (logros, éxitos alcanzados y creación de futuro esperanzador)
Planificación de las sesiones	Previas al inicio del tratamiento	Planificación co-construida sesión a sesión, según proceso terapéutico (terapia a la medida)
Rol del paciente y expectativas frente al tratamiento.	Pasivo: espera que la sanen Víctima de su enfermedad	Activo: hacer cosas para sentirse menos depresiva. Protagonista de su recuperación
Objetivos del Tratamiento	Disminuir los síntomas	Empoderar a la paciente, que recupere el control sobre su vida y aumentar responsabilidad sobre su estado emocional.
Locus de Control	Externo: los profesionales la mejoran	Interno: la paciente hace cosas que la mejoran.
Duración de las terapias	Sin tiempo definido (por lo general largas)	Breves, alrededor de 12 sesiones
Evaluaciones de la terapia	Sin aplicación de instrumentos, sólo se considera impresión clínica de profesional y reporte de paciente.	Aplicación de instrumentos como el SRS y EVA, que evalúan el vínculo terapéutico, proceso y resultados.
Técnicas utilizadas	Se utilizan las técnicas de la escuela adscrita.	Se pueden utilizar técnicas de distintos enfoques en la medida que sean útiles. Varían de alto a bajo grado de estructuración de acuerdo a las características de las participantes y del grupo.
Rol del terapeuta	Directivo	De Directivo a semi-directivo
Recuperación	La recuperación se relaciona con los recursos del profesional tratante.	La recuperación se relaciona con los recursos de las pacientes y la capacidad del terapeuta de potenciarlos.

los modelos tradicionales de intervención en depresión severa.

Este Modelo implica un cambio de paradigma, un cambio en la forma de ver la depresión, desde un “ser depresivo”, lo que implica la identidad del paciente, a un “estar depresivo”. Esto involucra por un lado que la depresión se ve como un estado transitorio, no permanente y que no es parte de la persona sino algo diferente a ella. Implica también una exteriorización del problema, que busca que el paciente ya no sea visto ni se sienta como víctima de la depresión, sino como protagonista de su recuperación. La visión de ser depresivo pone al paciente en un rol pasivo, con sensación de pérdida de control sobre su vida y los síntomas, y pone al equipo de salud como los únicos capacitados o expertos que pueden salvarlo de esto, a través de los medicamentos y directivas terapéuticas. En cambio, el Modelo propuesto, basado en el enfoque estratégico constructivista, pone al paciente como figura principal de su recuperación, donde éste debe empezar a hacer cosas para salir de la depresión, lo que genera una mayor sensación de control y responsabilidad frente a su vida y estados emocionales.

El presente Modelo busca que, a través de las conversaciones que se van dando en las sesiones grupales, se vaya generando una deconstrucción del discurso depresivo, donde las pacientes en un comienzo muestran un discurso eminentemente pesimista. Es por esto que las conversaciones en la terapia grupal deben irse transformando desde la visión de víctima hacia una donde sean capaces de hablar de sus logros, recursos personales y excepciones, con el fin de que se empoderen y empiecen a movilizarse en búsqueda de su recuperación del actual estado depresivo.

Para el logro de estos objetivos, es esencial que los terapeutas desarrollen flexibilidad y se adapten al grupo de pacientes, que el trabajo se caracterice por ser eminentemente constructivista para que las intervenciones se realicen a la medida de las pacientes, adaptándose a la visión de mundo, creencias, ritmos y lenguaje de éstas. La terapia grupal debe ser co-construida con las pacientes, es por esto que no proponemos una terapia estructurada, donde estén pre-fijadas las temáticas y técnicas de cada sesión, sino que los terapeutas adopten esta mirada de la depresión, que incorporen esta forma de abordaje del problema, ya que así como cada paciente es único y particular, todos los grupos también son irrepetibles, viven distintos procesos. En resumen, que el terapeuta se adapte a los pacientes y no como en los modelos tradicionales donde los pacientes deben adaptarse al terapeuta.

