



Intervención
constructivista en
depresión

María Rodríguez

21-13-06

“Una persona constriñe cuando intenta reducir su mundo a un tamaño manejable: al ocultarse bajo las sábanas o al tratar de detener el reloj cometiendo un suicidio”

(Kelly, 2004)

Índice

- Marco explicativo
 - Teoría de los constructos personales
 - Modelo cognitivo postracionalista
- Componentes del trastorno depresivo
- Tratamientos

Introducción

Para un completo abordaje terapéutico en depresión, no sólo se hace necesario un diagnóstico nosográfico, sino también una clara descripción de los patrones de funcionamiento, de las llamadas dinámicas afectivas-cognitivas que le dan un sentido de coherencia al individuo y que permiten mantener la continuidad del self a pesar de la sintomatología asociada

(Inostroza, 2007)

No hay depresión sino deprimidos

Marco explicativo

“Sugerimos que la teoría cognitiva de la depresión es más viable si la incluimos en un encuadre constructivista que si lo hacemos en uno realista”

(Haaga y Beck, 1993)

La depresión en la TCP

El sistema de constructos personales siempre intenta optimizar la capacidad predictiva, especialmente del self (imaginemos un sujeto con los constructos “generoso” y “que sufre” autoatribuidos)

En caso de deprimirse, opta por restringir su campo experiencial ante la posibilidad de no poder mantener su sistema de constructos personales con alta capacidad predictiva (ejemplo, dejar de convertirse en alguien que sufre es dejar de ser generoso y eso hace su self impredecible)

Por lo tanto opta por predecir la nada antes que no poder predecir (la tríada congitiva es una plasmación de esto)

Autoinvalidación recursiva

Determinado afrontamiento emocional de un suceso puede ser evaluado por el sujeto de forma que se produzca una invalidación de constructos nucleares que refuerza el estado emocional negativo.

Sólo un validador autorizado puede facilitar la ruptura del ciclo.

Ejemplo: ante una pérdida, mi reacción emocional intensa me devuelve una imagen de mí mismo como débil que me entristece. Sólo reconstruir ese sufrimiento inicial como algo esencial e inevitable para el humano podría sacarme del ciclo. Intervenir sobre la emoción inicial es iatrogénico!!!!

El perfil cognitivo del depresivo

Patrón de aislamiento social del SCP medido a través de la Técnica de Rejilla:

- Aislamiento del self real y aislamiento del self ideal
- La persona se representa a sí misma no sólo como diferente de los demás sino como idealizando dicha diferencia

(Neimeyer, 85)

Correlación yo ahora- yo ideal: negativa (autoestima)

Correlación yo ahora- otros: negativa (sentimiento de aislamiento)

(Feixas y Cornejo, 96)

El perfil cognitivo del depresivo

Alta polarización global (en constructos y elementos)

(Neimeyer, 85)

Contenido temático de constructos:

1. Las personas con depresión (PD) utilizan significativamente más constructos de tipo emocional, y menos de tipo intelectual.
2. Los depresivos muestran mayor número de constructos en las categorías «reflexiva-superficial», «tolerante-autoritaria» y, de forma más destacada, en la dimensión «fuerte-débil».

(Montesano, Feixas y Barlotta, 2009)

Modelo cognitivo postracionalista de Vittorio Guidano

Organización de significados personales de tipo depresivo:

- Apego evitante tipos A

Cómo son los padres y su relación con el hijo:

- Padres rechazantes
- Puede haber pérdida real pero si la hay no es determinante, sólo si se atribuye la culpa en base a los significados familiares atribuidos a la pérdida.
- No hay acceso al progenitor y el no acceso al padre es una pérdida afectiva que le obliga al niño a confiar en sí para afrontar el mundo social.

Los mensajes:

- “te vas a ir de casa”.
- “si no hubieras nacido, sería mi vida más fácil, todo hubiera ido mejor...”

Las emociones:

- El niño depresivo presenta unas emociones básicas que son moduladoras del espacio intersubjetivo.
- Los eventos que activan esas emociones básicas son de rechazo y o indiferencia, es decir, experiencias de pérdida afectiva.
- Esto genera en el niño las emociones de desamparo-tristeza y rabia. Lo primero facilita acercamiento al adulto y la segunda alejamiento, de modo que ambas emociones se balancean rítmicamente.

Organización de significados personales (OSP) depresivo

El adulto:

En su vida adulta, el depresivo elaborará explicaciones a su experiencia inmediata ligadas al rechazo (por su historia vincular de pérdida), explicaciones que apuntan a que le rechazan porque no es querible. Para evitarlo, elabora la estrategia de evitación del compromiso y cuando logre realizar el compromiso, su estrategia apunta a resaltar sus aspectos negativos.

En sesión, es una persona que tiende a sentirse menospreciado y disminuido, pero eso le permite mantener la relación y predecir o controlar el rechazo: si me deja es porque no valgo nada

Componentes específicos y tratamiento

- **Dilemas implicativos**
- **Procesamiento analítico explicativo de la información**
- **Ansiedad, hostilidad, culpa y tristeza en los trastornos depresivos**
- **Motivación**
- **Suicidio**
- **Duelo**
- **Relación terapéutica**

Dilemas implicativos

Los estudios realizados con personas con trastornos depresivos (Erazo, 2004) han encontrado en la muestra clínica mayor proporción de participantes con dilemas implicativos con respecto a la muestra control.

Dilemas implicativos

El problema o un aspecto que el sujeto desea cambiar está fuertemente asociado a dimensiones positivas de su construcción de sí mismo.

Está bloqueado entre el deseo de abandono del problema y el de mantener sus implicaciones positivas (o evitar implicaciones negativas del polo deseado).

Dilemas implicativos

Los estudios demuestran que en una intervención eficaz siempre hay disminución de los dilemas implicativos

Ejemplos de dilemas implicativos en sujetos deprimidos

(Constructo congruente)
Preocupada por los demás

vs

Egoísta

(Constructo discrepante)
Se deprime fácilmente
fácilmente

vs

No se deprime

Yo ahora
Yo ideal

Ejemplo 2

(Constructo congruente)

Natural

vs

Aparenta ser más fuerte

(Constructo discrepante)

**Se deprime fácilmente
fácilmente**

vs

No se deprime

Yo ahora

Yo ideal

Ejemplo 3

(Constructo congruente)

generosa

vs

egoísta

(Constructo discrepante)

sufre

Yo ahora

vs

No sufre

Yo ideal

Ejemplo 4

(Constructo congruente)

Tener buen fondo

vs

Egoísta/Mala persona

(Constructo discrepante)

**No quererse a sí misma
misma**

vs

quererse a sí

Yo ahora

Yo ideal

Intervención dilemas implicativos

Fase 1 – Presentación de los dilemas al cliente

Objetivo	Estrategia
Reformulación del problema en términos de dilema	Presentación del dilema al cliente

Intervención dilemas implicativos

Fase 2- Elaboración del dilema

Objetivos	Estrategias
Conocer las implicaciones supraordenadas de los constructos que forman el dilema	Escalamiento ascendente
Conocer las implicaciones subordinadas de los constructos que forman el dilema	Escalamiento descendente

Intervención dilemas implicativos

Objetivos	Estrategias
Recuperar y detallar la formulación del problema como dilema. Clarificar la definición de los objetivos terapéuticos: encontrar alternativas viables al problema	ABC de Tschudi
Concreción de la noción de dilema: relación con la experiencia inmediata del cliente	Reconstrucción de la experiencia inmediata en función del dilema
Comprensión de las implicaciones relacionales del dilema	Exploración y análisis de las implicaciones relacionales del dilema

Intervención dilemas implicativos

Objetivos	Estrategias
Elaboración del dilema en una perspectiva histórica de la génesis y evolución del dilema	Reconstrucción histórica del dilema
Elaboración de alternativas al dilema	Trabajo con las excepciones al dilema y con las implicaciones entre constructos
Integración de la experiencia del dilema con los aspectos trabajados en terapia hasta el momento	Redacción de la historia del dilema

Intervención dilemas implicativos

Fase 3.- Resolución del dilema

Objetivos	Estrategias
Elaboración de alternativas al dilema. Experimentación asistida de actitudes y comportamientos alternativos al problema	Rol fijo del dilema resuelto
Integración del trabajo realizado a lo largo de la fase 3	Carta al personaje del rol fijo

Intervención dilemas implicativos

Fase 4.- Finalización

Objetivos	Estrategias
Prevención de la recaída	Anticipación de dificultades futuras u obstáculos para el mantenimiento de los beneficios y de formas de afrontamiento
Valoración y consolidación de los beneficios de la terapia	Revisión del proceso terapéutico

Procesamiento analítico-explicativo de la información

En el depresivo, se da este tipo de procesamiento de la información aunque en el contenido verbal de sus narrativas hay muchos constructos de corte emocional.

Confía poco en lo que siente y mucho en sus explicaciones de lo que ocurre.

Tiene éxito en lograr negar lo que sienten hasta el punto de producir desafío o rechazo del otro y consiguiendo así lo que intentan evitar

Es un factor de vulnerabilidad a la recaída

Intervención

Mindfulness (Atención plena) y Ejercicios de meditación:

- Ha sido validada en la reducción de recaídas en depresión centrandose el trabajo en la relación que los pacientes establecen con sus sentimientos y pensamientos, y hacia el bloqueo de la rumiación.

(Teasdale et al. 2000, Ma et al, 2004)

- Permite un aumento de las habilidades metacognitivas de descentramiento y un insight metacognitivo, es decir, una comprensión total, no solo intelectual de que los pensamientos no son la realidad, sólo son pensamientos.

Ansiedad, hostilidad , culpa y tristeza en los trastornos depresivos

La depresión como la salida más digna a un conciencia de un sistema de constructos amenazado (ansiedad), ante la dificultad de adaptar la realidad al sistema de constructos (hostilidad), ante la pérdida de constructos nucleares del rol (culpa) y ante la conciencia de cualquier pérdida (tristeza)

Intervención

Técnicas que permitan la reconstrucción de significados de forma analítica-explicativa : Escalamientos , Moviola

Técnicas de reprocesamiento de la información-experienciales : EMDR, Focusing, Silla vacía, externalización

Técnicas cognitivas racionalistas y de modificación de conducta

Motivación

Vamos por la vida intentando optimizar la capacidad predictiva del SCP. Esto se puede conseguir estando paralizado, es decir, motivado a seguir igual.

La persona deprimida, acusada de desmotivación y apatía, tan sólo hace lo que todos hacemos constantemente... optimizar la capacidad predictiva del SCP.

Su motivación ni se guía por la lógica ni por la balanza de dolor-placer.

Suicidio

El suicidio como elección en un SCP concreto, como acto validador de la propia vida, una puja para extender la vida, no para terminar con ella.

Como elección con criterios de vida, validando constructos de ésta, según el contexto social. Significados asociados a la vida y la muerte son también personales, ejemplo: Sócrates, o Jesucristo.

Consejos:

- Para el terapeuta, habría una salida mejor, pero... qué pretende con su acto el suicida? Averígualo! (más allá de evitar el sufrimiento)
- Hay que averiguarlo para poder trabajar sobre ello...

Suicidio

Dos condiciones en las construcciones personales que convierten el hecho de abandonar la vida en un acto sensato:

- Si los acontecimientos son obvios, para qué esperar a ver el desenlace? Realismo fatalista. Saber todo lo que vale la pena saber. Exitoso
- Otro modo: la ansiedad absoluta con búsqueda de una certeza de cualquier orden. Ignorar todo lo que valdría la pena saber. no tan exitoso

Duelo

En ocasiones la pérdida que no puede reconstruirse con facilidad puede desencadenar un estado depresivo en sujetos en principio no vulnerables.

Desde una óptica constructivista, la pérdida puede poner en tela de juicio el sistema de constructos, en especial los constructos asociados al self.

Duelo

Existe una narrativa primaria (suma de experiencias de todas las posiciones subjetivas que ocupa una persona)

Cuando hay una fragmentación traumática de la coherencia temporal de las narrativas personales y en especial la primaria aparece lo que se expresa como no poder creer en el futuro

Duelo

La necesidad de atribuir significado al episodio que ha invalidado la narrativa anterior pasa por un proceso de revisión constructiva de dicha narrativa y, especialmente, de sus temas nucleares

La persona víctima de un trauma o que experimenta la pérdida de alguien o algo significativo siente como si su historia personal estuviera rota o incompleta

Duelo

Al experimentar la ruptura como una incapacidad para predecir el futuro también las posibles identidades aparecen como inciertas y amenazadoras (“nunca volveré a ser el mismo...”)

La persona debe afrontar los roles que le son familiares con narrativas que han quedado constreñidas por la narrativa del trauma, potenciándose de este modo el sentimiento de pérdida de las posiciones que le caracterizaban en el pasado

Intervención

Técnicas de integración narrativas:

- Los capítulos de mi vida
- Entrevista de reconstrucción de significados
- Cartas que no se envían
- Autocaracterización de la pérdida
- Diarios
- Dibujos
- imágenes

Relación terapéutica

Es tarea del terapeuta animar al paciente a trasladar al aquí y ahora de la relación terapéutica cualquier cinismo, ira o despecho que pueda sentir. De este modo, el sentimiento vago y generalizado de desesperanza e indefensión que el paciente experimenta en soledad, puede transformarse en un sentimiento concreto de indefensión en un contexto relacional específico

(Safran y Muran, 2005)

Sistemas motivacionales interpersonales

Las personas disponen de diversos sistemas motivacionales interpersonales (SMI), cada uno de ellos orientado a alcanzar una determinada estructura de la relación

(Lichtemberg, 1989; Liotti,
1994).

Un sistema motivacional representa un contexto mental general que se modula a través de esquemas interpersonales específicos (un esquema de sí mismo, del otro y la relación).

Cada SMI está regulado en función de un objetivo y posee señales específicas que provocan en el otro un tipo limitado de respuestas. La tendencia espontánea en los seres humanos se dirige hacia la sintonización recíproca de los SMI.

Los SMI además de mostrar una representación del objetivo deseado, contienen previsiones y representaciones de hechos temidos.

En los depresivos se suelen activar los sistemas motivacionales interpersonales de cuidado y, al fallarles éste, el agonístico

Intervención

1.- Disciplina interna del profesional:

Tomar conciencia de sensaciones corporales, emociones, tendencias a la acción mientras interactúa con el usuario.

Relajar juicio. Sólo observar. La no aceptación de las propias emociones supone la no aceptación de sentimientos del paciente.

Detectar MARCADORES INTERPERSONALES

Utilizar lo anterior para comprender el ESQUEMA INTERPERSONAL del paciente.

2.- No asumir el rol complementario.

3.- Mediante la compartición del SMI activado

Por qué señalar...

Para desengancharse de ciclos interpersonales disfuncionales

Para modelar un proceso abierto a contrastar teorías en la relación con el otro (comparto contigo-quizás esté equivocado)

Para demostrar experiencialmente que las relaciones interpersonales son construcciones en la que ambas personas son responsables de la realidad creada entre ellos

Para facilitar la exposición explícita de los esquemas interpersonales disfuncionales.

Para alentar a poner a prueba las expectativas disfuncionales identificadas con otras personas entre sesiones.

Cómo señalar...

Regla básica (Rogers 1961):

Evitar hacer inferencias, hablar de la **experiencia propia y en primera persona**, de forma subjetiva, susceptible por tanto de ser una interpretación equivocada refutable por el usuario.

Siempre **comprobar y conectar** tras cada intervención con el flujo experiencial del usuario.

CASO PRÁCTICO

-
- Mujer, 25 años. Acude a consulta aquejada de sintomatología depresiva, en un episodio de larga duración desde hace dos años. Aspecto derruido, le cuesta hablar. Demanda una solución que le alivie el sufrimiento.
 - Familia de origen: hija única. Padre alcohólico y consumidor de sustancias, ausente con frecuencia del hogar, conductas violentas verbalmente con la madre de la paciente, ideológicamente de izquierdas y nivel cultural muy alto. Madre resignada que esquiva conflictos y protectora de la paciente. Tiene pareja desde hace dos años y el comienzo de la patología coincide en el tiempo con el punto álgido de su relación.

-
- Se define a sí misma como alguien perfeccionista y creativa que en este estado no puede hacer nada porque no puede ni concentrarse, lo que le devuelve una imagen de sí misma que le da asco.
 - Afirma que no puede parar de pensar y los pensamientos le invaden durante toda la vigilia, lo que le es desagradable porque lo vive como una losa.
 - Llanto, hipersomnia, inapetencia
 - Conflictos con su pareja cuando éste le pide que se esfuerce en mejorar.
 - En tratamiento farmacológico infructuoso desde el comienzo del episodio.

-
- Hay fantasía autolesiva pero no planificación, afirma que no lo haría porque les partiría la vida a sus seres queridos.
 - Relación terapéutica: deposita en la terapeuta su “salvación” .

Trabajando con el caso

- Identifica cómo aparecen o podrían aparecer en este caso los componentes ya explicados.
- Desarrolla una propuesta de intervención para esos componentes (teniendo en cuenta qué posibles impasses puede sufrir la relación terapéutica).