Las intervenciones deben abarcar toda la gama de posibilidades dentro del grupo, de modo que finalmente sea a la medida de todas y cada una de las pacientes, es decir, se acomoden a la medida de cada grupo en particular. Es por esta razón también que la terapia grupal realizada y el modelo propuesto plantea que las intervenciones apunten a una elaboración a nivel racional, emocional y conductual,

utilizando técnicas orientadas a un cambio de interpretación o significación de las vivencias, otras eminentemente conductuales (hacer cosas) y otras esencialmente emocionales o artísticas, como las imagerías, dibujos, etc. Se plantean como ejes centrales del Modelo dos premisas: la que señala que las personas cuentan con los recursos para resolver sus dificultades, sólo que no saben que los tienen o no han descubierto la forma de utilizarlos adecuadamente, y la segunda: Cuando algo no funciona, haga algo distinto, y cuando algo funciona, haga más de lo mismo. Es en este sentido que la mayoría de las intervenciones deben ir orientadas a que las pacientes logren hacer cosas distintas a las que hacen habitualmente, que rompan las pautas recursivas de funcionamiento y que han pasado a ser el problema, es decir, romper el circuito, y por otro lado que se den cuenta que son capaces de ser protagonistas de su recuperación, sentir que han retomado el control sobre sus vidas, decisiones y emociones. Otra lectura de la segunda premisa apunta directamente al rol y las características que se consideran necesarias en los terapeutas, ya que si alguna técnica o intervención no presenta efectos positivos, igualmente hay que hacer algo distinto.

Las pacientes con trastorno depresivo tienden a estar orientadas temporalmente hacia el pasado y presente y focalizadas principalmente en los aspectos negativos de sus vidas. El Modelo propone que la intervención debe lograr que las pacientes visualicen un futuro esperanzador, lo que se va alcanzando a medida que las pacientes reconocen y valoran los éxitos conseguidos, con lo que se percatan que cuentan con los recursos para resolver sus problemas.

Finalmente, debido a que el Modelo es constructivista, es fundamental que exista una retroalimentación permanente entre terapeutas y pacientes. Esto se ve facilitado a través de las evaluaciones verbales que se van realizando en cada sesión, tanto al inicio como al final, pero es fundamental la utilización de instrumentos que de alguna forma recojan el sentir de las pacientes. En el caso de la experiencia realizada, se llevó a cabo a través del SRS y EVA que son instrumentos fáciles de aplicar, ya que demandan poco tiempo en su aplicación, fácilmente comprensibles y se pueden aplicar a personas con bajo nivel de instrucción.

Conclusiones

La terapia expuesta fue constructivista y co-construida en el lenguaje desde la realidad de las pacientes con las que se trabajó, se crearon nuevos significados, se reformularon y construyeron historias personales en base a nuevas experiencias, que generaron un cambio en su identidad, en cómo ellas se definían a sí mismas. La eficacia de la terapia utilizada proviene del modelo estratégico, que incentiva la flexibilidad en el terapeuta para que éste tenga la libertad de maniobrar de acuerdo a la situación y usuarios con los que trabaja en cada ocasión y presenta una serie de técnicas

eficaces que se potencian en la instancia grupal. En resumen, este es un modelo altamente planificado en términos de las metas y los objetivos que persigue y al mismo tiempo requiere gran flexibilidad de los terapeutas para acomodar la variedad de técnicas que ofrece en pos de estos objetivos.

Esta experiencia fue pionera, ya que al momento de ejecutarla se desconocía un trabajo similar en Chile, por lo cual es importante comunicarla, especialmente debido a sus buenos resultados, ya que fue una intervención especializada y eficaz en el tratamiento de la depresión en el nivel secundario del sistema de salud pública.

A partir de esta experiencia exitosa es que surge el Modelo de Intervención Grupal Estratégica en Depresión, que creemos necesario continuar desarrollando, realizar investigaciones y publicaciones acerca de otras experiencias similares, ya que permite dar respuesta a la depresión severa, que es una necesidad social que va en aumento.

Por último, no podemos dejar de referirnos a un tema de fondo: *el cambio de paradigma* entre las terapias tradicionales y la estratégica. El modelo propuesto lleva implícito este cambio de paradigma, del tradicional al constructivista. Sabemos que estos cambios no suceden rápidamente. Por lo anterior, el propósito de este trabajo es mostrar que desde este paradigma se puede generar un modelo de terapia eficiente, con objetivos claros, intervenciones breves, efectivas y que permiten crear nuevas realidades.

Referencias

- Arias, S. & Cañas, K. (2002). *Utilización de los factores extraterapéuticos en el enfoque estratégico* (Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile).
- Berg, I. & De Shazer, S. (2001). Hacer hablar a los números: el lenguaje de la terapia. En S. Friedman (Comp.), *El nuevo lenguaje del cambio. Colaboración constructiva en psicoterapia*, 25-50. Barcelona: Gedisa.
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI*. Buenos Aires: Universidad Nacional del Litoral.
- DeJong, P. & Berg, I. (1998). *Interviewing for solutions*. Pacific Grove Ca: Brooks & Cole Publishing Company.
- Duncan, B. Miller, S. Reynolds, L. Sparks, J. Brown, J. & Johnson, L. (2004). *Escala de evaluación de la sesión: Propiedades Psicométricas de una Medición de la alianza de Trabajo* (traducido por M. Pacheco). Santiago: Centro para el desarrollo de la psicoterapia estratégica breve. (Original publicado en 2004).
- Fisch, R.; Weakland, J. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Hirsch, H. (2007). *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Jadresic, E. (2005). La atención pública y privada de la enfermedad depresiva. *Gaceta Universitaria* (2005; 1: 237-239).
- Mahoney, M. & Neimeyer, R. (1995). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Salud (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, Segunda Edición, Departamento de salud de las personas, Unidad de Salud Mental, Santiago.
- Ministerio de Salud (2006). *Guía Clínica de Tratamiento de personas con depresión*. Santiago: Serie Guías Clínicas Minsal N° XXI, 1ª edición. Santiago.
- Miller, S. Duncan, B. & Hubble, M. (1999). Dirigiendo la atención a lo que funciona. *American Psychological Association*, 407-447.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico y fobias. La terapia breve*. Ed. Herder, Barcelona.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- Pemjeam, A. & Rojas I. (2006). Atención de personas con depresión en el Auge. *Gaceta Universitaria*, 2, 244-246.
- Seligman, M., Reivich, K., Jaycox, L. & Gillham, J. (1999). *Niños optimistas. Cómo prevenir la depresión en la infancia*. Buenos Aires: Grijalbo.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Javier Vergara Editor.
- Trepper, T. (2006). Terapia Familiar y de Pareja. En: A. Roizblatt (ed.), *Terapia breve de pareja y familia centrada en soluciones*, 285-295. Santiago: Mediterráneo.
- 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>
- Yañez, J. (2005). *“Constructivismo cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia Breve basada en la evidencia”*. Tesis para optar al grado de Doctor en psicología, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, escuela de Postgrado, programa de doctorado en Psicología, Santiago.
- Yapko, M. (1988). *When Living Hurts. Directives for Treating Depression*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the Treatment of Depressions. Strategies for Change*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. (2001). *Treating Depression With Hypnosis. Integrating Cognitive-Behavioral and Strategic Approaches*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

ANEXOS**ANEXO 1: Escala de Puntuación Visual Análoga**

Nombre:

Fecha:

En la siguiente escala:

- El número 1 significa que el problema tiene el control, o, la situación problema está en su máxima expresión.
- El número 10 significa que usted tiene el control, o, la situación problema prácticamente ha desaparecido.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- ¿Dónde se encuentra hoy?
- ¿Dónde le gustaría estar la próxima sesión?
- Basada en lo que ha hecho en otras ocasiones similares para estar mejor, *¿qué cosas podría hacer para avanzar en dirección al número 10, es decir, para que la situación problemas se minimice, desaparezca o usted tome el control?*
- *¿Quiénes* serán las primeras personas en darse cuenta que usted avanzó del número..... al número.....?
- *¿En qué cambiará el comportamiento de..... cuando se de cuenta de los cambios que usted está experimentando?*

ANEXO 2: Escala de Puntuación de la Sesión (S.R.S.)

Nombre:.....

Por favor, coloque nota a la sesión de hoy haciendo una marca en la línea en el sector más cercano a la descripción que más se acomoda a su experiencia.

No me sentí escuchada, ni comprendida ni respetada	Relación	Me sentí escuchada y comprendida.
No trabajamos ni hablamos acerca de lo que yo quería trabajar o hablar	Metas y Temática:	Trabajamos y hablamos acerca de lo que yo quería trabajar o hablar
El método del terapeuta no se adapta a mí	Enfoque o método:	El método del terapeuta se adapta a mí
Hubo algo que se ignoró en esta sesión	En general:	En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí